Monitor **mentale gezondheid**

Landelijke rapportage 2025

RIVM-rapport 2025-0053

Monitor mentale gezondheid

Landelijke rapportage 2025

RIVM-rapport 2025-0053

Colofon

© RIVM 2025
Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

DOI 10.21945/RIVM-2025-0053

M. van Bon-Martens (auteur), Trimbos-instituut
R. Boekee (auteur), RIVM
V. Ramaker (auteur), Trimbos-instituut
U. Chavez Baldini (auteur), RIVM
A. Luik (auteur), Trimbos-instituut
R. Verkaik (auteur), Trimbos-instituut
M. Savelkoul (auteur), RIVM
S. Leone (auteur), Trimbos-instituut
M. Hiemstra (auteur), RIVM

Contact:
Marieke Hiemstra (RIVM)
Centrum Volksgezondheid, Zorg en Maatschappij
monitormentalegezondheid@rivm.nl

Marja van Bon-Martens (Trimbos-instituut)
mentalegezondheid@trimbos.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in het kader van de Monitor mentale gezondheid.

Dit is een uitgave van:
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
Nederland
www.rivm.nl

Publiekssamenvatting

Monitor mentale gezondheid

Landelijke rapportage 2025

Het RIVM en het Trimbos-instituut volgen hoe het gaat met de mentale gezondheid in Nederland. Deze monitor kijkt hierbij naar verschillende groepen, zoals kinderen, adolescenten (12-18 jaar), studenten, jongvolwassenen (16-25 jaar), volwassenen, ouderen (65-plussers) en werkenden. Voor de monitor zijn cijfers uit bestaande onderzoeken gebruikt en geduid met experts uit beleid, onderzoek, praktijk en met de doelgroepen zelf. De resultaten helpen het ministerie van VWS beleid te maken om de mentale gezondheid te verbeteren.

Uit de resultaten blijkt dat een groot deel van de mensen tevreden is met hun leven. Tegelijk hebben veel mensen mentale problemen, zoals angst- of depressiegevoelens. De mentale gezondheid gaat bij een aantal groepen al een langere tijd achteruit, al sinds vóór de coronapandemie. Die achteruitgang is vooral te zien bij adolescenten, jongvolwassenen en vrouwen.

Daarnaast hangt mentale gezondheid af van veel factoren, zowel van de persoon zelf als van de omgeving. Belangrijke factoren die volgens de monitor samenhangen met mentale gezondheid zijn onder andere hoe gezond mensen zich voelen en of ze steun hebben van bijvoorbeeld familie of vrienden of school. Een iets minder sterke samenhang is te zien met betaald werk hebben of in de belangrijkste levensbehoeften kunnen voorzien (bestaanszekerheid). Ook leefstijl, zoals roken of cannabisgebruik, hangt samen met mentale gezondheid.

Mentale problemen hebben grote gevolgen voor mensen zelf en de samenleving. Psychische aandoeningen zorgen voor het grootste gezondheidsverlies in Nederland (kwaliteit van leven en eerder overlijden). Ook moeten mensen vaak lang wachten op hulp, waardoor klachten erger kunnen worden. De kosten voor zorg, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid zijn door mentale problemen hoog.

Om mentale gezondheid te verbeteren, is het belangrijk om in alle leeftijdsgroepen aandacht te geven aan factoren die mentale gezondheid beïnvloeden. Door zo vroeg mogelijk in te grijpen, kunnen zwaardere problemen en zorg later zo veel mogelijk worden voorkomen. Het is hierbij nodig om de mentale gezondheid van mensen te versterken, problemen vroeg te herkennen en goede hulp en zorg te bieden. Mentale gezondheid is een taak van de hele samenleving. Dat vraagt om samenwerking tussen veel organisaties en beleidsterreinen die ermee te maken hebben.

Kernwoorden: mentale gezondheid, monitoring, algemene populatie, kinderen, adolescenten, jongvolwassenen, ouderen, volwassenen, studenten, werkenden

Synopsis

Mental health monitor

2025 national report

National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) and the Trimbos Institute monitor the state of mental health in the Netherlands. Their mental health monitor examines several groups, such as children, adolescents (aged 12–18), students, young adults (aged 16–25), adults, elderly (aged 65 and over) and employees. The monitor uses data from existing studies, along with insights from policy experts , research and practice, and from members of the target groups themselves. The results will help the Ministry of Health, Welfare and Sport to develop policies aimed at improving mental health.

The results show that a large proportion of the population are satisfied with their lives. At the same time, many people experience mental health problems such as feelings of anxiety or depression. Among some groups, mental health has been declining for quite some time, even before the COVID-19 pandemic. This decline is particularly noticeable among adolescents, young adults and women.

Mental health depends on a variety of factors, associated with the individual and with their environment. According to the monitor, key factors that determine mental health include a person's own perception of their health and whether they have access to support, for example from family and friends or at school. A slightly weaker association has been found with being in paid work or being able to provide for one's basic needs (socio-economic security). Mental health also depends on lifestyle factors, such as smoking or cannabis use.

Mental health issues have far-reaching consequences for the people concerned and for society as a whole. Mental illness accounts for the greatest loss of health in the Netherlands, in terms of quality of life and premature death. Moreover, in many cases people have to wait a long time before they have access to professional help, which can cause symptoms to worsen. The costs of care, sickness absence and disability due to mental health issues are high.

To improve mental health, it is important to focus on the factors that influence mental health across all age groups. Early-stage intervention can help to prevent more serious problems and the need for care later on. To that end, it is necessary to strengthen people's mental health by identifying problems at an early stage and providing effective support and care. Society as a whole has a responsibility for mental health. Therefore cooperation between many different organisations and policies area's is required.

Keywords: mental health, monitoring, general population, children, adolescents, young adults, elderly, adults, students, employees

Inhoudsopgave

Samenvatting — 13

1 Inleiding — 15
1.1 Aanleiding Monitor mentale gezondheid — 15
1.2 Uitgangspunten van de Monitor mentale gezondheid — 16
1.2.1 Definitie en bouwstenen van mentale gezondheid — 16
1.2.2 Conceptueel monitormodel mentale gezondheid — 17
1.2.3 Databronnen en indicatoren — 19
1.2.4 Duiding door dialoog met experts — 19
1.3 De landelijke rapportage — 20
1.4 Leeswijzer — 20

2 Methode — 21
2.1 Indicatoren van mentale gezondheid — 21
2.2 Samenhang tussen individuele en omgevingsfactoren en mentale gezondheid — 22
2.3 Gevolgen van mentale (on)gezondheid — 24
2.4 Duidingssessies met experts per deelpopulatie over de kernbevindingen — 24

3 De mentale gezondheid van de algemene populatie — 27
3.1 Kernboodschappen voor de mentale gezondheid van de algemene populatie — 27
3.1.1 Huidige situatie en trends — 27
3.1.2 Samenhangende factoren — 27
3.1.3 Gevolgen van mentale (on)gezondheid — 28
3.2 Algemene populatie in Nederland — 29
3.3 Mentale gezondheid van de algemene populatie: huidige situatie en trends — 29
3.3.1 Huidige situatie en trends in mentaal welbevinden 29
3.3.2 Huidige situatie en trends in mentale problemen — 31
3.3.3 Huidige situatie en trends in psychische aandoeningen — 36
3.4 Factoren voor de mentale gezondheid van de algemene populatie — 40
3.4.1 Individuele factoren — 40
3.4.2 Omgevingsfactoren — 45
3.5 Gevolgen van mentale (on)gezondheid in de algemene populatie — 47
3.5.1 Huidige situatie en trends voor zorggebruik — 47
3.5.2 Huidige situatie en trends voor toegankelijkheid van de zorg — 54
3.5.3 Huidige situatie en trends voor zorguitgaven — 57
3.5.4 Huidige situatie en trends uitval werk — 60
3.5.5 Huidige situatie en trends ziektelast en sterfte — 61

4 De mentale gezondheid van kinderen en adolescenten — 67
4.1 Kernboodschappen voor de mentale gezondheid van kinderen en adolescenten — 67
4.1.1 Huidige situatie en trends — 67
4.1.2 Samenhangende factoren — 67
4.1.3 Gevolgen van mentale (on)gezondheid — 68
4.1.4 Aanbevelingen van experts — 68
4.2 Kinderen en adolescenten in Nederland — 69

4.3 Mentale gezondheid van kinderen en adolescenten: huidige situatie en trends — 70
4.3.1 Huidige situatie en trends in mentaal welbevinden — 70
4.3.2 Huidige situatie en trends in mentale problemen — 76
4.3.3 Huidige situatie en trends in psychische aandoeningen — 80
4.3.4 Duiding huidige situatie en trends mentale gezondheid — 80
4.4 Factoren voor de mentale gezondheid van kinderen en adolescenten — 81
4.4.1 Individuele factoren — 82
4.4.2 Omgevingsfactoren — 89
4.4.3 Duiding factoren voor mentale gezondheid — 93
4.5 Gevolgen van mentale (on)gezondheid bij kinderen en adolescenten — 94
4.5.1 Huidige situatie en trends voor zorggebruik — 95
4.5.2 Huidige situatie voor zorguitgaven — 101
4.5.3 Huidige situatie en trends uitval school — 105
4.5.4 Huidige situatie en trends ziektelast en sterfte — 106
4.5.5 Duiding gevolgen mentale (on)gezondheid — 111
4.6 Beleidsaanbevelingen voor mentale gezondheid kinderen en adolescenten volgens experts — 113

5 De mentale gezondheid van jongvolwassenen — 117
5.1 Kernboodschappen voor de mentale gezondheid van jongvolwassenen — 117
5.1.1 Huidige situatie en trends — 117
5.1.2 Samenhangende factoren — 118
5.1.3 Gevolgen van mentale (on)gezondheid — 118
5.1.4 Aanbevelingen van experts — 119
5.2 Jongvolwassenen in Nederland — 120
5.3 Mentale gezondheid van jongvolwassenen: huidige situatie en trends — 120
5.3.1 Huidige situatie en trends in mentaal welbevinden — 120
5.3.2 Huidige situatie en trends in mentale problemen — 122
5.3.3 Huidige situatie en trends in psychische aandoeningen — 126
5.3.4 Duiding huidige situatie en trends mentale gezondheid jongvolwassenen — 127
5.4 Factoren voor de mentale gezondheid van jongvolwassenen — 128
5.4.1 Individuele factoren — 129
5.4.2 Omgevingsfactoren — 134
5.4.3 Duiding factoren voor mentale gezondheid — 137
5.5 Gevolgen van mentale (on)gezondheid bij jongvolwassenen — 138
5.5.1 Huidige situatie en trends voor zorggebruik — 138
5.5.2 Huidige situatie voor zorguitgaven — 141
5.5.3 Huidige situatie en trends uitval school of werk — 143
5.5.4 Huidige situatie en trends ziektelast en sterfte — 143
5.5.5 Duiding gevolgen mentale (on)gezondheid — 147
5.6 Beleidsaanbevelingen voor mentale gezondheid jongvolwassenen volgens experts — 148

6 De mentale gezondheid van volwassenen — 151
6.1 Kernboodschappen voor de mentale gezondheid van volwassenen — 151
6.1.1 Huidige situatie en trends — 151
6.1.2 Samenhangende factoren — 151
6.1.3 Gevolgen van mentale (on)gezondheid — 152

6.1.4 Aanbevelingen van experts — 153
6.2 Volwassenen in Nederland — 154
6.3 Mentale gezondheid van volwassenen: huidige situatie en trends — 154
6.3.1 Huidige situatie en trends in mentaal welbevinden — 154
6.3.2 Huidige situatie en trends in mentale problemen — 156
6.3.3 Huidige situatie en trends in psychische aandoeningen — 160
6.3.4 Duiding huidige situatie en trends mentale gezondheid volwassenen — 161
6.4 Factoren voor de mentale gezondheid van volwassenen — 162
6.4.1 Individuele factoren — 162
6.4.2 Omgevingsfactoren — 167
6.4.3 Duiding factoren voor mentale gezondheid — 169
6.5 Gevolgen van mentale (on)gezondheid bij volwassenen — 170
6.5.1 Huidige situatie en trends voor zorggebruik — 170
6.5.2 Huidige situatie en trends voor toegankelijkheid van de zorg — 176
6.5.3 Huidige situatie voor zorguitgaven — 176
6.5.4 Huidige situatie en trends uitval school of werk — 179
6.5.5 Huidige situatie en trends ziektelast en sterfte — 179
6.5.6 Duiding gevolgen mentale (on)gezondheid — 183
6.6 Beleidsaanbevelingen voor mentale gezondheid volwassenen volgens experts — 184

7 De mentale gezondheid van ouderen — 187
7.1 Kernboodschappen voor de mentale gezondheid van ouderen — 187
7.1.1 Huidige situatie en trends — 187
7.1.2 Samenhangende factoren — 187
7.1.3 Gevolgen van mentale (on)gezondheid — 188
7.1.4 Aanbevelingen van experts — 189
7.2 Ouderen in Nederland — 189
7.3 Mentale gezondheid van ouderen: huidige situatie en trends — 190
7.3.1 Huidige situatie en trends in mentaal welbevinden — 190
7.3.2 Huidige situatie en trends in mentale problemen — 191
7.3.3 Huidige situatie en trends in psychische aandoeningen — 196
7.3.4 Duiding huidige situatie en trends mentale gezondheid ouderen — 197
7.4 Factoren voor de mentale gezondheid van ouderen — 198
7.4.1 Individuele factoren — 198
7.4.2 Omgevingsfactoren — 203
7.4.3 Duiding factoren voor mentale gezondheid — 205
7.5 Gevolgen van mentale (on)gezondheid bij ouderen — 206
7.5.1 Huidige situatie en trends voor zorggebruik — 206
7.5.2 Huidige situatie voor zorguitgaven — 211
7.5.3 Huidige situatie en trends ziektelast en sterfte — 213
7.5.4 Duiding gevolgen mentale (on)gezondheid — 216
7.6 Beleidsaanbevelingen voor mentale gezondheid ouderen volgens experts — 217

8 De mentale gezondheid van studenten — 219
8.1 Kernboodschappen voor de mentale gezondheid van studenten — 219
8.1.1 Huidige situatie en trends — 219
8.1.2 Samenhangende factoren — 219
8.1.3 Aanbevelingen van experts — 220
8.2 Studenten in Nederland — 220
8.3 Mentale gezondheid van studenten: huidige situatie en trends — 221
8.3.1 Huidige situatie en trends in mentaal welbevinden — 221

8.3.2 Huidige situatie en trends in mentale problemen — 225
8.3.3 Huidige situatie en trends in psychische aandoeningen — 228
8.3.4 Duiding huidige situatie en trends mentale gezondheid studenten — 228
8.4 Factoren voor de mentale gezondheid van hbo- en wo-studenten — 230
8.4.1 Individuele factoren — 230
8.4.2 Omgevingsfactoren — 235
8.4.3 Duiding factoren voor mentale gezondheid — 239
8.5 Gevolgen van mentale (on)gezondheid bij studenten — 239
8.6 Beleidsaanbevelingen voor mentale gezondheid studenten volgens experts — 240

9 De mentale gezondheid van werkenden — 243
9.1 Kernboodschappen voor de mentale gezondheid van werkenden — 243
9.1.1 Huidige situatie en trends — 243
9.1.2 Samenhangende factoren — 243
9.1.3 Gevolgen van mentale (on)gezondheid — 244
9.1.4 Aanbevelingen van experts — 245
9.2 Werkenden in Nederland — 245
9.3 Mentale gezondheid van werkenden: huidige situatie en trends — 246
9.3.1 Huidige situatie en trends in mentaal welbevinden — 246
9.3.2 Huidige situatie en trends in mentale problemen — 247
9.3.3 Huidige situatie en trends in psychische aandoeningen — 254
9.3.4 Duiding huidige situatie en trends mentale gezondheid werkenden — 257
9.4 Factoren voor de mentale gezondheid van werkenden — 258
9.4.1 Individuele factoren — 258
9.4.2 Omgevingsfactoren — 263
9.4.3 Duiding factoren voor de mentale gezondheid van werkenden — 265
9.5 Gevolgen van mentale (on)gezondheid bij werkenden — 266
9.5.1 Huidige situatie en trends voor zorggebruik — 266
9.5.2 Huidige situatie voor (zorg)uitgaven — 266
9.5.3 Huidige situatie en trends uitval werk — 267
9.5.4 Huidige situatie en trends ziektelast — 270
9.5.5 Duiding gevolgen mentale (on)gezondheid — 272
9.6 Beleidsaanbevelingen voor mentale gezondheid werkenden volgens experts — 273

10 De mentale gezondheid over de hele levensloop — 277
10.1 Kernboodschappen voor de mentale gezondheid over de hele levensloop — 277
10.1.1 Huidige situatie en trends — 277
10.1.2 Samenhangende factoren — 278
10.1.3 Gevolgen van mentale (on)gezondheid — 278
10.1.4 Aanbevelingen — 279
10.2 Mentale gezondheid over de hele levensloop: huidige situatie en trends — 280
10.2.1 Schijnbare tegenstelling tussen hoge levenstevredenheid en voorkomen mentale problemen — 280
10.2.2 Meisjes en vrouwen rapporteren minder welbevinden en meer mentale problemen dan jongens en mannen — 282
10.2.3 Achteruitgang mentale gezondheid vooral in jongere leeftijdsfases — 283
10.2.4 Mogelijke verklaringen zijn vooral nog hypotheses — 284

10.3 Belangrijke factoren voor de mentale gezondheid over de hele levensloop — 284
10.3.1 Sterke samenhang tussen ervaren gezondheid en mentale gezondheid — 284
10.3.2 Sterke samenhang tussen ervaren sociale steun en mentale gezondheid — 285
10.3.3 De samenhang met bestaanszekerheid en betaald werk is vooral sterk voor levenstevredenheid — 285
10.3.4 Samenhang tussen leefstijlfactoren en mentale gezondheid verschilt per (deel)populatie en is niet eenduidig — 286
10.3.5 Herkomst en stedelijkheid laten weinig tot geen samenhang zien met mentale gezondheid — 287
10.3.6 Het complexe samenspel tussen factoren en mentale gezondheid maakt het aanwijzen van één hoofdfactor onmogelijk — 287
10.4 Belangrijke gevolgen van mentale (on)gezondheid over de hele levensloop — 288
10.4.1 Toegang tot zorg en hulp voor mentale problemen stagneert — 288
10.4.2 Mentale gezondheid speelt een grote rol in arbeidsongeschiktheid, verzuim en verlies productiviteit — 289
10.4.3 Ziektelast voor psychische aandoeningen het hoogst van alle aandoeningen — 289
10.4.4 Sterfte psychische aandoeningen vooral als gevolg van dementie — 289
10.5 Beleidsaanbevelingen voor mentale gezondheid vanuit levensloopperspectief — 290
10.5.1 Grote overeenkomsten in aanbevelingen voor verschillende levensfases — 290
10.5.2 Samenhangend beleid nodig op meerdere preventie- en zorgniveaus — 290
10.5.3 Systeemgerichte benadering en domeinoverstijgend samenwerken nodig voor samenhang — 294
10.5.4 Kennisgestuurd werken faciliteren voor effectief beleid — 295

11 Methodologische beschouwing — 297
11.1 Representativiteit databronnen op basis van zelfrapportage — 297
11.2 Representativiteit databronnen op basis van registraties — 297
11.3 Representativiteit duidingssessies — 298
11.4 Witte vlekken door gemis van geschikte indicatoren — 298
11.5 Verschillen in uiting van symptomen tussen groepen — 299
11.6 Samenhang tussen factoren en mentale gezondheid — 300

12 Conclusies — 303
12.1.1 Wat is de huidige stand van zaken en wat zijn belangrijke ontwikkelingen rondom de mentale gezondheid van de Nederlandse bevolking en deelpopulaties? — 303
12.1.2 Welke factoren voor mentale gezondheid spelen een belangrijke rol? — 303
12.1.3 Wat zijn belangrijke gevolgen van mentale (on)gezondheid? — 304
12.1.4 Wat zijn de belangrijkste aanbevelingen voor het beleid? — 304
12.2 Tot slot — 305

Dankwoord — 307

Literatuur — 309

Verklarende woordenlijst — 317

Afkortingenlijst — 319

Bijlage 1 Indicatoren mentale gezondheid per deelpopulatie — 321

Bijlage 2 Onderzoeksbeschrijvingen databronnen indicatoren en factoren — 324

Bijlage 3 Onderzoeksbeschrijvingen databronnen en overige bronnen over gevolgen mentale (on)gezondheid — 328

Bijlage 4 Individuele en omgevingsfactoren per deel(populatie) — 332

Bijlage 5 Indicatoren gevolgen van mentale ongezondheid per (deel)populatie — 334

Bijlage 6 Bouwstenen van de definitie van mentale gezondheid waarop indicatoren voor mentale gezondheid per (deel)populatie betrekking hebben — 338

Bijlage 7 Tabellen huidige situatie indicatoren mentale gezondheid per deelpopulatie voor digitoegankelijkheid — 340

Bijlage 8 Factoren voor mentale gezondheid: referentiegroepen en 95% betrouwbaarheidsintervallen — 360

Bijlage 9 Trends indicatoren en gevolgen mentale gezondheid voor digitoegankelijkheid — 392

Samenvatting

Deze landelijke rapportage van de Monitor mentale gezondheid biedt een integraal overzicht van de mentale gezondheid van de Nederlandse bevolking en is in opdracht van het ministerie van VWS opgesteld door RIVM en Trimbos-instituut. Het doel van deze rapportage is om inzicht te geven in de huidige stand van zaken en de ontwikkelingen op het gebied van de mentale volksgezondheid, ter ondersteuning van strategisch landelijk beleid. Daarbij wordt ingezoomd op de volgende deelpopulaties: kinderen, adolescenten, jongvolwassenen, volwassenen, ouderen, studenten en werkenden. Naast deze landelijke rapportage bestaat de Monitor mentale gezondheid uit een website met de meest actuele kerncijfers voor alle indicatoren voor alle (deel)populaties.

In deze landelijke rapportage worden de volgende vragen beantwoord ter ondersteuning van beleid:

1. Wat is de *huidige stand* van zaken en wat zijn belangrijke *ontwikkelingen* rondom de mentale gezondheid van de Nederlandse bevolking en de deelpopulaties?
2. Welke *factoren* (zowel beschermende als risicofactoren) voor mentale gezondheid spelen een belangrijke rol?
3. Wat zijn belangrijke *gevolgen* van mentale (on)gezondheid?
4. Wat zijn de belangrijkste *kernboodschappen* voor het beleid?

Deze rapportage baseert zich op bestaande databronnen en de consensusdefinitie voor mentale gezondheid. Het conceptueel monitormodel voor mentale gezondheid is gebruikt om de cijfers en trends te beschrijven en te duiden. Verdiepende analyses op de databronnen zijn uitgevoerd om de samenhang tussen factoren en mentale gezondheid te beschrijven. Voor de duiding zijn sessies georganiseerd met deelname van experts vanuit onderzoek, beleid, praktijk en de doelgroep zelf. Per deelpopulatie hebben de experts de kernbevindingen gezamenlijk betekenis gegeven, om zo te komen tot kernboodschappen voor beleid. De kernboodschappen voor de verschillende (deel)populaties zijn vervolgens per onderzoeksvraag geïntegreerd vanuit een levensloopperspectief en in de context geplaatst van recente literatuur, om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de mentale gezondheid in Nederland.

De kernboodschappen in antwoord op de onderzoeksvragen laten zich als volgt samenvatten:

1. Veel mensen zijn tevreden met hun leven, ook binnen de verschillende deelpopulaties. Tegelijkertijd ervaart een aanzienlijk deel mentale problemen, zoals angst- of depressiegevoelens. Vrouwen en meisjes rapporteren vaker mentale problemen dan mannen en jongens. Beschikbare trends wijzen op een verslechtering van sommige aspecten van de mentale gezondheid. Deze achteruitgang heeft zich al vóór de coronapandemie ingezet en is vooral zichtbaar bij adolescenten, jongvolwassenen, en bij vrouwen.
2. Er zijn meerdere factoren die samenhangen met mentale gezondheid, maar het beeld is complex. Ervaren gezondheid en

sociale steun in leefomgevingen hangen sterk samen met mentale gezondheid. De samenhang met bestaanszekerheid en werk is minder vaak sterk, al vinden experts deze wel belangrijk. Leefstijlfactoren, zoals cannabisgebruik en roken, hangen samen met slechtere mentale gezondheid. Door het complexe samenspel is er geen hoofdfactor aan te wijzen.

3. Mentale problemen hebben grote gevolgen. Een kwart van de patiënten vanaf 16 jaar heeft contact met de huisarts vanwege psychische klachten, en 1 op de 20 volwassenen is in behandeling bij de specialistische ggz. De toegang tot zorg stagneert. Dit leidt in de ggz tot lange wachttijden, die klachten kunnen verergeren. De medische zorguitgaven voor psychische aandoeningen zijn hoog en de ziektelast is het grootst van alle aandoeningen. Ook de economische impact is aanzienlijk, met miljarden aan kosten door verzuim en arbeidsongeschiktheid. Het sterftecijfer door psychische stoornissen neemt toe met leeftijd en tijd, vooral door dementie. Voor zelfdoding blijft het sterftecijfer redelijk stabiel door de tijd heen.
4. Om mentale gezondheid in alle levensfases effectief te verbeteren, is samenhangende inzet nodig op alle preventie- en zorgniveaus. Dat betekent: inzetten op de beïnvloedbare individuele en omgevingsfactoren voor mentale gezondheid, versterken van de mentale gezondheid van het individu zelf, vroeg signaleren van risico's en mentale problemen, en zorgdragen voor toegankelijke en passende zorg en hulp. Vroegtijdige inzet op het bewaken, bevorderen en beschermen van mentale gezondheid kan bijdragen aan het verminderen van de behoefte aan (zwaardere vormen van) zorg en ondersteuning op de langere termijn: voorkomen is beter dan genezen. Een systeemgerichte benadering en domeinoverstijgende samenwerking is hierbij essentieel. Mentale gezondheid moet worden gezien als een gedeelde maatschappelijke verantwoordelijkheid. Dit vraagt om samenwerking met de mensen om wie het gaat, binnen en tussen beleidssectoren en zorgdomeinen, en om het wegnemen van systeem- en structuurbelemmeringen die dit in de weg staan. Daarnaast is het belangrijk om kennisgestuurd te werken, zodat beleid gebaseerd is op wat werkt.

Bij het lezen van de landelijke Monitor mentale gezondheid zijn er verschillende methodologische overwegingen in acht te nemen. Deze hebben onder andere betrekking op de representativiteit van de databronnen, registraties en experts. Daarnaast zijn er witte vlekken in de cijfers en aandachtspunten gesignaleerd.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding Monitor mentale gezondheid

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft in de zomer van 2022 de landelijke aanpak 'Mentale gezondheid: van ons allemaal' gelanceerd [1]. Deze aanpak zet in op een beweging voor een mentaal gezond Nederland, gericht op alle Nederlanders. Na de start van de landelijke aanpak hebben RIVM, Trimbos-instituut en GGD GHOR Nederland met medewerking van het Nederlands Jeugdinstituut de opdracht gekregen om advies te geven voor het inrichten van een Monitor mentale gezondheid als ondersteuning van landelijk en lokaal gezondheidsbeleid [2].

De Monitor mentale gezondheid heeft als doel om inzicht te geven in de mentale gezondheid van de Nederlandse bevolking en te volgen hoe deze zich ontwikkelt, ter ondersteuning van beleid. In de monitor wordt ingezoomd op verschillende deelpopulaties: kinderen, adolescenten, jongvolwassenen, volwassenen, ouderen, studenten en werkenden. De monitor is in het najaar van 2023 gestart en bestaat uit drie onderdelen. Het eerste onderdeel is een cijferrapportage die eind 2023 een eerste landelijk overzicht gaf van de mentale gezondheid van de Nederlandse bevolking [3]. Het tweede onderdeel is de webpagina van de monitor die in het voorjaar van 2024 is gelanceerd. Op deze webpagina, www.monitormentalegezondheid.nl, staan de meest actuele beschikbare cijfers rondom mentale gezondheid. Het derde onderdeel is deze landelijke rapportage die tot doel heeft om duiding te geven aan de cijfers over mentale gezondheid voor de Nederlandse bevolking. Daarvoor zijn de beschikbare landelijke gegevens van mentale gezondheid in gezamenlijkheid bekeken. Ook zijn er verdiepende analyses uitgevoerd om te kijken naar de samenhang tussen individuele en omgevingsfactoren en mentale gezondheid. Bovendien is er gekeken naar cijfers over de gevolgen van mentale (on)gezondheid. Alle resultaten zijn tijdens duidingssessies besproken met experts, vanuit onderzoek, praktijk, beleid en de doelgroep zelf, en dienen als input voor de kernboodschappen voor beleid.

Wat eraan vooraf ging
De basis voor deze monitor zijn de factsheets 'Delphistudie definitie mentale gezondheid' en 'Monitoren mentale gezondheid' [4,5]. Deze factsheets zijn in de eerste helft van 2022 opgesteld ter voorbereiding op de landelijke aanpak mentale gezondheid. De factsheet 'Delphistudie definitie mentale gezondheid' beschrijft hoe er toegewerkt is naar consensus over de bouwstenen en de definitie van mentale gezondheid (zie Paragraaf 1.2.1) [4]. Dit was nodig omdat in de praktijk verschillende termen werden gebruikt rondom het beschrijven, duiden en definiëren van mentale gezondheid. De factsheet 'Monitoren mentale gezondheid' is onderdeel van verschillende verkenningen voor het uitbreiden van het Nationaal Preventieakkoord met het thema mentale gezondheid, uitgevoerd door het Trimbos-instituut, GGD GHOR Nederland en RIVM gezamenlijk [5]. In deze factsheet is een overzicht gegeven van bestaande mogelijkheden voor het monitoren van mentale

gezondheid ten behoeve van een landelijke aanpak mentale gezondheid en eventuele lokale aanpakken. Hierbij is in kaart gebracht wat de beschikbare databronnen zijn met gegevens over mentale gezondheid. Vervolgens is er gekeken welke indicatoren hieruit geschikt zijn voor het monitoren van mentale gezondheid.

1.2 Uitgangspunten van de Monitor mentale gezondheid

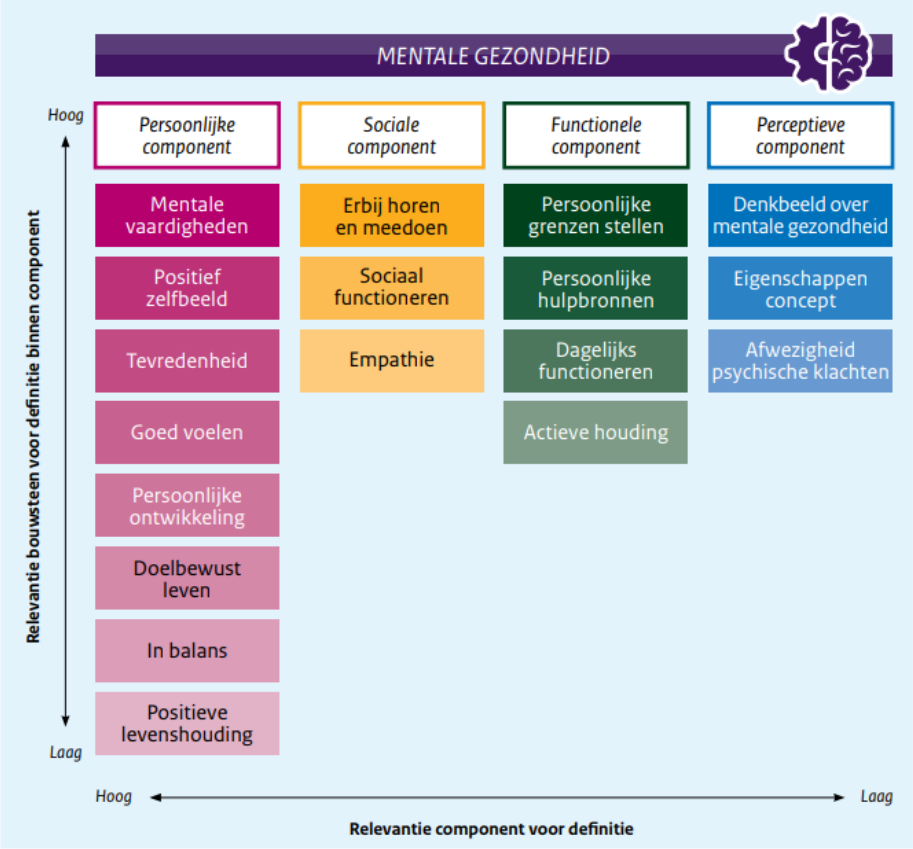
1.2.1 Definitie en bouwstenen van mentale gezondheid

In deze monitor sluiten we aan bij de definitie van mentale gezondheid uit de Delphistudie. Mentale gezondheid laat zich hierin als volgt samenvatten:

‘De manier waarop je je verhoudt tot jezelf (persoonlijke component) en tot anderen (sociale component) en hoe je omgaat met de uitdagingen in het dagelijks leven (functionele component). Tegelijkertijd gaat het ook over hoe jij en anderen in de samenleving dit ervaren (perspectieve component)’ [4].

Iedere component van mentale gezondheid bestaat uit meerdere bouwstenen (zie Tekstbox 1.1), achttien in totaal (zie Figuur 1.1).

Figuur 1.1 Bouwstenen en componenten van mentale gezondheid, schematisch gerangschikt naar relevantie voor de definitie van mentale gezondheid [4].



Textbox 1.1 Bouwstenen, indicatoren, factoren voor mentale gezondheid

Bouwstenen van mentale gezondheid: De definitie van mentale gezondheid bestaat uit achttien bouwstenen. Deze bouwstenen verwijzen naar verschillende aspecten van mentale gezondheid. Voorbeelden zijn ‘Positief zelfbeeld’, ‘Empathie’, ‘Persoonlijke grenzen stellen’ en ‘Afwezigheid psychische klachten’. De achttien bouwstenen zijn ingedeeld in vier componenten: persoonlijk, sociaal, functioneel en perceptief, zie Figuur 1.1.

Factoren: Factoren gebruiken we in dit rapport om eigenschappen of omstandigheden te beschrijven die van invloed zijn op iemands mentale gezondheid. Factoren kunnen het mentale welbevinden verbeteren of beschermen (bevorderende of beschermende factoren), of juist bijdragen aan het ontstaan van mentale problemen (risicofactoren). Factoren zijn ingedeeld in individuele en omgevingsfactoren, zoals sociaaleconomische, leefstijl-, en woon- en leefomgevingsfactoren, zie Figuur 1.2. Voor iedere factor is in deze monitor een indicator geselecteerd. Een voorbeeld is de factor ‘alcoholgebruik’, die wordt gemeten met de indicator ‘zware drinker’.

Indicatoren: Dit zijn betekenisvolle maatstaven die helpen om beleid te sturen, te volgen of te evalueren. Een indicator kan gebaseerd zijn op één cijfer, zoals ‘Het percentage mensen met een hoog risico op een angststoornis of depressie’, maar ook op meerdere cijfers, zoals ‘Ziektelast per 100.000 inwoners’, die sterftecijfers combineert met jaren geleefd met ziekte en de ernst van de ziekte.

Op basis van deze bouwstenen van mentale gezondheid is per (deel)populatie een set indicatoren (zie Tekstbox 1.1) gekozen (kernset en aanvullende set), die mentale gezondheid zo goed mogelijk omvatten.

Daarvoor is per (deel)populatie als eerste een minimale set indicatoren geselecteerd die samen zo veel mogelijk verschillende bouwstenen omvatten. Indien nodig zijn er nog andere indicatoren toegevoegd: om een vergelijking tussen de deelpopulaties mogelijk te maken of wanneer indicatoren specifiek voor een deelpopulatie relevant zijn. In totaal zijn er achttien indicatoren geselecteerd, die worden gebruikt om mentale gezondheid te monitoren. De uiteindelijke selectie van deze indicatoren per (deel)populatie staat in Bijlage 1. Op welke bouwstenen van de definitie van mentale gezondheid deze indicatoren betrekking hebben staat in Bijlage 6.

1.2.2 Conceptueel monitormodel mentale gezondheid

Om inzicht te krijgen in de onderwerpen waar de monitor zich op richt en hoe deze zich tot elkaar verhouden, is er een conceptueel model (zie Figuur 1.2) voor de Monitor mentale gezondheid ontwikkeld.

In dit model zie je welke individuele en omgevingsfactoren samenhangen met mentale gezondheid. Mentale gezondheid is opgedeeld in drie categorieën, afhankelijk van hoe je mentale

gezondheid meet: mentaal welbevinden, mentale problemen en psychische aandoeningen, zie ook Tekstbox 1.2. De indicatoren die geselecteerd zijn voor de kernset en aanvullende set mentale gezondheid (zie Paragraaf 1.2.1) zijn onderverdeeld in deze categorieën. Het model laat ook zien wat de gevolgen van mentale ongezondheid kunnen zijn. Denk aan gevolgen voor de zorg, maar ook aan uitval op school of werk, ziektelast en sterfte.

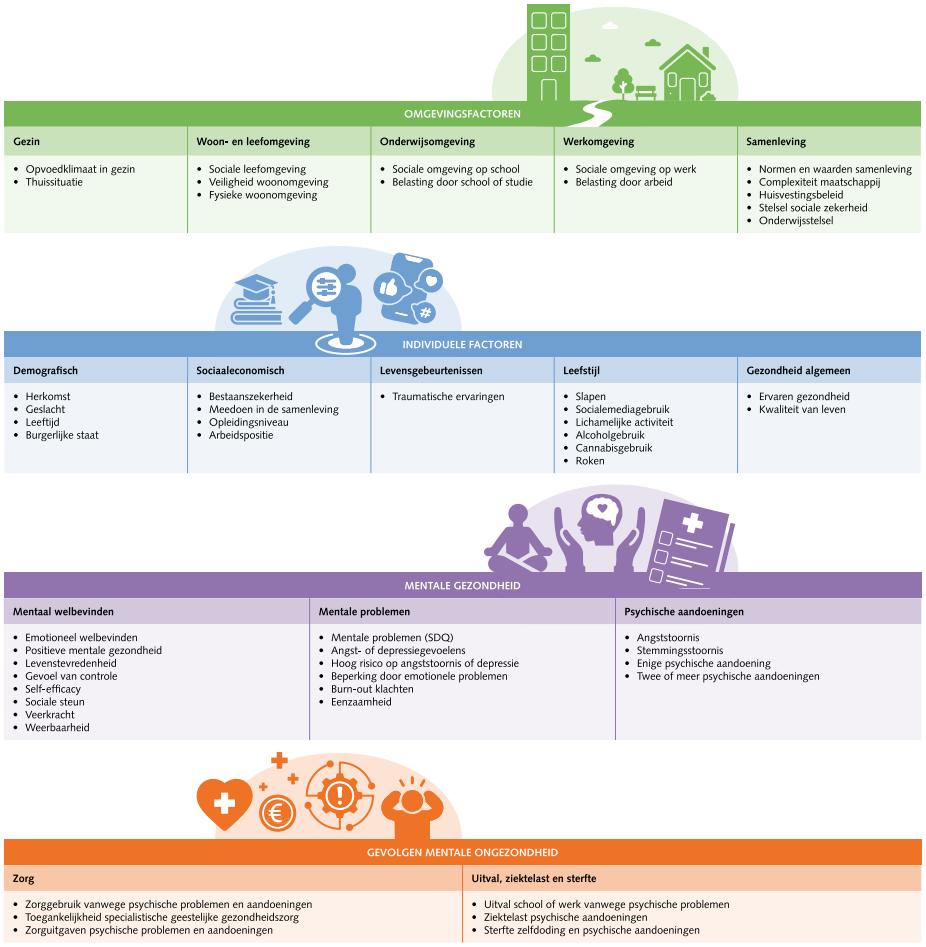
Tekstbox 1.2 Definities voor de indeling van mentale gezondheidsindicatoren

Mentaal welbevinden bestaat uit de ervaring van een goed gevoel, geluk en kwaliteit van leven en het goed kunnen functioneren in het dagelijks leven (positieve mentale gezondheid). Een hoog mentaal welbevinden gaat niet automatisch samen met minder psychische klachten en psychische stoornissen, maar werkt wel beschermend.

Mentale problemen, ook wel psychische problemen genoemd, zijn aspecten van gevoelens, gedachten en/of gedrag die door de persoon zelf als vervelend worden ervaren (dan zijn het mentale of psychische klachten), of die door anderen als niet normaal en als ongewenst of onaangepast worden ervaren en daarbij worden geduid als problematisch, zonder dat de persoon dit zelf zo ervaart.

Psychische aandoeningen, ook wel psychische stoornissen genoemd, zijn mentale gezondheidstoestanden die voldoen aan de diagnostische criteria van de ICD-10 en/of DSM-5 [6,7]. Diagnostische criteria kunnen betrekking hebben op de duur en de ernst van de symptomen, en de mate waarin de symptomen gepaard gaan met lijden of functionele beperkingen in het dagelijks leven.

Figuur 1.2 Conceptueel monitormodel mentale gezondheid



© Trimbos-instituut, 26 februari 2023, aangepast 7 november 2025

1.2.3 *Databronnen en indicatoren*

Voor de monitor is gebruikgemaakt van bestaande databronnen. Per resultatenhoofdstuk staat beschreven welke indicatoren en databronnen zijn gebruikt. Zie Bijlage 1 voor een overzicht van alle indicatoren per (deel)populatie en Bijlagen 2 en 3 voor alle gebruikte databronnen.

1.2.4 *Duiding door dialoog met experts*

Per deelpopulatie zijn duidingssessies georganiseerd om de cijfers en analyses van alle indicatoren, factoren en gevolgen uit het conceptueel monitormodel (kernbevindingen) te duiden met relevante experts. Dit waren experts uit beleid, praktijk, wetenschap en de doelgroep zelf of vertegenwoordigers van de doelgroep. Hierbij is gezamenlijk gekeken naar wat er opvalt aan deze cijfers en analyses, wat daarin het meest belangrijk is en welke aanbevelingen er zijn voor beleid. Door het betrekken van deze experts bij de duiding, zijn de kernbevindingen verrijkt met kennis vanuit verschillende bronnen (praktijk, beleid, wetenschap en de doelgroep zelf), en is tegelijkertijd gewerkt aan de doorwerking van de kernboodschappen in beleid en praktijk. Meer gedetailleerde informatie over de duidingssessies staat beschreven in de methodesectie (zie Paragraaf 2.4).

1.3 De landelijke rapportage

Deze rapportage geeft inzicht in de huidige stand van zaken en ontwikkelingen van de mentale gezondheid van de Nederlandse bevolking en de deelpopulaties kinderen, adolescenten, jongvolwassenen, volwassenen, ouderen, studenten en werkenden.

De volgende vragen worden beantwoord ter ondersteuning van beleid:

1) Wat is de *huidige stand* van zaken en wat zijn belangrijke *ontwikkelingen* rondom de mentale gezondheid van de Nederlandse bevolking en deelpopulaties?
2) Welke *factoren* (zowel beschermende als risicofactoren) voor mentale gezondheid spelen een belangrijke rol?
3) Wat zijn belangrijke *gevolgen* van mentale (on)gezondheid?
4) Wat zijn de belangrijkste *kernboodschappen* voor het beleid?

Alle tot nu toe beschikbare landelijke cijfers van de indicatorensets zijn hiertoe geïntegreerd, geanalyseerd, geduid, samengevat en voorzien van kernboodschappen.

1.4 Leeswijzer

Dit rapport is door het geïntegreerde overzicht een omvangrijk rapport, maar de hoofdstukken zijn ook afzonderlijk te lezen. Het rapport is als volgt ingedeeld.

Hoofdstuk 2 beschrijft de gebruikte methoden.

Hoofdstuk 3 tot en met Hoofdstuk 9 gaan per onderzoeksvraag in op de resultaten voor de algemene populatie en **per deelpopulatie** (kinderen en adolescenten, jongvolwassenen, volwassenen, ouderen, studenten en werkenden). Elk hoofdstuk start met een samenvatting van de bevindingen in de vorm van kernboodschappen (Paragraaf 1).

➔ Bent u vooral geïnteresseerd in één (deel)populatie? Lees dan Hoofdstukken 1 en 2, en vervolgens het betreffende hoofdstuk van de (deel)populatie (Hoofdstukken 3 t/m 9).

Hoofdstuk 10 integreert per onderzoeksvraag de kernboodschappen voor de verschillende (deel)populaties uit Hoofdstukken 3 tot en met 9. Zo ontstaat een zo goed mogelijk beeld van mentale gezondheid over de hele levensloop. De bevindingen worden daarbij in de context geplaatst van recente wetenschappelijke literatuur.

➔ Bent u vooral geïnteresseerd in de mentale gezondheid over de hele levensloop? Lees dan Hoofdstukken 1 en 2, en vervolgens Hoofdstuk 10.

Hoofdstuk 11 geeft een beschouwing op de methodologische overwegingen van het rapport en Hoofdstuk 12 sluit af met conclusies.

➔ Bent u vooral geïnteresseerd in de belangrijkste conclusies van dit rapport? Lees dan Paragraaf 12.1 of lees de Samenvatting.

In de bijlagen staan uitgebreide beschrijvingen van de gebruikte indicatoren en databronnen, alsook tabellen van de verdiepende analyses.

2 Methode

Voor inzicht in de mentale gezondheid van de Nederlandse bevolking is gebruikgemaakt van verschillende informatiebronnen. Bestaande databronnen zijn gebruikt om naar huidige situatie en trends van mentale gezondheid kijken. Verdiepende analyses zijn gebruikt om naar samenhang tussen factoren en mentale gezondheid te kijken. En bestaande databronnen en registraties zijn gebruikt om gevolgen van mentale (on)gezondheid in kaart te brengen. Duidingssessies met experts zijn georganiseerd om de resultaten gezamenlijk te interpreteren. Alle informatiebronnen worden hieronder verder toegelicht.

2.1 Indicatoren van mentale gezondheid

Er wordt in dit rapport gekeken naar achttien indicatoren die informatie geven over mentale gezondheid (voor meer informatie zie Paragraaf 1.2.1).

In totaal zijn hier elf bestaande databronnen voor gebruikt:

- Gezondheidsenquête (GE)
- Gezondheidsmonitor Jeugd (GMJ)
- Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen (GMJV)
- Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen (GMVO)
- Health Behaviour in School-aged Children Basisonderwijs/ Voortgezet onderwijs (HBSC-BO/VO)
- Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs (MMMS)
- Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA)
- Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)
- Peilstationsonderzoek Basisonderwijs/Voorgezet onderwijs (PEIL-BO/VO)
- Sociale Samenhang en Welzijn (SSW)
- Zelfstandigen Enquête Arbeid (ZEA)

De uitgebreide selectiecriteria van deze databronnen staan beschreven in de ‘Monitor mentale gezondheid. Advies voor het monitoren als ondersteuning van landelijk en lokaal gezondheidsbeleid’ [2]. In het kort is de selectie van databronnen gemaakt op basis van representativiteit en meetfrequentie aan de hand van de volgende criteria:

- Of een cijfer landelijk representatieve informatie over de totale bevolking en/of ten minste een van de deelpopulaties bevat.
- Of de cijfers beschikbaar zijn over meerdere momenten in de tijd, om ontwikkelingen door de door de tijd heen te kunnen volgen. De meetfrequentie is eens in de vier jaar of vaker.

In Bijlage 2 zijn de details van deze databronnen te vinden. Bijna alle databronnen zijn gebaseerd op vragenlijstonderzoek en verzamelen ten minste eens in de vier jaar data; alleen NEMESIS wordt verzameld via mondelinge interviews en wordt minder frequent verzameld. NEMESIS is als bron toegevoegd omdat dit de enige databron is met landelijk

representatieve gegevens over het vóórkomen van psychische aandoeningen in de volwassen bevolking. De in het eerdere advies [2] genoemde MBO-HBO monitor wordt niet gebruikt, omdat deze dataverzameling zich niet langer richt op het onderwerp mentale gezondheid. Voor de deelpopulatie studenten is daardoor voor mbo-studenten zeer beperkt informatie beschikbaar, voor hbo- en wo-studenten is informatie uit de MMMS beschikbaar.

De cijfers over de huidige situatie (dat wil zeggen de meeste recente cijfers die beschikbaar zijn) worden, waar mogelijk, opgesplitst naar geslacht/gender, leeftijd en opleidingsniveau. In de trends wordt gekeken naar het totaal en, indien mogelijk, apart voor geslacht/gender (mannen/vrouwen). Er wordt niet specifiek gekeken naar de groep gender anders dan man of vrouw, omdat dit in de meeste onderzoeken nog niet voor langere tijd wordt gemeten. In het rapport is niet gekeken of verschillen tussen groepen (geslacht/gender, leeftijd, opleidingsniveau) en meetjaren (trend) statistisch significant zijn.

2.2 Samenhang tussen individuele en omgevingsfactoren en mentale gezondheid

Per deelpopulatie is er ook gekeken welke databron voor mentale gezondheid de meeste informatie gaf over de individuele en omgevingsfactoren uit het conceptueel monitormodel. Op basis van de beschikbare informatie over deze factoren zijn de volgende databronnen geselecteerd: GE (2023), SSW (2023), HBSC (2021) en MMMS (2023). GE en SSW geven informatie over factoren voor de algemene populatie, jongvolwassenen, volwassenen, ouderen, en werkenden. HBSC geeft informatie over factoren voor kinderen en adolescenten en MMMS geeft informatie over factoren voor studenten. Zie Bijlage 4 voor de beschikbare factoren per (deel)populatie.

Voor de analyses naar de samenhang zijn vervolgens twee uitkomstmaten voor mentale gezondheid gekozen per deelpopulatie: één indicator voor mentaal welbevinden en één indicator voor mentale problemen. Hiervoor zijn ‘levenstevredenheid’ en ‘angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken’ (Mental Health Inventory-5 (MHI-5)) geselecteerd, indien beschikbaar. Alleen voor kinderen en adolescenten is gekozen voor ‘emotioneel mentaal welbevinden’ (WHO-5) en ‘mentale problemen (SDQ)’[1], en voor studenten is gekozen voor ‘positieve mentale gezondheid (floreren)’ (MHC-SF2.1) als maat voor mentaal welbevinden, omdat dit meer bouwstenen omvat.

Per individuele of omgevingsfactor waren soms meerdere indicatoren beschikbaar, zoals voor alcoholgebruik. In die gevallen is gekozen voor één indicator op basis van inhoudelijke argumenten, zoals relevantie voor mentale gezondheid of vergelijkbaarheid met andere deelpopulaties. Als er op basis van deze criteria nog niet gekozen kon worden, is er in de data gekeken naar de samenhang met mentale gezondheid en is de indicator gebruikt die het sterkst samenhing met mentale gezondheid.

[1] De categorie mentale problemen heeft bij kinderen en adolescenten een indicator met dezelfde naamgeving: mentale problemen. Deze indicator wordt daarom weergeven als ‘mentale problemen (SDQ)’.

Voor de analyses zijn de individuele en omgevingsfactoren gedichotomiseerd als risicofactor. Bijvoorbeeld: zorgen over financiële toekomst versus geen zorgen over financiële toekomst of niet voldoen aan de beweegrichtlijnen versus wel voldoen aan de beweegrichtlijnen.

Analyses zijn uitgevoerd met behulp van multivariate lineaire regressieanalyses (voor continue uitkomstmaten) of multivariate logistische regressieanalyses (voor dichotome uitkomstmaten). In de analyses is gecontroleerd voor leeftijd (in jaren), geslacht/gender en opleidingsniveau[2]. Er is *niet* gecontroleerd voor de andere individuele en omgevingsfactoren. Om te kijken naar verschillen in de aanwezigheid of richting van de samenhang naar geslacht/gender, zijn de analyses apart uitgevoerd voor mannen en vrouwen, waarbij gecontroleerd is voor leeftijd en opleidingsniveau[2].

In de resultaten worden de prevalentiecijfers van individuele en omgevingsfactoren gepresenteerd die aangeven aan hoe vaak deze factoren voorkomen in de gebruikte data voor deze (deel)populatie. Het is goed om te beseffen dat deze prevalentiecijfers niet altijd de beste inschattingen zijn van hoe vaak een factor voorkomt in de betreffende (deel)populatie, maar ze geven wel een redelijke indicatie. De beste cijfers voor herkomstland komen bijvoorbeeld uit de gemeentelijke bevolkingsregisters die worden ontsloten via het CBS.

De samenhang tussen de factoren en mentale gezondheid wordt weergegeven door middel van b-coëfficiënten (voor continue uitkomstmaten) of odds ratio's (OR) (voor dichotome uitkomstmaten) De b-coëfficiënt is het verschil in gemiddelde score voor de uitkomstmaat voor mensen mét en mensen zonder de indicator. De OR is de verhouding van de odds voor de uitkomstmaat mensen mét en mensen zonder de indicator. In het rapport worden alleen de statistisch significante samenhangen beschreven ($p < 0,05$), in Bijlage 8 staan alle b-coëfficiënten en odds ratio's met 95% betrouwbaarheidsintervallen.

Om de mate van een eventuele samenhang eenvoudiger weer te geven is deze aangegeven met kleurcoderingen: oranje (matige samenhang) en rood (sterke samenhang). De kleur groen (gunstige samenhang) wordt gebruikt als de factor samenhangt met een betere mentale gezondheid (meer welbevinden of minder problemen).

In dit rapport is een 'gunstige samenhang' met levenstevredenheid en positieve mentale gezondheid (floreren) gedefinieerd als de OR groter dan 1 (groen). Er is een 'matige samenhang' als de OR tussen 0,5 en 1 ligt (oranje) en een 'sterke samenhang' als de OR 0,5 of lager is (rood).

Voor angst- of depressiegevoelens en mentale problemen (SDQ) is er sprake van een 'gunstige samenhang' als de OR minder dan 1 is (groen). Er is 'matige samenhang' als de OR tussen 1 en 2 ligt (oranje) en een 'sterke samenhang' als de OR 2 of hoger is (rood).

[2] Voor personen jonger dan 26 jaar is 'gevolgd opleidingsniveau' gebruikt, voor personen van 26 jaar of ouder 'voltooid opleidingsniveau'. Bij kinderen is er niet gecorrigeerd voor opleidingsniveau.

Bij emotioneel mentaal welbevinden van kinderen en adolescenten is er sprake van een ‘matige samenhang’ met mentaal welbevinden als de b-coëfficiënt tussen 0 en -2,19 (adolescenten) en tussen 0 en -2,58 (kinderen) ligt (oranje) en een ‘sterke samenhang’ als de b-coëfficiënt -2,58 of lager is (kinderen) en -2,19 of lager is (adolescenten) (rood). De -2.19 en -2,58 zijn gebaseerd op een afwijking van 15% of meer ten opzichte van de gemiddelde score van emotioneel mentaal welbevinden voor de totale groep.

Bij het duiden van de onderzochte samenhang kunnen er geen uitspraken worden gedaan over temporaliteit (welke factor als eerste aanwezig is), causaliteit (wat oorzaak of gevolg is), of bidirectionaliteit (wederzijdse beïnvloeding) (zie ook de methodologische beschouwing in Paragraaf 11.6).

2.3 Gevolgen van mentale (on)gezondheid

Er wordt voor de gevolgen gekeken naar 27 indicatoren die informatie geven over zorggebruik, zorgkosten, uitval van school of werk, ziektelast en sterfte[3]. Als de gegevens beschikbaar zijn, is er onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen en zijn de trends weergegeven. Verschillen naar geslacht en door de tijd heen zijn niet statistisch getoetst. Per deelpopulatie is er een verschillend aantal indicatoren beschikbaar, zie Bijlage 5. De data over gevolgen konden niet gekoppeld worden aan de databronnen die gebruikt zijn voor mentale gezondheid.

De databronnen voor de gevolgen van mentale (on)gezondheid zijn veelal afkomstig uit registraties:

- Arbeidsongeschiktheidsuitkeringenstatistiek
- Beleidsinformatie Jeugd
- Doodsoorzakenstatistiek
- Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein-WMO
- Landelijke DBC-Informatiesysteem (DIS)
- Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA)
- Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn
- TNO Maatschappelijke werkgerelateerde kosten van arbeidsongeschiktheid en zorg (TNO)
- Open Onderwijsdata Dienst Uitvoering Onderwijs (DUO)
- RIVM Ziektelast
- RIVM Kosten van ziekten
- Zorgbeeldportaal

Voor werkenden is hieraan informatie toegevoegd uit de Arbobalans en van HumanCapitalCare en ArboNed [8]. Voor meer informatie over de gebruikte databronnen, zie Bijlage 3.

2.4 Duidingssessies met experts per deelpopulatie over de kernbevindingen

In totaal zijn zes duidingssessies georganiseerd: kinderen en adolescenten, jongvolwassenen, volwassenen, ouderen, studenten en

[3] Voor het opstellen van een set indicatoren voor de gevolgen van mentale (on)gezondheid, is eerder in ‘Monitor mentale gezondheid. Advies voor het monitoren als ondersteuning van landelijk en lokaal gezondheidsbeleid’ [2] een beknopt literatuuronderzoek gedaan en zijn enkele experts geraadpleegd.

werkenden. Voor de algemene bevolking is geen aparte duidingssessie georganiseerd in verband met overlap met alle deelpopulaties en dan vooral met volwassenen. Kinderen en adolescenten zijn in één duidingssessie samengenomen in verband met een grote overlap van experts tussen deze twee groepen.

De experts zijn per e-mail uitgenodigd om deel te nemen aan de duidingssessie. Bij het samenstellen van de deelnemerslijst is zo veel mogelijk gestreefd naar een gelijke verdeling van de perspectieven: onderzoek, beleid, praktijk en de doelgroep zelf. In deze verdeling was echter niet meegenomen dat experts soms vanuit meerdere perspectieven aan konden sluiten. Het is daardoor lastig aan te geven hoeveel experts er vanuit ieder perspectief aanwezig waren. In totaal namen er 105 experts deel aan de zes duidingssessies: per duidingssessie waren dit 12 tot 24 experts.

Voorbeeld van deelnemers aan een duidingssessie:
Bij de duidingssessie over kinderen en adolescenten namen een jeugdarts en gezondheidsbevorderaar van een GGD deel (praktijk) en ook beleidsmedewerkers van een gemeente (beleid). En aan de duidingssessie over werkenden namen onder andere vertegenwoordigers van verschillende vakbonden (doelgroep) en onderzoekers vanuit verschillende universiteiten en kennisinstituten (onderzoek) deel.

Voorafgaand aan de duidingssessies kregen de experts voorbereidende informatie toegestuurd over de kernbevindingen die besproken zouden worden en achtergrondinformatie over de gebruikte indicatoren en databronnen.

De duidingssessies bestonden uit drie rondes. Alle rondes startten met een presentatie van de kernbevindingen, gevolgd door een bespreking van de kernbevindingen met de experts in heterogene groepen over wat hun het meest opviel aan deze resultaten en wat de belangrijkste kernbevindingen waren. Iedere ronde werd afgesloten door een plenaire terugkoppeling uit de groepen door de gesprekleider.
In de eerste ronde is ingegaan op de cijfers over de huidige situatie en trends in de mentale gezondheid van de deelpopulatie. In de tweede ronde is gekeken naar de resultaten van de analyses over de samenhang tussen de factoren en mentale gezondheid. In de derde ronde is eerst gekeken naar de gevolgen van mentale (on)gezondheid, en vervolgens is geïnventariseerd en besproken wat er volgens de experts moet gebeuren om de mentale gezondheid van de deelpopulatie te verbeteren. Dit mochten concrete acties zijn, aanbevelingen, ambities of doelen op zowel lokaal, regionaal als landelijk niveau.

Alle informatie die de experts noemden in de duidingssessie werd per ronde door hen opgeschreven op post-its. Deze post-its vormden de input voor de duiding per hoofdstuk, net als de aantekeningen van de gespreksleiders, die na iedere gespreksronde plenair werden teruggekoppeld. De onderzoekers hebben aan de hand van een vooraf afgesproken instructie de rode draden uit deze post-its geanalyseerd. Deze rode draden zijn zo veel mogelijk opgeschreven in de volgorde van de kernbevindingen.

De duidingsinformatie per deelpopulatie is gebaseerd op expert opinion en is niet door de onderzoekers in de literatuur gecheckt. De resultaten van de duidingssessies zijn afhankelijk van de in de sessies gepresenteerde cijfers, die verschillen tussen de deelpopulaties, en de deskundigheid van de aanwezige experts. Mogelijk is bepaalde deskundigheid niet vertegenwoordigd geweest, zie ook Paragraaf 11.3. Voor de integrale analyse in Hoofdstuk 10 zijn de belangrijkste bevindingen wel in de context van recente literatuur geplaatst.

Naar aanleiding van de duidingssessies kan het zijn dat indicatoren zijn aangepast of toegevoegd zijn aan een (ander) hoofdstuk, zoals cijfers over dementie bij ouderen of nog recentere updates van cijfers.

3 De mentale gezondheid van de algemene populatie

Dit hoofdstuk start in Paragraaf 1 met een samenvatting van de bevindingen in de vorm van kernboodschappen. Vervolgens wordt in Paragraaf 2 de populatie beschreven waar het hoofdstuk over gaat. In Paragraaf 3 worden de meest recente cijfers en de belangrijkste ontwikkelingen (trends) in de mentale gezondheid beschreven. In Paragraaf 4 wordt ingegaan op de resultaten van de verdiepende analyses, waarbij is gekeken naar de samenhang tussen de factoren en mentale gezondheid. Dit hoofdstuk sluit in Paragraaf 5 af met de gevolgen van mentale (on)gezondheid. De bevindingen in dit hoofdstuk zijn niet geduid met experts in verband met overlap met alle deelpopulaties en dan vooral met volwassenen (zie Hoofdstuk 6 Volwassenen).

3.1 Kernboodschappen voor de mentale gezondheid van de algemene populatie

3.1.1 Huidige situatie en trends

- Het overgrote deel van de algemene populatie (18 jaar en ouder) is tevreden over het leven. Dit aandeel is het laagst onder 18- tot en met 24-jarigen. In de afgelopen jaren zijn er geen grote veranderingen zichtbaar.
- Ruim 4 op de 10 personen (12 jaar en ouder) heeft angst- of depressiegevoelens in afgelopen 4 weken. Dit is het hoogst onder 16- tot en met 29-jarigen. Een op de 10 personen heeft een hoog risico op angststoornis of depressie (18 jaar en ouder). Dit cijfer is het hoogst onder 18- tot en met 64-jarigen. Een op de 6 personen is beperkt door emotionele problemen (12 jaar en ouder). Dit is het hoogst onder de 20- tot en met 29-jarigen. Een op de 10 mensen voelt zich sterk eenzaam (15 jaar en ouder).
- Meer vrouwen rapporteren mentale problemen dan mannen.
- Een kwart van de algemene populatie (18 jaar en ouder) had in 2019/2022 enige psychische aandoening in het afgelopen jaar. Dit aandeel was het hoogst onder 18- tot en met 24-jarigen. In 2007/2009 was dit ongeveer 1 op de 6. Ruim 1 op de 7 personen had in het afgelopen jaar enige angststoornis, waarvan meer vrouwen dan mannen, en 1 op de 10 enige stemmingsstoornis. Een op de 9 had twee of meer psychische aandoeningen in het afgelopen jaar Dit aandeel was het hoogst onder 25- tot en met 34-jarigen.

3.1.2 Samenhangende factoren

- Een matige of (zeer) slechte ervaren gezondheid hangt sterk samen met zowel lagere levenstevredenheid als meer angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken. Daarnaast hangt maandelijks cannabisgebruik sterk samen met meer angst- of depressiegevoelens; de samenhang met levenstevredenheid is niet onderzocht. Zorgen over financiële toekomst en zich onveilig voelen (samenhang niet onderzocht met angst- of depressiegevoelens) en geen betaald werk hebben en alleenstaand zijn, met of zonder kinderen, hangen sterk samen

met lagere levenstevredenheid. Er is geen samenhang gevonden tussen zwaar alcoholgebruik en mentale gezondheid. Niet voldoen aan de beweegrichtlijnen hangt alleen bij vrouwen samen met meer angst- of depressiegevoelens; de samenhang met levenstevredenheid is niet onderzocht. Overige indicatoren laten een matige samenhang zien.

3.1.3 Gevolgen van mentale (on)gezondheid

- Ongeveer een kwart van de huisartspatiënten van 16 jaar of ouder had contact met de huisartsenpraktijk vanwege enigerlei psychisch probleem in 2023.
- Een op de 20 inwoners vanaf 18 jaar was in behandeling bij de ggz vanwege enigerlei psychische diagnose in 2021. Dit aantal was het hoogst bij 25- tot en met 34-jarigen en nam daarna langzaam af.
- Het aantal wachtplekken voor de ggz (18 jaar en ouder) bedroeg 108.878 in 2024. In 2022 waren dat er 87.114. In het eerste kwartaal van 2023 was in de basis-ggz 35,9% van de wachttijden langer dan de maximaal aanvaardbare totale wachttijd voor intake en behandeling (Treeknorm, 14 weken). In de gespecialiseerde ggz was dit 42,9%.
- De medische zorguitgaven voor het totaal aan psychische stoornissen (exclusief dementie en verstandelijke beperking) bedroegen €489 per persoon per jaar (0 jaar en ouder) in 2019. Voor dementie bedroegen de medische zorguitgaven €594 per persoon per jaar. Deze lagen vooral bij personen van 65 jaar en ouder: €2947 per persoon per jaar.
- Van alle arbeidsongeschiktheidsuitkeringen bij personen van 15 jaar en ouder was 42,4% toegekend vanwege psychische stoornissen in 2020. Dit percentage is stabiel sinds 2015.
- Ziektelast, uitgedrukt in het aantal verloren gezonde levensjaren (DALY), als gevolg van het totaal aan psychische en gedragsstoornissen (exclusief dementie en verstandelijke beperking) bedroeg 44,5 DALY's per 1000 inwoners (0 jaar en ouder) in 2022. Voor bipolaire en depressieve stemmingsstoornissen bedroeg het aantal verloren gezonde levensjaren 15,4 DALY's per 1000 inwoners, voor angst-, dwang- en stressstoornissen 9,1 DALY's, voor dementie 5,5 DALY's, voor burn-out 4,6 DALY's en voor ADHD en gedragsstoornissen 1,2 DALY's. Bij vrouwen was het aantal verloren gezonde levensjaren groter dan bij mannen (behalve voor ADHD en gedragsstoornissen). Het aantal verloren gezonde levensjaren per 1000 inwoners was per leeftijdsgroep in het algemeen het hoogste bij de 20- tot en met 44-jarigen (behalve voor ADHD en gedragsstoornissen en voor dementie).
- Per 100.000 inwoners (0 jaar en ouder) waren er 82,0 overledenen als gevolg van psychische stoornissen en 10,3 overledenen als gevolg van zelfdoding in 2024. Het aantal overledenen per 100.000 inwoners als gevolg van een psychische stoornis neemt toe met de leeftijd en door de tijd heen. Het aantal overledenen per 100.000 inwoners als gevolg van zelfdoding ligt sinds 2014 rond de 10 tot 11.

3.2 Algemene populatie in Nederland

Op 1 januari 2024 bestond de algemene populatie in Nederland, dat wil zeggen alle inwoners van Nederland van 0 jaar en ouder, uit 18,0 miljoen mensen (Bevolkingsstatistiek, 2025). Iets meer dan de helft van deze mensen was vrouw (50,2%). De minimale leeftijd waarover de databronnen gegevens rapporteren verschilt per databron tussen 0 en 18 jaar.

3.3 Mentale gezondheid van de algemene populatie: huidige situatie en trends

Deze paragraaf beschrijft de mentale gezondheid van de algemene populatie aan de hand van vijf indicatoren voor mentaal welbevinden en mentale problemen (zie Tekstboxen 3.1 en 3.2). Daarnaast worden er aan de hand van vier indicatoren psychische aandoeningen beschreven (zie Tekstbox 3.3). De gebruikte data zijn afkomstig uit Sociale Samenhang en Welzijn (SSW) (2024), Gezondheidsenquête (GE) (2024), Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen (GMVO) (2024), NEMESIS-2 (2007/2009) en NEMESIS-3 (2019/2022). Sommige databronnen gaan over een deel van de algemene populatie, zoals 12 jaar en ouder in GE en 18 jaar en ouder in de SSW. Daarvoor staat bij de resultaten de leeftijdscategorie benoemd.

3.3.1 Huidige situatie en trends in mentaal welbevinden

Tekstbox 3.1 Indicator mentaal welbevinden

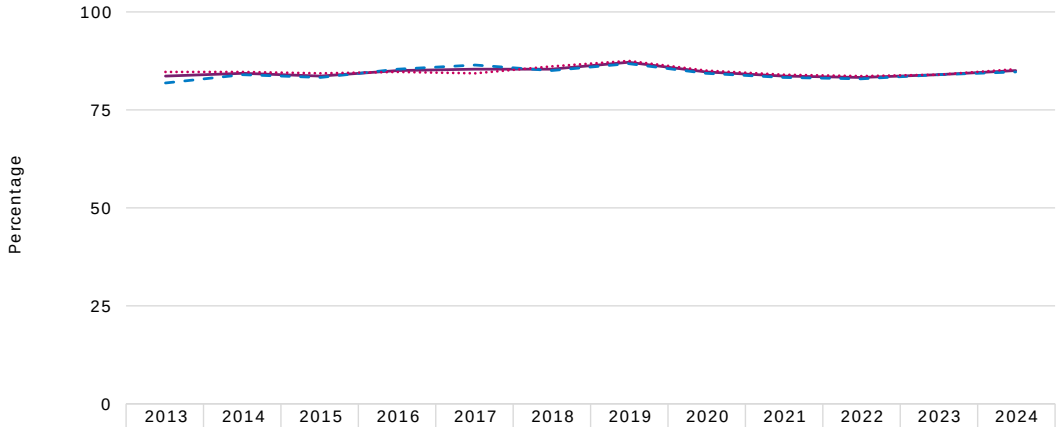
Levenstevredenheid is gemeten met de vraag 'Kunt u op een schaal van 1 tot en met 10 aangeven in welke mate u tevreden bent met het leven dat u nu leidt?. Een 1 voor volledig ontevreden en 10 voor volledig tevreden.' Een cijfer van 7 tot en met 10 betekent tevreden.

Levenstevredenheid
Van de mensen van 18 jaar en ouder was in 2024 85,3% tevreden over hun leven (SSW, 2024; zie Tabel 3.1). Het percentage mannen dat tevreden was over het leven (85,0%) kwam ongeveer overeen met het percentage vrouwen (85,5%). Het percentage mensen dat tevreden was over hun leven was het laagst in de leeftijdsgroep van 18 tot en met 24 jaar (78,5%). Voor de cijfers opgesplitst naar opleidingsniveau zie Tabel 3.1. In de periode 2013 tot en met 2024 lag het percentage 18 jaar en ouder dat tevreden was over hun leven tussen 83,4% (2022) en 87,3% (2019) (zie Figuur 3.1).

Tabel 3.1 Huidige situatie voor tevredenheid over het eigen leven bij de algemene populatie (18 jaar en ouder)

		Levenstevredenheid
	Jaartal gegevens	**2024**
	Bron	**SSW**
	Populatie	**18 jaar en ouder**
	Cijfer	**%**
	Totaal	85,3
Geslacht	Man	85,0
	Vrouw	85,5
Leeftijd	18-24 jaar	78,5
	25-34 jaar	84,1
	35-44 jaar	85,2
	45-54 jaar	86,5
	55-64 jaar	85,5
	65-74 jaar	88,8
	75 jaar en ouder	87,6
Opleidingsniveau	Basisonderwijs	79,5
	Vmbo, mbo1, avo, onderbouw	81,7
	Havo, vwo, mbo	85,3
	Hbo, wo bachelor	87,2
	Wo, master, doctor	90,1

Figuur 3.1 Percentage van de algemene populatie (18 jaar en ouder) dat tevreden was over het eigen leven in de periode 2013 t/m 2024



	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totaal	83,6	84,6	83,9	85,2	85,4	85,7	87,3	84,8	83,6	83,4	84,2	85,3
Man	82,1	84,2	83,4	85,6	86,5	85,1	87,1	84,4	83,3	82,9	84,0	85,0
Vrouw	85,0	85,0	84,5	84,8	84,4	86,3	87,6	85,2	84,0	83,8	84,3	85,5

Bron: SSW

3.3.2 Huidige situatie en trends in mentale problemen

Tekstbox 3.2 Indicatoren mentale problemen

Angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken is gemeten met de Mental Health Inventory-5 (MHI-5). De MHI-5 bevat vijf vragen die gaan over hoe men zich in de afgelopen 4 weken voelde: 'Voelde u zich erg zenuwachtig?', 'Zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken?', 'Voelde u zich kalm en rustig?', 'Voelde u zich neerslachtig en somber?' en 'Voelde u zich gelukkig?'. Er zijn 6 antwoorden mogelijk, variërend van (0) 'nooit' tot (5) 'voortdurend'. Een somscore van 76 of lager (range 0-100) betekent de aanwezigheid van angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken [9–11].

Beperkt voelen door emotionele problemen in werk of andere dagelijkse bezigheden is gemeten met de vraag 'Als u denkt aan uw werk of andere dagelijkse bezigheden, heeft u dan door een emotioneel probleem (bijvoorbeeld doordat u zich depressief of angstig voelde) in de afgelopen 4 weken minder bereikt dan u zou willen?'. Antwoordmogelijkheden zijn 'ja' en 'nee'.

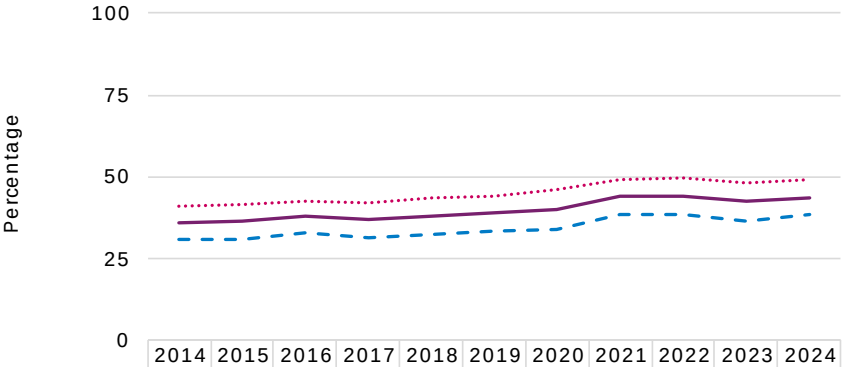
Hoog risico op een angststoornis of depressie is gemeten met de Kessler-10 vragenlijst (K10). De vragenlijst bestaat uit tien vragen over hoe iemand zich voelde in de afgelopen 4 weken zoals 'Hoe vaak voelde u zich hopeloos?', 'Hoe vaak vond u zichzelf afkeurenswaardig, minderwaardig of waardeloos?' en 'Hoe vaak voelde u zich zenuwachtig?'. Antwoordcategorieën variëren van (1) 'altijd' tot (5) 'nooit'. Een somscore van 30 en hoger (range 10-50) is een indicatie voor een hoog risico op een angststoornis of depressie [12].

Sterk eenzaam is gemeten met een verkorte versie van de eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld, bestaande uit zes uitspraken over sociale en emotionele eenzaamheid zoals 'Ik mis mensen om me heen' en 'Vaak voel ik me in de steek gelaten'. Er zijn drie antwoorden mogelijk: 'ja', 'min of meer' en 'nee'. Een somscore van 5 of 6 betekent sterk eenzaam (range 0-6) [13].

Angst- of depressiegevoelens

Van de mensen van 12 jaar en ouder had in 2024 43,7% angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken (GE, 2024; zie Tabel 3.2). Bij vrouwen lag dit percentage hoger (49,0%) dan bij mannen (38,3%). Tussen leeftijdsgroepen varieerde het aandeel personen met angst- of depressiegevoelens van 31,6% onder 12- tot en met 15-jarigen tot 51,9% onder 20- tot en met 29-jarigen. Voor de cijfers opgesplitst naar opleidingsniveau, zie Tabel 3.2. Het percentage mensen met angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken ging in de periode 2014 tot en met 2024 (zie Figuur 3.2) van 36,0% in 2014 naar 43,7% in 2024. Het hoogste percentage was 44,0% in 2022, aan het einde van de coronapandemie. Het patroon voor mannen en vrouwen is hetzelfde; alleen hebben meer vrouwen angst- of depressiegevoelens dan mannen.

Figuur 3.2 Percentage van de algemene populatie (12 jaar en ouder) met angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken in de periode 2014 t/m 2024



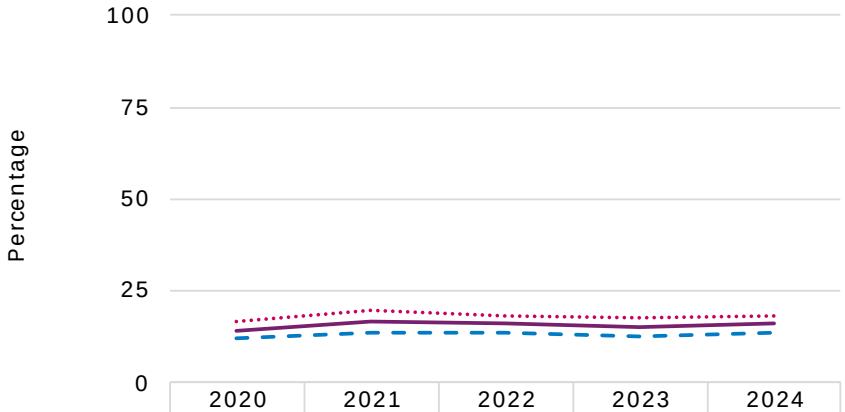
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totaal	36,0	36,4	38,0	36,8	38,1	38,8	40,1	43,9	44,0	42,4	43,7
Man	30,7	30,8	33,2	31,5	32,6	33,3	34,1	38,5	38,4	36,5	38,3
Vrouw	41,2	41,8	42,7	41,9	43,5	44,3	45,9	49,2	49,6	48,2	49,0

Bron: GE

Beperkt voelen door emotionele problemen

Van de mensen van 12 jaar en ouder voelde 15,9% zich in 2024 door emotionele problemen beperkt bij dagelijkse bezigheden in de afgelopen 4 weken (GE, 2024; zie Tabel 3.2). Onder vrouwen was het percentage dat zich door emotionele problemen beperkt voelde 18,3%. Dit lag hoger dan onder mannen: 13,4%. Het percentage mensen dat zich door emotionele problemen beperkt voelde varieerde per leeftijdsgroep van 7,3% onder de 12- tot en met 15-jarigen tot 23,3% onder de 20- tot en met 29-jarigen. Voor de cijfers opgesplitst naar opleidingsniveau, zie Tabel 3.2. In de periode 2020 tot en met 2024 bleef het percentage mensen van 12 jaar en ouder dat zich beperkt voelde door emotionele problemen tussen 14,2% en 16,4% (zie Figuur 3.3).

Figuur 3.3 Percentage in de algemene populatie (12 jaar en ouder) dat zich door emotionele problemen beperkt voelde bij dagelijkse bezigheden in de afgelopen 4 weken in de periode 2020 t/m 2024



	2020	2021	2022	2023	2024
Totaal	14,2	16,4	15,8	15,1	15,9
Man	11,9	13,3	13,4	12,5	13,4
Vrouw	16,5	19,5	18,2	17,6	18,3

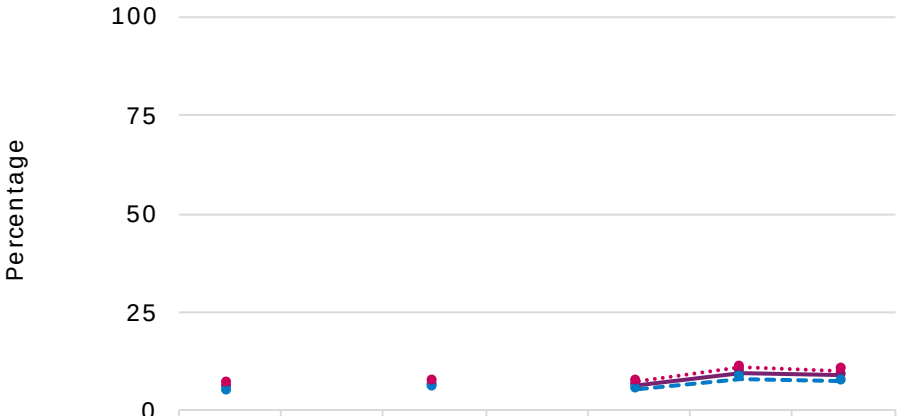
Bron: GE

Tabel 3.2 Huidige situatie voor mentale problemen bij de algemene populatie (vanaf 12 jaar en ouder)

		Angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken		Beperkt door emotionele problemen in de afgelopen 4 weken		Hoog risico op een angststoornis of depressie		Sterk eenzaam	
	Jaartal gegevens	**2024**		**2024**		**2024**		**2024**	
	Bron	**GE**		**GE**		**GMVO**		**SSW**	
	Populatie	**12 jaar en ouder**		**12 jaar en ouder**		**18 jaar en ouder**		**15 jaar en ouder**	
	Cijfer		**%**		**%**		**%**		**%**
	Totaal		43,7		15,9		8,9		9,8
Geslacht / gender	Man		38,3		13,4		7,4		9,2
	Vrouw		49,0		18,3		10,2		10,4
	Anders		-		-		35,4		-
Leeftijd	12-15 jaar		31,6		7,3		-		-
	16-19 jaar		51,6		17,2		-		-
	20-29 jaar		51,9		23,3		-		-
	30-39 jaar		47,5		19,4		-		-
	40-49 jaar		44,5		16,9		-		-
	50-54 jaar		43,7		15,9		-		-
	55-64 jaar		39,4		13,7		-		10,1
	65-74 jaar		36,1		11,1		-		8,9
	75 jaar en ouder		43,0		10,5		-		5,8
	15-24 jaar		-		-		-		10,9
	25-34 jaar		-		-		-		10,2
	35-44 jaar		-		-		-		10,6
	45-54 jaar		-		-		-		10,8
	18-64 jaar		-		-		10,5		-
	65 jaar en ouder		-		-		4,2		-
Opleidingsniveau	Basisonderwijs		55,7		18,4		-		11,3
	Vmbo, havo/vwo onderbouw, mbo1		45,3		14,8		-		10,8
	Havo, vwo, mbo 2-4		40,4		15,6		-		9,9
	Hbo-, wo-bachelor		41,6		14,6		-		9,3
	Hbo-, wo-master, doctor		42,1		16,5		-		8,2
	Basisonderwijs, lbo, mavo, vmbo		-		-		11,3		-
	Havo, vwo, mbo 2-4		-		-		10,0		-
	Hbo, wo		-		-		6,6		-

Hoog risico op een angststoornis of depressie
In 2024 had bijna 1 op de 10 mensen (8,9%) van 18 jaar en ouder een hoog risico op een angststoornis of depressie (GMVO, 2024; zie Tabel 3.2). Dit percentage bedroeg 7,4% voor mannen, 10,2% voor vrouwen en 35,4% voor mensen met een gender anders dan man of vrouw. Het percentage mensen met een hoog risico op een angststoornis of depressie was lager onder 65-plussers (4,2%) dan onder 18- tot en met 64-jarigen (10,5%). Voor de cijfers opgesplitst naar opleidingsniveau, zie Tabel 3.2. In de periode 2012 tot en met 2020 lag het percentage mensen met een hoog risico op een angststoornis of depressie tussen 5,7% en 6,4%. In 2022 is het percentage mensen met een hoog risico op een angststoornis of depressie het hoogst met 9,7% (zie Figuur 3.4).

Figuur 3.4 Percentage in de algemene populatie (18 jaar en ouder) met hoog risico op een angststoornis of depressie in de periode 2012 t/m 2024



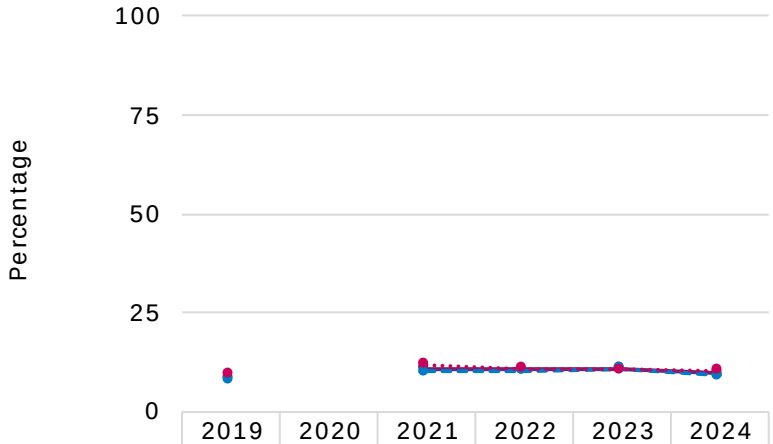
	2012		2016		2020	2022	2024
Totaal	5,7		6,5		6,4	9,7	8,9
Man	4,6		5,8		5,3	8,2	7,4
Vrouw	6,7		7,2		7,5	11,0	10,2

Bron: GMVO

Sterk eenzaam

Van de mensen van 15 jaar en ouder was 9,8% sterk eenzaam in 2024 (SSW, 2024; zie Tabel 3.2). Het percentage mensen met sterke eenzaamheid bedroeg 10,4% bij vrouwen en 9,2% bij mannen. Het percentage mensen met sterke eenzaamheid varieerde per leeftijdsgroep van 5,8% onder 75-plussers tot 10,9% onder de 15- tot en met 24-jarigen. Voor de cijfers opgesplitst naar opleidingsniveau zie Tabel 3.2. In de periode 2019 tot en met 2024 was het percentage mensen dat zich sterk eenzaam voelt tussen 8,7% en 11,0% (zie Figuur 3.5).

Figuur 3.5 Percentage in de algemene populatie (15 jaar en ouder) met sterke eenzaamheid in de periode 2019 t/m 2024



	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totaal	8,7		11,0	10,7	10,8	9,8
Man	7,8		10,2	10,4	11,0	9,2
Vrouw	9,6		11,8	11,0	10,6	10,4

Bron: SSW

3.3.3 Huidige situatie en trends in psychische aandoeningen

Tekstbox 3.3 Indicatoren psychische aandoeningen

Psychische aandoeningen zijn vastgesteld met de CIDI 3.0, een gevalideerd gestructureerd klinisch interview om veelvoorkomende psychische aandoeningen te bepalen. Bij het bepalen van de psychische aandoeningen wordt in de CIDI uitgegaan van de meest recente versie van het diagnostische en statistisch handboek van psychische aandoeningen, de Diagnostic and Statistical Manual (DSM). Voor de huidige situatie is gekeken naar DSM-5 [14,15].

Enige angststoornis is het percentage personen van 18 tot en met 75 jaar dat in de afgelopen 12 maanden voorafgaand aan het meten voldeed aan de DSM-5 criteria voor één of meer angststoornissen (paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie, specifieke fobie en/of gegeneraliseerde angststoornis).

Enige stemmingsstoornis is het percentage van de mensen van 18 tot en met 75 jaar dat in de 12 maanden voorafgaand aan het meten voldeed aan de DSM-5 criteria voor één of meer stemmingsstoornissen ((persisterende) depressieve stoornis en/of bipolaire stoornis).

Enige psychische aandoening is het percentage van de mensen van 18 tot en met 75 jaar dat in de 12 maanden voorafgaand aan het meten voldeed aan de DSM-5 criteria voor ten minste één van de volgende psychische aandoeningen: stemmingsstoornissen, angststoornissen, middelengerelateerde stoornissen en ADHD.

Twee of meer psychische aandoeningen is het percentage van de mensen van 18 tot en met 75 jaar dat in de 12 maanden voorafgaand aan het meten voldeed aan de DSM-5 criteria voor ten minste twee of meer psychische aandoeningen, zoals stemmingsstoornissen, angststoornissen, middelengerelateerde stoornissen en ADHD.

Voor een vergelijking tussen 2007/2009 en 2019/2022 kijken we naar DSM-IV-aandoeningen. Deze aandoeningen zijn namelijk in beide NEMESIS studies op dezelfde wijze bepaald. Ook zijn deze cijfers beperkt tot volwassenen van 18 tot en met 64 jaar, omdat deze leeftijdsgroep aan beide studies heeft deelgenomen. De cijfers kunnen daarom licht verschillen.

Enige angststoornis
Van de mensen van 18 tot en met 75 jaar had in 2019/2022 15,2% enige angststoornis in het voorgaande jaar(DSM-V, NEMESIS-3, 2019/2022; zie Tabel 3.3). Het percentage met enige angststoornis in het voorafgaande jaar was hoger voor vrouwen (19,4%) dan voor mannen (11,0%). Het percentage per leeftijdsgroep ligt tussen 8,7% (65 t/m 75 jaar) en 19,9% (18 t/m 24 jaar). Voor de cijfers opgesplitst naar opleidingsniveau zie Tabel 3.3.

Het percentage volwassenen (18 t/m 64 jaar) met enige angststoornis in het voorgaande jaar (DSM-IV) ging van 10,1% in 2007/2009 naar

15,6% in 2019/2022 (zie Figuur 3.6) (NEMESIS-2, 2007/2009 en NEMESIS-3, 2019/2022).

Enige stemmingsstoornis
Van de mensen van 18 tot en met 75 jaar had 9,8% in 2019/2022 enige stemmingsstoornis in het voorgaande jaar (DSM-V NEMESIS-3, 2019/2022; zie Tabel 3.3). Het percentage vrouwen met enige stemmingsstoornis in het voorafgaande jaar bedroeg 11,5% en het percentage mannen 8,1%. Het percentage per leeftijdsgroep ligt tussen 4,9% (65 t/m 75 jaar) en 13,3% (18 t/m 24 jaar). Voor de cijfers opgesplitst naar opleidingsniveau, zie Tabel 3.3.

Het percentage volwassenen (18 t/m 64 jaar) met enige stemmingsstoornis in het voorgaand jaar (DSM-IV) ging van 6,0% in 2007/2009 naar 10,8% in 2019/2022 (zie Figuur 3.6) (NEMESIS-2, 2007/2009 en NEMESIS-3, 2019/2022).

Enige psychische aandoening
Van de mensen van 18 tot en met 75 jaar had 25,9% in 2019/2022 enige psychische aandoening in het voorgaande jaar (NEMESIS-3, 2019/2022; zie Tabel 3.3). Het percentage vrouwen met enige psychische aandoening in het voorafgaande jaar was 27,8% en het percentage voor mannen was 24,0%. Het percentage per leeftijdsgroep ligt tussen 13,9% (65 t/m 75 jaar) en 39,6% (18 t/m 24 jaar). Voor de cijfers opgesplitst naar opleidingsniveau zie Tabel 3.3.

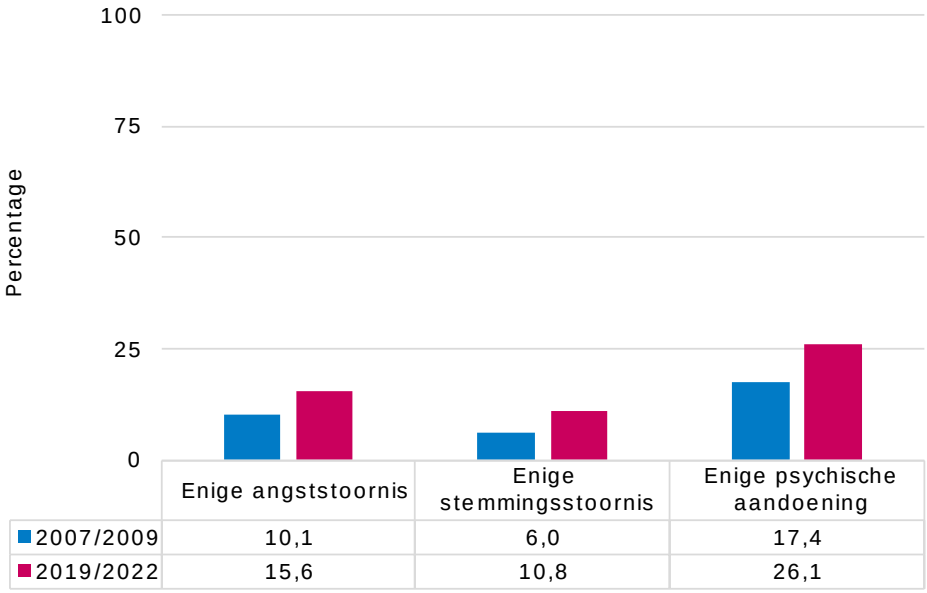
Het percentage volwassenen (18 t/m 64 jaar) met enige psychische aandoening in het voorgaande jaar (DSM-IV) ging van 17,4% in 2007/2009 naar 26,1% in 2019/2022 (zie Figuur 3.6).

Twee of meer psychische aandoeningen
Van de mensen van 18 tot en met 75 jaar had in 2019/2022 11,0% twee of meer psychische aandoeningen in het voorgaande jaar (NEMESIS-3, 2019/2022; zie Tabel 3.3). Het percentage vrouwen met twee of meer psychische aandoeningen in het voorafgaande jaar bedroeg 12,8% en het percentage mannen 9,2%. Het percentage per leeftijdsgroep ligt tussen 4,9% (65 t/m 75 jaar) en 15,1% (25 t/m 34 jaar). Voor de cijfers opgesplitst naar opleidingsniveau, zie Tabel 3.3. Er zijn geen vergelijkbare cijfers beschikbaar in 2007/2009 voor twee of meer psychische aandoeningen.

Tabel 3.3 Huidige situatie voor psychische aandoeningen bij de algemene populatie (18 t/m 75 jaar)

		Enige angststoornis laatste jaar	Enige stemmingsstoornis laatste jaar	Enige psychische aandoening laatste jaar	Twee of meer psychische aandoeningen laatste jaar
	Jaartal gegevens	**2019/2022**	**2019/2022**	**2019/2022**	**2019/2022**
	Bron	**NEMESIS-3**	**NEMESIS-3**	**NEMESIS-3**	**NEMESIS-3**
	Populatie	**18-75 jaar**	**18-75 jaar**	**18-75 jaar**	**18-75 jaar**
	Cijfer	**%**	**%**	**%**	**%**
	Totaal	15,2	9,8	25,9	11,0
Geslacht	Man	11,0	8,1	24,0	9,2
	Vrouw	19,4	11,5	27,8	12,8
Leeftijd	18-24 jaar	19,9	13,3	39,6	14,4
	25-34 jaar	19,8	13,1	35,2	15,1
	35-44 jaar	17,5	11,1	27,7	14,0
	45-54 jaar	13,3	9,5	21,8	9,9
	55-64 jaar	13,8	7,9	21,4	8,9
	65-75 jaar	8,7	4,9	13,9	4,9
Opleidingsniveau	Basisonderwijs, lbo, mavo, vmbo	17,0	12,0	27,9	14,5
	Mbo, havo, vwo	15,9	10,2	26,0	10,9
	Hbo, wo	13,3	7,9	24,4	8,8

Figuur 3.6 Percentage 18- t/m 64-jarigen met DSM-IV psychische aandoeningen in het voorgaande jaar, in de perioden 2007/2009 en 2019/2022



	Enige angststoornis	Enige stemmingsstoornis	Enige psychische aandoening
2007/2009	10,1	6,0	17,4
2019/2022	15,6	10,8	26,1

Geen cijfers beschikbaar voor indicator 'Twee of meer psychische aandoeningen'.
Bron: NEMESIS-2 en NEMESIS-3

3.4 Factoren voor de mentale gezondheid van de algemene populatie

Deze paragraaf beschrijft factoren voor de mentale gezondheid bij de algemene populatie aan de hand van indicatoren voor individuele en omgevingsfactoren. De gebruikte data zijn afkomstig uit Sociale Samenhang en Welzijn (SSW) (2023) en de Gezondheidsenquête (GE) (2023). Per indicator is geanalyseerd of en in welke mate deze samenhangt met levenstevredenheid uit SSW en/of angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken uit de GE (zie ook Paragrafen 3.3.1 en 3.3.2). Bij de analyses is rekening gehouden met verschillen in geslacht, leeftijd en opleidingsniveau[4]. Voor mannen en vrouwen worden factoren apart besproken als er verschillen zijn in de aanwezigheid of de richting van de samenhang.

3.4.1 Individuele factoren

Voor individuele factoren in het conceptueel monitormodel mentale gezondheid zijn er in de SSW (2023) zes indicatoren en in de GE (2023) acht indicatoren beschikbaar, zie Tekstbox 3.4 en Tabel 3.4ab.

Tekstbox 3.4 Indicatoren individuele factoren

Demografisch

Herkomstland anders dan Nederland (SSW en GE) is bepaald op basis van geboorteland van de persoon en diens ouders. Bij personen met een herkomstland anders dan Nederland is de persoon zelf en/of ten minste één van beide ouders niet in Nederland geboren. Personen met herkomstland Nederland zijn in Nederland geboren, net als hun beide ouders.

Sociaaleconomisch

Zorgen over de financiële toekomst (SSW) is gemeten met de vraag ‘Kunt u op een schaal van 1 tot en met 10 aangeven hoe vaak u zich zorgen maakt over uw financiële toekomst? Een 1 staat voor nooit en een 10 voor voortdurend.’ Een cijfer van 5 tot en met 10 betekent dat een persoon zich zorgen maakt over de financiële toekomst.
Eerste inkomenskwintiel (GE) is bepaald op het niveau van huishoudens en niet op individueel niveau. Personen in het eerste inkomenskwintiel maken deel uit van een huishouden uit de 20% huishoudens met de laagste huishoudinkomens.

Geen lid van een vereniging (SSW) is gemeten met de vraag ‘Bent u lid van één of meer van de volgende verenigingen of organisaties (ja/nee)?’. Hierbij is gevraagd naar sportverenigingen, zang-, muziek- of toneelverengingen, hobbyverenigingen, jeugd- of jongerenorganisaties, gezelligheidsverenigingen en andere verenigingen. Een persoon is geen lid van een vereniging als de betreffende persoon niet op ten minste één van de vragen naar lidmaatschap met ‘ja’ heeft geantwoord.

Geen betaald werk (SSW en GE) is nagevraagd op basis van het aantal uren dat de persoon meestal werkt per week. Een persoon heeft geen betaald werk als de betreffende persoon minder dan 1 uur werken per week heeft geantwoord.

[4] Hierdoor kan de samenhang tussen de indicator en mentale gezondheid niet meer worden verklaard door de mogelijke invloed van leeftijd, geslacht en/of opleidingsniveau.

Leefstijl
Voldoet niet aan de beweegrichtlijnen (GE) van de Gezondheidsraad houdt in dat een persoon niet voldoende matig en/of zwaar intensieve activiteiten en niet voldoende spier- en botversterkende activiteiten doet [16].

Zware drinker (GE) is een persoon die minstens één keer per week vier of meer glazen (voor vrouwen) of zes of meer glazen (voor mannen) alcohol op één dag drinkt.

Cannabisgebruik in de afgelopen maand (GE) is bepaald door te vragen of een persoon cannabis (hasj, wiet, marihuana) in de laatste 30 dagen heeft gebruikt.

Rookt (weleens) (SSW en GE) is vastgesteld met het antwoord 'Ja' op de vraag 'Rookt u weleens (het gaat daarbij om het roken van tabak, niet om een e-sigaret of vape)?' (GE). In de SSW is dit vastgesteld met het antwoord 'Ja' op de vraag 'Rookt u?'.

Gezondheid algemeen
Matige of (zeer) slechte ervaren gezondheid (SSW en GE) is gemeten met de vraag 'Hoe is over het algemeen uw gezondheid?. Er zijn vijf antwoorden mogelijk: 'zeer goed', 'goed', 'gaat wel', 'slecht' en 'zeer slecht'. De laatste drie antwoorden betekenen een matige of (zeer) slecht ervaren gezondheid.

Demografisch
Een herkomstland anders dan Nederland hangt matig samen met een lagere levenstevredenheid bij personen vanaf 18 jaar en ook met meer angst- of depressiegevoelens bij personen vanaf 12 jaar (zie Tabel 3.4a). De samenhang tussen een herkomstland anders dan Nederland en een lagere levenstevredenheid is matig voor vrouwen, maar ontbreekt bij mannen (zie Tabel 3.4b).

Sociaaleconomisch
Voor bestaanszekerheid zijn er twee verschillende indicatoren beschikbaar: zorgen over financiële toekomst (49,7% bij personen vanaf 18 jaar) hangt sterk samen met een lagere levenstevredenheid, en het behoren tot een huishouden uit het eerste inkomenskwintiel (15,8% bij personen vanaf 12 jaar) hangt matig samen met meer angst- of depressiegevoelens (zie Tabel 3.4a). Geen lid zijn van een vereniging (30,4% bij personen vanaf 18 jaar) hangt matig samen met een lagere levenstevredenheid. Geen betaald werk hebben hangt sterk samen met een lagere levenstevredenheid en hangt matig samen met meer angst- of depressiegevoelens.

Leefstijl
Niet voldoen aan de beweegrichtlijnen (56,4% bij personen vanaf 12 jaar) hangt niet samen met angst- of depressiegevoelens (zie Tabel 3.4a). Zwaar alcoholgebruik hangt niet samen met levenstevredenheid en ook niet met angst- of depressiegevoelens. Cannabisgebruik (4,8% bij personen vanaf 12 jaar) hangt sterk samen met meer angst- of

depressiegevoelens. Roken hangt matig samen met een lagere levenstevredenheid en meer angst- of depressiegevoelens.
Niet voldoen aan de beweegrichtlijnen hangt alleen bij vrouwen matig samen met meer angst- of depressiegevoelens; deze samenhang ontbreekt bij mannen (zie Tabel 3.4b).

Gezondheid algemeen
Een matige of (zeer) slechte ervaren gezondheid heeft een sterke samenhang met zowel een lagere levenstevredenheid als meer angst- of depressiegevoelens (zie Tabel 3.4a).

*Tabel 3.4a Samenhang van individuele factoren met levenstevredenheid (18 jaar en ouder) en met angst- of depressiegevoelens (12 jaar en ouder) onder algemene populatie**

			SSW (2023)		GE (2023)	
			Algemene populatie (18 jaar en ouder)	Levens-tevredenheid	Algemene populatie (12 jaar en ouder)	Angst- of depressie gevoelens afgelopen 4 weken
	Individuele factor	**Indicator**	**%**	**OR**	**%**	**OR**
Demografisch	Herkomst	Herkomstland anders dan Nederland	26,4	0,75	26,7	1,32
Sociaaleconomisch	Bestaanszekerheid	Zorgen over financiële toekomst	49,7	0,37	-	-
		Eerste inkomenskwintiel	-	-	15,8	1,94
	Meedoen in de samenleving	Geen lid van een vereniging	30,4	0,57	-	-
	Arbeidspositie	Geen betaald werk	32,8	0,37	33,0	1,73
Leefstijl	Lichamelijke activiteit	Voldoet niet aan de beweegrichtlijnen	-	-	56,4	ns
	Alcoholgebruik	Zware drinker	25,5	ns	7,7	ns
	Cannabisgebruik	Cannabis gebruikt in de afgelopen maand	-	-	4,8	2,23
	Roken	Rookt (weleens)	14,2	0,53	18,1	1,57
Gezondheid algemeen	Ervaren gezondheid	Matige of (zeer) slechte ervaren gezondheid	32,9	0,21	25,2	5,14

*Analyses zijn gecontroleerd voor geslacht, leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau
Oranje bolletje = statistisch significante, matige samenhang (levenstevredenheid: OR tussen 0,5 en 1,0; angst- of depressiegevoelens: OR tussen 1,0 en 2,0; $p<0,05$)
Rood bolletje = statistisch significante, sterke samenhang (levenstevredenheid: OR 0,5 of lager; angst- of depressiegevoelens: OR 2,0 of hoger; $p<0,05$)
OR = odds ratio, ns = niet significante samenhang ($p \geq 0,05$), - = geen gegevens beschikbaar
In Bijlage 8 staan de referentiegroepen en de 95% betrouwbaarheidsintervallen van de odds ratio's

*Tabel 3.4b Samenhang van individuele factoren met levenstevredenheid (18 jaar en ouder) en met angst- of depressiegevoelens voor mannen en vrouwen (12 jaar en ouder) onder algemene populatie**

			SSW (2023)		GE (2023)	
			Levenstevredenheid		Angst- of depressiegevoelens afgelopen 4 weken	
			Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
	Individuele factor	Indicator	OR	OR	OR	OR
Demografisch	Herkomst	Herkomstland anders dan Nederland	ns	0,71	1,26	1,38
Sociaaleconomisch	Bestaanszekerheid	Zorgen over financiële toekomst	0,38	0,36	-	-
		Eerste inkomenskwintiel	-	-	1,83	2,03
	Meedoen in de samenleving	Geen lid van een vereniging	0,61	0,53	-	-
	Arbeidspositie	Geen betaald werk	0,31	0,43	1,59	1,88
Leefstijl	Lichamelijke activiteit	Voldoet niet aan de beweegrichtlijnen	-	-	ns	1,18
	Alcoholgebruik	Zware drinker	ns	ns	ns	ns
	Cannabisgebruik	Cannabis gebruikt in de afgelopen maand	-	-	2,03	2,93
	Roken	Rookt (weleens)	0,56	0,51	1,60	1,55
Gezondheid algemeen	Ervaren gezondheid	Matige of (zeer) slechte ervaren gezondheid	0,20	0,21	4,84	5,43

*Analyses zijn gecontroleerd voor leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau
Oranje bolletje = statistisch significante, matige samenhang (levenstevredenheid: OR tussen 0,5 en 1,0; angst- of depressiegevoelens: OR tussen 1,0 en 2,0; p<0,05)
Rood bolletje = statistisch significante, sterke samenhang (levenstevredenheid: OR 0,5 of lager; angst- of depressiegevoelens: OR 2,0 of hoger; p<0,05)
OR = odds ratio, ns = niet significante samenhang (p ≥ 0,05), - = geen gegevens beschikbaar
In Bijlage 8 staan de referentiegroepen en de 95% betrouwbaarheidsintervallen van de odds ratio's

3.4.2 *Omgevingsfactoren*

Voor de omgevingsfactoren in het conceptueel monitormodel mentale gezondheid zijn er in de SSW (2023) vier indicatoren en in de GE (2023) twee indicatoren beschikbaar, zie Tekstbox 3.5 en Tabel 3.5ab.

Tekstbox 3.5 Indicatoren omgevingsfactoren

Gezin

Alleenstaand of alleenstaande ouder (SSW en GE) is bepaald op basis van de positie in het huishouden. Hierbij is een samenvoeging gemaakt van 'alleenstaande' en 'ouder in eenoudergezin', oftewel een alleenstaande met of zonder kinderen. De andere mogelijke posities zijn 'partner in paar zonder thuiswonende kinderen', 'partner in paar met thuiswonende kind(eren)', 'kind in gezin met (echt)paar', 'kind in eenoudergezin' en 'overig'.

Woon- en leefomgeving

Geen dagelijks contact met familie, vrienden of buren (SSW) is gebaseerd op drie vragen over hoe vaak de volwassene contact heeft met familie of gezinsleden die niet bij diegene thuis wonen, vriend(inn)en of echt goede kennissen, of buren. Hierbij kon geantwoord worden met 'dagelijks', 'minstens 1x per week, maar niet dagelijks', 'minstens 1x per maand, maar niet wekelijks', 'minder dan 1x per maand' of 'zelden of nooit'. Een persoon heeft geen dagelijks contact met familie, vrienden of buren als de betreffende persoon niet op ten minste één van deze vragen met 'dagelijks' heeft geantwoord.

Voelt zich (een beetje) onveilig (SSW) is gemeten met de vraag 'Hoe vaak voelt u zich onveilig?'. Het gaat hierbij om veiligheid in het algemeen'. Een 1 staat voor 'nooit' en een 10 voor 'voortdurend'. Een cijfer van 5 tot en met 10 betekent dat een volwassene zich (een beetje) onveilig voelt.

In (grote) stad wonen (SSW en GE) is bepaald op basis van de omgevingsadressendichtheid van de woongemeente volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Een persoon woont in een (grote) stad wanneer de stedelijkheid (zeer) sterk of matig is (code 1-3). Een persoon woont niet in een (grote) stad wanneer de woongemeente weinig of niet stedelijk is (code 4-5) [17].

Gezin

Alleenstaand of alleenstaande ouder zijn hangt sterk samen met een lagere levenstevredenheid en hangt matig samen met meer angst- of depressiegevoelens (zie Tabel 3.5a).

Woon- en leefomgeving

Geen dagelijks sociaal contact met familie, vrienden of buren (48,0% bij personen vanaf 18 jaar) hangt matig samen met een lagere levenstevredenheid en zich (een beetje) onveilig voelen (24,8% bij personen vanaf 18 jaar) hangt sterk samen met een lagere levenstevredenheid (zie Tabel 3.5a). Wonen in een (grote) stad hangt matig samen met zowel een lagere levenstevredenheid als met meer angst- of depressiegevoelens (zie Tabel 3.5a).

*Tabel 3.5a Samenhang van omgevingsfactoren met levenstevredenheid (18 jaar en ouder) en met angst- of depressiegevoelens (12 jaar en ouder) onder algemene populatie**

			SSW (2023)		GE (2023)	
			Algemene populatie (18 jaar en ouder)	Levens-tevredenheid	Algemene populatie (12 jaar en ouder)	Angst- of depressie gevoelens afgelopen 4 weken
	Omgevingsfactor	**Indicator**	**%**	**OR**	**%**	**OR**
Gezin	Thuissituatie	Alleenstaand of alleenstaande ouder	29,6	0,40	24,9	1,82
Woon- en leefomgeving	Sociale leefomgeving	Geen dagelijks contact met familie, vrienden of buren	48,0	0,74	-	-
	Veiligheid woonomgeving	Voelt zich (een beetje) onveilig	24,8	0,44	-	-
	Fysieke woonomgeving	In (grote) stad wonen	72,0	0,84	71,6	1,25

*Tabel 3.5b Samenhang van omgevingsfactoren met levenstevredenheid (18 jaar en ouder) en met angst- of depressiegevoelens voor mannen en vrouwen (12 jaar en ouder) onder algemene populatie**

			SSW (2023)		GE (2023)	
			Levenstevredenheid		Angst- of depressiegevoelens afgelopen 4 weken	
			Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
	Omgevingsfactor	**Indicator**	**OR**	**OR**	**OR**	**OR**
Gezin	Thuissituatie	Alleenstaand of alleenstaande ouder	0,37	0,44	2,14	1,63
Woon- en leefomgeving	Sociale leefomgeving	Geen dagelijks contact met familie, vrienden of	0,78	0,71	-	-
	Veiligheid woonomgeving	Voelt zich (een beetje) onveilig	0,43	0,44	-	-
	Fysieke woonomgeving	In (grote) stad wonen	ns	ns	1,37	1,16

*Analyses zijn gecontroleerd voor geslacht (alleen bij analyses op de totale groep), leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau
Oranje bolletje = statistisch significante, matige samenhang (levenstevredenheid: OR tussen 0,5 en 1,0; angst- of depressiegevoelens: OR tussen 1,0 en 2,0; p<0,05)
Rood bolletje = statistisch significante, sterke samenhang (levenstevredenheid: OR 0,5 of lager; angst- of depressiegevoelens: OR 2,0 of hoger; p<0,05)
OR = odds ratio, ns = niet significante samenhang (p ≥ 0,05), - = geen gegevens beschikbaar
In Bijlage 8 staan de referentiegroepen en de 95% betrouwbaarheidsintervallen van de odds ratio's

3.5 Gevolgen van mentale (on)gezondheid in de algemene populatie

Deze paragraaf beschrijft gevolgen van mentale (on)gezondheid in de algemene populatie aan de hand van 23 indicatoren voor zorg (over gebruik, toegankelijkheid en uitgaven), uitval werk, en ziektelast en sterfte (zie Tekstboxen 3.6 t/m 3.10). De gebruikte data komen uit verschillende databronnen en jaren: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn (2023), Zorgbeeldportaal (2024), Landelijke DBC-Informatiesysteem (DIS) (2021), RIVM Kosten van Ziekten (2019), de arbeidsongeschiktheidsuitkeringenstatistiek (2020), RIVM Ziektelast (2022) en de Doodsoorzakenstatistiek (2024).

3.5.1 Huidige situatie en trends voor zorggebruik

Tekstbox 3.6 Indicatoren voor zorggebruik

Huisartspatiënten

Huisartspatiënten met angstig/nerveus/gespannen gevoel of angst
Geregistreerd in de Nivel Zorgregistratie Eerste Lijn met ICPC-code 'Angstige, nerveuze of gespannen gevoelens of angst' (P01 of P74).

Huisartspatiënten met depressieve gevoelens of depressie
Geregistreerd in de Nivel Zorgregistratie Eerste Lijn met ICPC-code 'Depressieve gevoelens of depressie' (P03 of P76).

Huisartspatiënten met enigerlei psychisch probleem
Geregistreerd in de Nivel Zorgregistratie Eerste Lijn met ICPC-codes 'Enigerlei psychisch probleem' (P00-P99).

Specialistische ggz

Het gaat hierbij om de zorg die is gefinancierd in de vorm van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's), dat wil zeggen om ambulante zorg en zorg met verblijf tot maximaal een jaar.

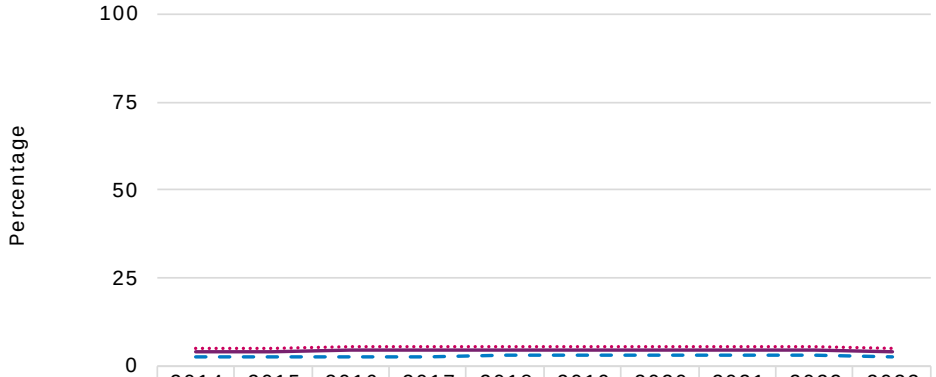
Patiënten die behandeld zijn in de gespecialiseerde ggz voor stemmingsstoornissen betreft het aantal patiënten (18 jaar en ouder) per 100.000 inwoners dat behandeld is in de gespecialiseerde ggz voor een primaire diagnose stemmingsstoornis (depressieve stoornissen, bipolaire stoornissen en overige stemmingsstoornissen) volgens de DSM-IV.

Patiënten die behandeld zijn in de gespecialiseerde ggz voor angststoornissen betreft het aantal patiënten (18 jaar en ouder) per 100.000 inwoners dat behandeld is in de gespecialiseerde ggz voor een primaire diagnose angststoornis (paniekaanvallen en angsten en fobieën) volgens de DSM-IV.

Patiënten die behandeld zijn in de gespecialiseerde ggz voor enigerlei psychische diagnose betreft het aantal patiënten (18 jaar en ouder) per 100.000 inwoners dat behandeld is in de gespecialiseerde ggz voor een primaire diagnose van enigerlei psychische stoornis (alleen diagnoses uit as 1 (klinische stoornissen) of as 2 (persoonlijkheids-stoornissen, zwakzinnigheid) volgens de DSM-IV).

Huisartspatiënten met depressieve gevoelens of depressie
Van de huisartspatiënten van 0 jaar en ouder had in 2023 4,1% contact met de huisartsenpraktijk vanwege depressieve gevoelens of een depressie (Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, 2023; zie Tabel 3.6). Het percentage vrouwen bedroeg 5,3% en het percentage mannen 2,9%. Het percentage huisartspatiënten dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege depressieve gevoelens of depressie lag per leeftijdsgroep tussen 0,1% (0 t/m 11 jaar) en 5,0% (18 t/m 64 jaar). In de periode 2014 tot en met 2023 lag het percentage huisartspatiënten van 0 jaar en ouder dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege depressieve gevoelens of depressie rond de 4% (zie Figuur 3.7).

Figuur 3.7 Percentage huisartspatiënten van 0 jaar en ouder dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege depressieve gevoelens of depressie in de periode 2014 t/m 2023



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Totaal	4,1	4,1	4,2	4,2	4,3	4,3	4,2	4,3	4,2	4,1
Man	2,9	2,9	2,9	2,9	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	2,9
Vrouw	5,3	5,3	5,4	5,4	5,6	5,6	5,4	5,5	5,4	5,3

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Tabel 3.6 Huidige situatie voor zorggebruik door huisartspatiënten in de algemene populatie (0 jaar en ouder)

		Huisartspatiënten met depressieve gevoelens of depressie	Huisartspatiënten met angstig/nerveus/gespannen gevoel of angst	Huisartspatiënten met enigerlei psychisch probleem
	Jaartal gegevens	**2023**	**2023**	**2023**
	Bron	**Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn**	**Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn**	**Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn**
	Populatie	**0 jaar en ouder**	**0 jaar en ouder**	**0 jaar en ouder**
	Cijfer	**%**	**%**	**%**
	Totaal	4,1	4,3	22,3
Geslacht	Man	2,9	2,7	19,7
	Vrouw	5,3	5,8	24,8
Leeftijd	0-11 jaar	0,1	0,8	13,7
	12-18 jaar	2,0	3,0	20,5
	16-25 jaar	4,3	5,3	24,0
	18-64 jaar	5,0	5,2	23,7
	65 jaar en ouder	4,5	4,0	23,4

Huisartspatiënten met angstig/nerveus/gespannen gevoel of angst
Van de huisartspatiënten van 0 jaar en ouder had in 2023 4,3% contact met de huisartsenpraktijk vanwege angstige, nerveuze of gespannen gevoelens, of angst (Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, 2023; zie Tabel 3.6). Het percentage vrouwen bedroeg 5,8% en het percentage mannen 2,7%. Het percentage huisartspatiënten dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege angstige, nerveuze of gespannen gevoelens, of angst, lag per leeftijdsgroep tussen 0,8% (0 t/m 11 jaar) en 5,3% (16 t/m 25 jaar). In de periode 2014 tot en met 2023 lag het percentage huisartspatiënten dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege angstige, nerveuze of gespannen gevoelens, of angst, tussen 3,5% en 4,3% (zie Figuur 3.8).

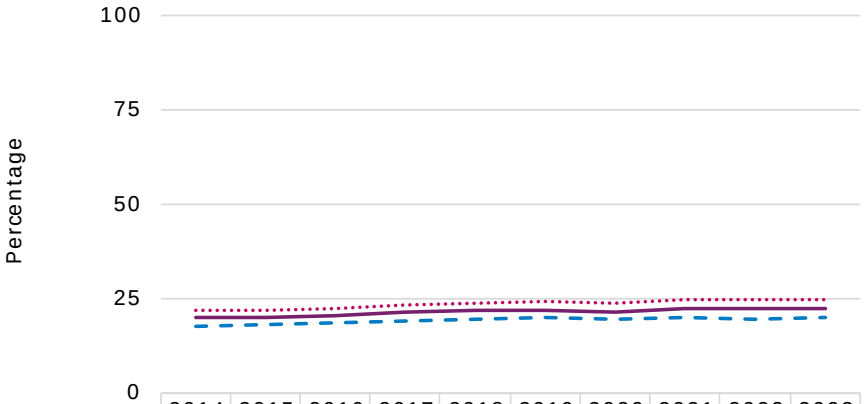
Figuur 3.8 Percentage huisartspatiënten van 0 jaar en ouder dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege angstige, nerveuze of gespannen gevoelens, of angst, in de periode 2014 t/m 2023

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Totaal	3,5	3,6	3,6	3,8	4,0	4,1	4,1	4,2	4,3	4,3
Man	2,3	2,4	2,4	2,5	2,6	2,7	2,6	2,7	2,7	2,7
Vrouw	4,7	4,7	4,9	5,1	5,3	5,5	5,5	5,7	5,8	5,8

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Huisartspatiënten met enigerlei psychisch probleem
Van de huisartspatiënten van 0 jaar en ouder had in 2023 22,3% contact met de huisartsenpraktijk vanwege enigerlei psychisch probleem (Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, 2023; zie Tabel 3.6). Dit percentage was 24,8% onder vrouwen en 19,7% onder mannen. Het percentage huisartspatiënten dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege enigerlei psychisch probleem lag per leeftijdsgroep tussen 13,7% (0 t/m 11 jaar) en 24,0% (16 t/m 25 jaar). Het percentage huisartspatiënten van 0 jaar en ouder dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege enigerlei psychisch probleem lag in de periode 2014 tot en met 2023 tussen 19,7% in 2014 en 22,3% in 2023 (zie Figuur 3.9).

Figuur 3.9 Percentage huisartspatiënten van 0 jaar en ouder dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege enigerlei psychisch probleem in de periode 2014 t/m 2023



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Totaal	19,7	19,9	20,3	21,1	21,7	21,9	21,5	22,1	22,2	22,3
Man	17,7	17,9	18,3	19,0	19,5	19,7	19,3	19,7	19,6	19,7
Vrouw	21,7	21,9	22,4	23,2	23,9	24,1	23,6	24,4	24,7	24,8

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Patiënten in de specialistische ggz met een stemmingsstoornis
Per 100.000 inwoners van 18 jaar en ouder werden in 2021 1368 patiënten vanwege een primaire diagnose ‘stemmingsstoornis’ behandeld in de specialistische ggz (DIS, 2021; zie Tabel 3.7). Het aantal vrouwen per 100.000 inwoners bedroeg 1725 en het aantal mannen 1002. Het aantal patiënten van 18 jaar en ouder dat in de specialistische ggz werd behandeld vanwege een primaire diagnose ‘stemmingsstoornis’ lag per leeftijdsgroep tussen 396 (90 jaar of ouder) en 1644 (30 t/m 34 jaar) per 100.000 inwoners. In de periode 2015 tot en met 2018 lag het aantal patiënten dat vanwege een primaire diagnose ‘stemmingsstoornis’ werd behandeld in de specialistische ggz rond de 1500, in 2020 en 2021 lag het aantal onder 1400 per 100.000 inwoners vanaf 18 jaar (zie Figuur 3.10).

Tabel 3.7 Huidige situatie voor zorggebruik in de specialistische ggz in de algemene populatie (18 jaar en ouder)

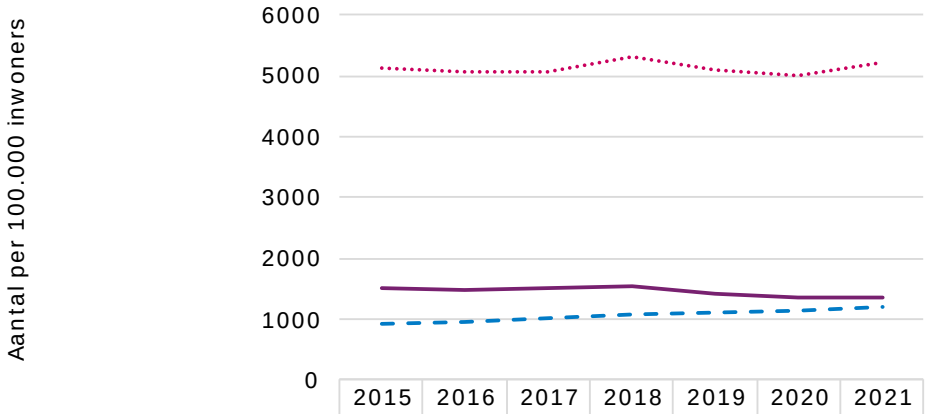
		Specialistische ggz: stemmings-stoornis	**Specialistische ggz: angststoornis**	**Specialistische ggz: enigerlei psychische diagnose**
	Jaartal gegevens	**2021**	**2021**	**2021**
	Bron	**DIS**	**DIS**	**DIS**
	Populatie	**18 jaar en ouder**	**18 jaar en ouder**	**18 jaar en ouder**
	Cijfer*	**Aantal per 100.000 inwoners**	**Aantal per 100.000 inwoners**	**Aantal per 100.000 inwoners**
	Totaal	1368	1209	5237
Geslacht	Man	1002	719	4423
	Vrouw	1725	1687	6032
Leeftijd	18-19 jaar	989	1177	4833
	20-24 jaar	1432	1860	7087
	25-29 jaar	1581	2087	7716
	30-34 jaar	1644	2022	7652
	35-39 jaar	1571	1842	7226
	40-44 jaar	1516	1614	6815
	45-49 jaar	1449	1342	5984
	50-54 jaar	1443	1068	5167
	55-59 jaar	1461	961	4657
	60-64 jaar	1421	789	3985
	65-69 jaar	1216	533	3029
	70-74 jaar	1070	406	2464
	75-79 jaar	1018	389	2322
	80-84 jaar	968	331	2381
	85-89 jaar	759	258	2186
	90 jaar of ouder	396	166	1743

*De cijfers zijn gebaseerd op een minder volledig registratiesysteem en zijn daardoor minder betrouwbaar

Patiënten in de specialistische ggz met een angststoornis
Per 100.000 inwoners van 18 jaar en ouder werden in 2021 1209 patiënten vanwege een primaire diagnose 'angststoornis' behandeld in de specialistische ggz (DIS, 2021; zie Tabel 3.7). Het aantal vrouwen per 100.000 bedroeg 1687 en het aantal mannen 719. Het aantal patiënten van 18 jaar en ouder dat in de specialistische ggz werd behandeld vanwege een angststoornis lag per leeftijdsgroep tussen 166 (90 jaar en ouder) en 2087 (25 t/m 29 jaar) per 100.000 inwoners. Het aantal patiënten dat werd behandeld in de specialistische ggz vanwege een angststoornis ging in de periode 2015 tot en met 2021 van 919 naar 1209 per 100.000 inwoners van 18 jaar (zie Figuur 3.10).

Patiënten in de specialistische ggz met enigerlei psychische diagnose
Per 100.000 inwoners van 18 jaar en ouder werden in 2021 5237 patiënten vanwege enigerlei psychische diagnose behandeld in de specialistische ggz (DIS, 2021; zie Tabel 3.7). Het aantal vrouwen per 100.000 inwoners bedroeg 6032 en het aantal mannen 4423. Het aantal patiënten van 18 jaar en ouder dat in de specialistische ggz werd behandeld vanwege enigerlei psychische diagnose lag per leeftijdsgroep tussen 1743 (90 jaar en ouder) en 7716 (25 t/m 29 jaar) per 100.000 inwoners. Het aantal patiënten dat werd behandeld in de specialistische ggz vanwege enigerlei psychische diagnose lag in de periode 2015 tot en met 2021 tussen 4990 en 5309 per 100.000 inwoners van 18 jaar en ouder (zie Figuur 3.10).

*Figuur 3.10 Aantal patiënten met stemmingsstoornis, angststoornis of enigerlei psychische diagnose in de specialistische ggz per 100.000 inwoners van 18 jaar en ouder in de periode 2015 t/m 2021**



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Specialistische GGZ: stemmingsstoornis	1512	1488	1504	1532	1418	1355	1368
Specialistische GGZ: angststoornis	919	949	1018	1082	1094	1129	1209
Specialistische GGZ: enigerlei psychische diagnose	5127	5079	5054	5309	5086	4990	5237

* De laatste jaren zijn gebaseerd op een minder volledig bestand en de cijfers zijn daardoor minder betrouwbaar
Bron: DIS Geen cijfers na 2021 omdat DIS in de ggz per 1-1-2022 is afgeschaft

3.5.2 Huidige situatie en trends voor toegankelijkheid van de zorg

Tekstbox 3.7 Indicatoren voor toegankelijkheid van de zorg

Wachtplekken in de basis- en specialistische ggz worden weergegeven met cijfers over het aantal wachtplekken voor mensen van 18 jaar en ouder voor de ggz. Het gaat bij het actuele aantal wachtplekken om plekken op de wachtlijst bij een ggz-aanbieder voor aanvang van een aanmeldgesprek of behandeling.

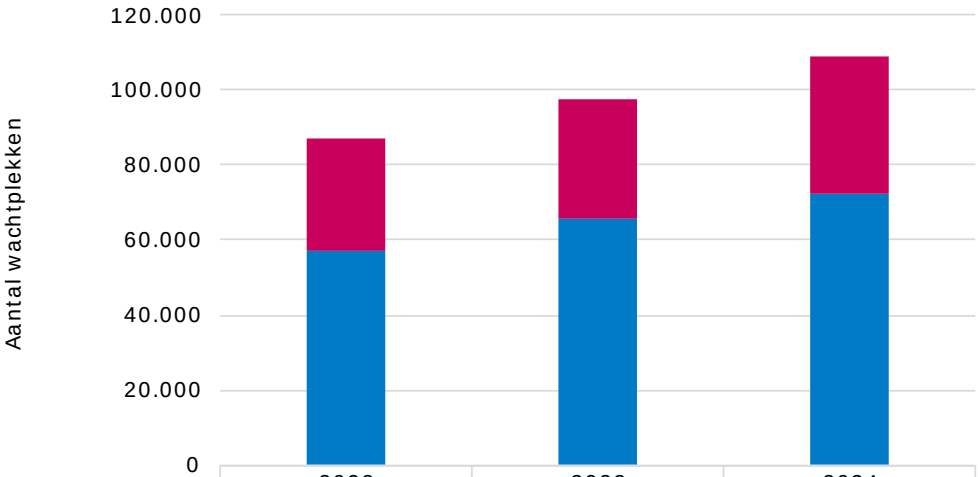
Wachttijd in de basis- en specialistische ggz wordt weergegeven met cijfers over de gemiddelde wachttijd voor mensen van 18 jaar en ouder. De wachttijd kan opgesplitst worden in aanmeldwachttijd, behandelwachttijd en totale wachttijd. De aanmeldwachttijd is de periode tussen het moment waarop de patiënt zich meldt en de intake. De behandelwachttijd is de periode tussen de intake en de start van de behandeling. De totale wachttijd is de wachttijd tussen de aanmelding en de behandeling. De aanmeld- en behandelwachttijd zijn gewogen gemiddelden van de door zorgaanbieders aangeleverde wachttijden. De wachttijden hebben betrekking op aanbieders met meer dan tien zorgverleners.

De Treeknorm beschrijft de maximaal aanvaardbare wachttijd. Deze ligt voor zowel de basis- als de gespecialiseerde ggz op 4 weken voor de aanmeldwachttijd, 10 weken voor de behandelwachttijd en 14 weken voor de totale wachttijd.

Wachtplekken in de basis- en specialistische ggz
In oktober 2024 waren er voor de bevolking van 18 jaar en ouder in totaal 108.878 wachtplekken voor de ggz: 72.443 voor een aanmeldgesprek (67% buiten Treeknorm) en 36.435 voor een behandeling (38,7% buiten Treeknorm) (Zorgbeeldportaal, 2024; zie Figuur 3.11). Het aantal wachtplekken voor een aanmeldgesprek was groter dan het aantal wachtplekken voor een behandeling. Het aantal wachtplekken voor de ggz in 2022 bedroeg 87.114 (aanmeldgesprek: 57.129 (61,3% buiten Treeknorm; behandeling 29.985 (30,6% buiten Treeknorm) en in 2023 97.450 (aanmeldgesprek: 65.635 (67,5% buiten Treeknorm; behandeling 31.815 (34,6% buiten Treeknorm)[5].

[5] De cijfers gelden steeds per december van het betreffende jaar, maar de meest recente cijfers gelden voor oktober 2024.

Figuur 3.11 Aantal wachtplekken voor basis- en specialistische ggz voor mensen van 18 jaar en ouder in de periode 2022 t/m 2024



	2022	2023	2024
Behandeling	29.985	31.815	36.435
Aanmeldgesprek	57.129	65.635	72.443

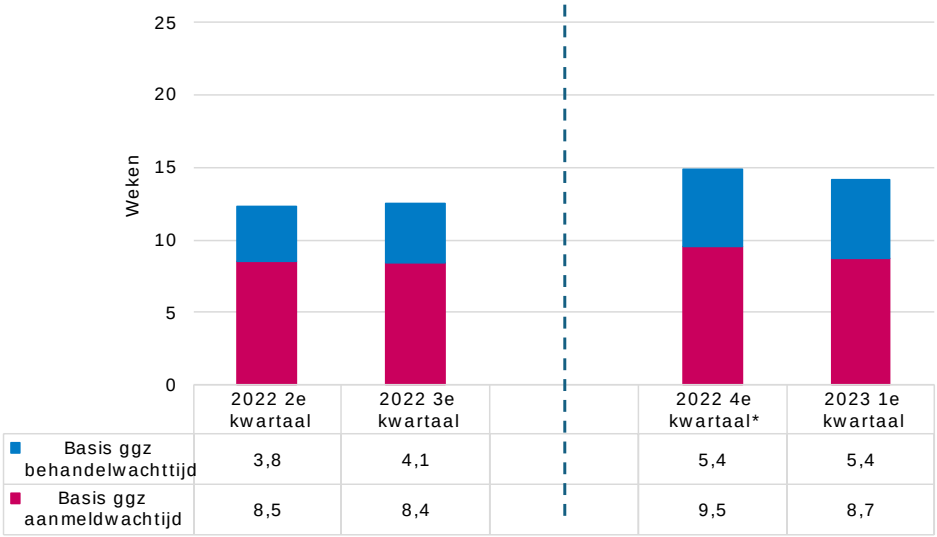
Bron: Zorgbeeldportaal

Wachttijd in de basis- en specialistische ggz
Voor de *basis-ggz* bedroeg voor mensen van 18 jaar en ouder de gemiddelde wachttijd in het eerste kwartaal van 2023 14,1 weken (Zorgbeeldportaal, 2023). De gemiddelde wachttijd voor een aanmeldgesprek bedroeg 8,7 weken en de gemiddelde wachttijd voor behandeling 5,4 weken (zie Figuur 3.12a). In de basis-ggz heeft 35,9% van de wachttijden een totale wachttijd langer dan de Treeknorm. In het tweede kwartaal van 2022 bedroeg de gemiddelde wachttijd voor de basis-ggz 12,3 weken (8,5 weken voor aanmelden en 3,8 weken voor behandeling). Hier was 34,3% van de wachttijden langer dan de Treeknorm.

Voor *specialistische ggz* bedroeg voor mensen van 18 jaar en ouder de gemiddelde wachttijd in het eerste kwartaal van 2023 20,9 weken (Zorgbeeldportaal, 2023). De gemiddelde wachttijd voor een aanmeldgesprek bedroeg 13,8 weken en de gemiddelde wachttijd voor behandeling 7,1 weken (zie Figuur 3.12b). In de gespecialiseerde ggz heeft 42,9% van de wachttijden een totale wachttijd langer dan de Treeknorm. In het tweede kwartaal van 2022 bedroeg de gemiddelde wachttijd voor specialistische ggz 16,6 weken (10,9 weken voor aanmelden en 5,7 weken voor behandeling). Hier was 34,8% van de wachttijden langer dan de Treeknorm.

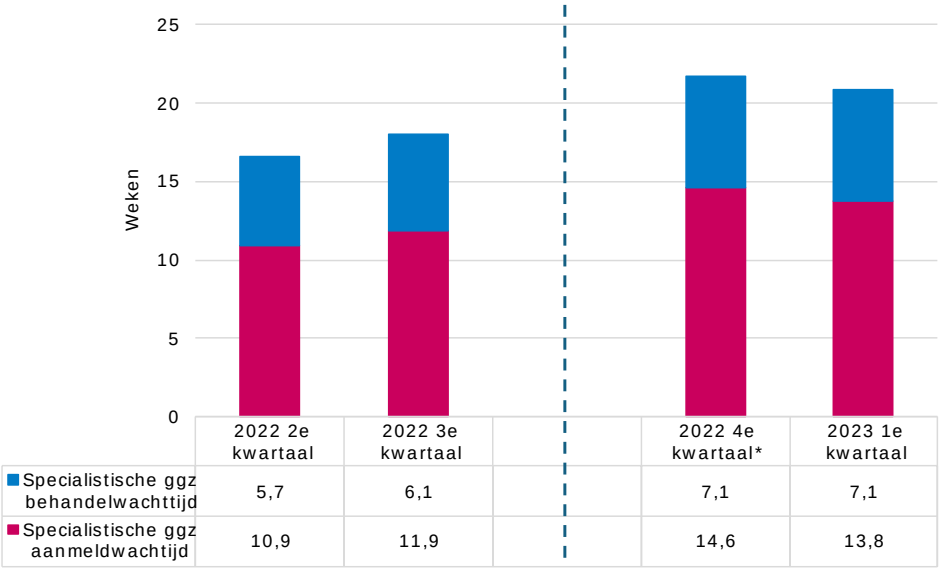
Figuur 3.12ab Gemiddelde wachttijd in weken basis-ggz (a) en specialistische ggz (b) voor mensen van 18 jaar en ouder in de periode 2022 tot 2023*

a)



	2022 2e kwartaal	2022 3e kwartaal		2022 4e kwartaal*	2023 1e kwartaal
Basis ggz behandelwachttijd	3,8	4,1		5,4	5,4
Basis ggz aanmeldwachtijd	8,5	8,4		9,5	8,7

b)



	2022 2e kwartaal	2022 3e kwartaal		2022 4e kwartaal*	2023 1e kwartaal
Specialistische ggz behandelwachttijd	5,7	6,1		7,1	7,1
Specialistische ggz aanmeldwachtijd	10,9	11,9		14,6	13,8

* In het vierde kwartaal van 2022 is er een trendbreuk vanwege een overgang van de aanlevering van cijfers van Vektis naar de Nederlandse Zorgautoriteit. Hierdoor was het aanleverpercentage aan het begin van het kwartaal lager. Aan het einde van het kwartaal was het aanleverpercentage weer op normale hoogte
Bron: Zorgbeeldportaal

3.5.3 Huidige situatie en trends voor zorguitgaven

Tekstbox 3.8 Indicatoren voor medische zorguitgaven

Medische zorguitgaven voor psychische stoornissen
Zorguitgaven omvatten alle medische zorguitgaven, zowel collectief gefinancierde zorg (basisverzekering, WLZ (Wet Langdurige Zorg), Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning), preventieprogramma's) als de privaat gefinancierde zorg (aanvullende verzekeringen, eigen betalingen), maar ook uitgaven door andere overheden, burgers en bedrijven. Niet opgenomen zijn kosten van mantelzorg en indirecte zorgkosten, bijvoorbeeld door ziekteverzuim.

Zorguitgaven voor totaal psychische stoornissen
Zorguitgaven per inwoner (0 jaar en ouder) per jaar op basis van ICD10-codes F00-F99, exclusief dementie met ICD10-F-codes (F00-F03, F05.1) en verstandelijke beperking (ICD10-codes F70-F79).
Zorguitgaven voor angst-, dwang- en stressstoornissen
Zorguitgaven per inwoner (0 jaar en ouder) per jaar op basis van ICD10-codes F40-F43 (in 2015/2017: F40-F42, F43.0-F43.1).
Zorguitgaven voor depressieve, bipolaire en overige stemmingsstoornissen
Zorguitgaven per inwoner (0 jaar en ouder) per jaar op basis van ICD10-codes F30-F31, F32-F33, F34.0-34.1, F34.8-F34.9, F38-F39.
Zorguitgaven voor burn-out
Zorguitgaven per inwoner (0 jaar en ouder) per jaar op basis van ICD10-codes F48.0 en Z73.0 (overspannen, overbelasting, aanpassingsstoornis, stress-gerelateerde stoornis). Voor kinderen tot en met 4 jaar zijn er geen cijfers over zorguitgaven voor burn-out beschikbaar.
Zorguitgaven voor ADHD en overige gedragsstoornissen
Zorguitgaven per inwoner (0 jaar en ouder) per jaar voor ADHD en overige gedragsstoornissen op basis van ICD10-codes F90 en F91.
Zorguitgaven voor dementie
Zorguitgaven per inwoner (0 jaar en ouder) per jaar voor dementie op basis van ICD10-codes F00-F03, F05.1, G30, G31.0, G31.1, G31.8, G31.9.

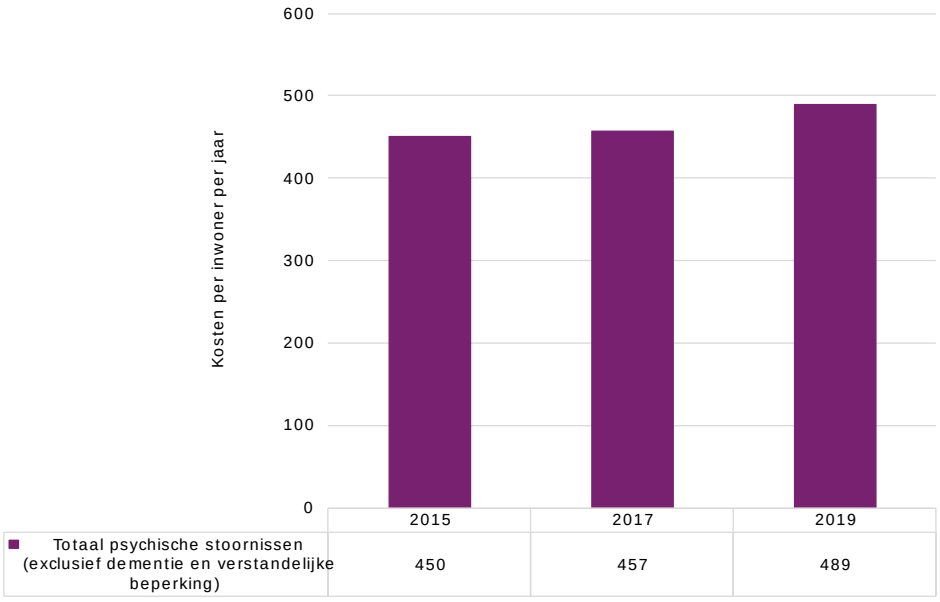
Medische zorguitgaven voor psychische stoornissen
De medische zorguitgaven voor het totaal aan psychische stoornissen, exclusief dementie en verstandelijke beperking, bedroegen in 2019 €489 per inwoner per jaar (RIVM Kosten van Ziekten, 2019; zie Tabel 3.8). Dit komt overeen met 9% van de totale zorguitgaven (ICD10-codes: A00-Z99) in de algemene populatie (0 jaar en ouder). Voor mannen waren de zorguitgaven hoger dan voor vrouwen (€532 versus €446). De medische zorguitgaven voor het totaal aan psychische stoornissen per leeftijdsgroep lagen tussen €298 (65 jaar en ouder) en €676 (20 t/m 44 jaar) per inwoner per jaar. Van 2015 tot 2019 gingen de zorguitgaven per inwoner van €450 naar €489 (zie Figuur 3.13).

De medische zorguitgaven in 2019 voor de algemene populatie bedroegen €37 per inwoner per jaar voor angst-, dwang- en stressstoornissen, €83 voor depressieve stoornissen, bipolaire en

overige stemmingsstoornissen, €16 voor burn-out, €11 voor ADHD en overige gedragsstoornissen en €594 voor dementie (RIVM Kosten van Zieken, 2019; zie Tabel 3.8). Voor vrouwen waren de zorguitgaven hoger dan voor mannen voor angst-, dwang- en stressstoornissen; depressieve stoornissen, bipolaire en overige stemmingsstoornissen, en dementie. Voor burn-out en voor ADHD en overige gedragsstoornissen was dit net andersom.

De zorguitgaven per leeftijdsgroep waren voor angst-, dwang- en stressstoornissen en voor ADHD en overige gedragsstoornissen het hoogst voor de 20- tot en met 44-jarigen (respectievelijk €62 en €21). Voor burn-out waren de zorguitgaven het hoogst onder 45- tot en met 65-jarigen (€29). Voor depressieve stoornissen, bipolaire en overige stemmingsstoornissen en voor dementie waren de zorguitgaven het hoogst in de leeftijdsgroep vanaf 65 jaar (respectievelijk €128 en €2947 per inwoner per jaar).

Figuur 3.13 Zorguitgaven voor totaal psychische stoornissen per inwoner per jaar in de periode 2015 t/m 2019



Bron: RIVM Kosten van Ziekten

Tabel 3.8 Medische zorguitgaven voor psychische stoornissen bij de algemene populatie (0 jaar of ouder) in euro's per inwoner per jaar

		Totaal psychische stoornissen*	Angst-, dwang- en stressstoornissen	Depressieve stoornissen, bipolaire en overige stemmings-stoornissen	Burn-out	ADHD en overige gedrags-stoornissen	Dementie
	Jaartal gegevens	**2019**	**2019**	**2019**	**2019**	**2019**	**2019**
	Bron	**RIVM Kosten van ziekten**	**RIVM Kosten van ziekten**	**RIVM Kosten van ziekten**	**RIVM Kosten van ziekten**	**RIVM Kosten van ziekten**	**RIVM Kosten van ziekten**
	Populatie	**0 jaar of ouder**	**0 jaar of ouder**	**0 jaar of ouder**	**0 jaar of ouder**	**0 jaar of ouder**	**0 jaar of ouder**
	Cijfer	**Euro per inwoner per jaar**	**Euro per inwoner per jaar**	**Euro per inwoner per jaar**	**Euro per inwoner per jaar**	**Euro per inwoner per jaar**	**Euro per inwoner per jaar**
	Totaal	489	37	83	16	11	594
Geslacht	Man	532	24	62	18	15	375
	Vrouw	446	50	104	14	8	811
Leeftijd	0-19 jaar	345	10	12	1	14	0
	20-44 jaar	676	62	79	25	21	4
	45-64 jaar	526	40	113	29	6	84
	65 jaar en ouder	298	25	128	1	1	2947

*Exclusief dementie en verstandelijke beperking

3.5.4 *Huidige situatie en trends uitval werk*

Indicatoren voor uitval werk zijn het aantal arbeidsongeschiktheids-uitkeringen vanwege psychische stoornissen en recent en langdurig ziekteverzuim door psychische klachten. Deze laatste twee indicatoren staan beschreven in het hoofdstuk over werkenden, zie Paragraaf 9.5.3.

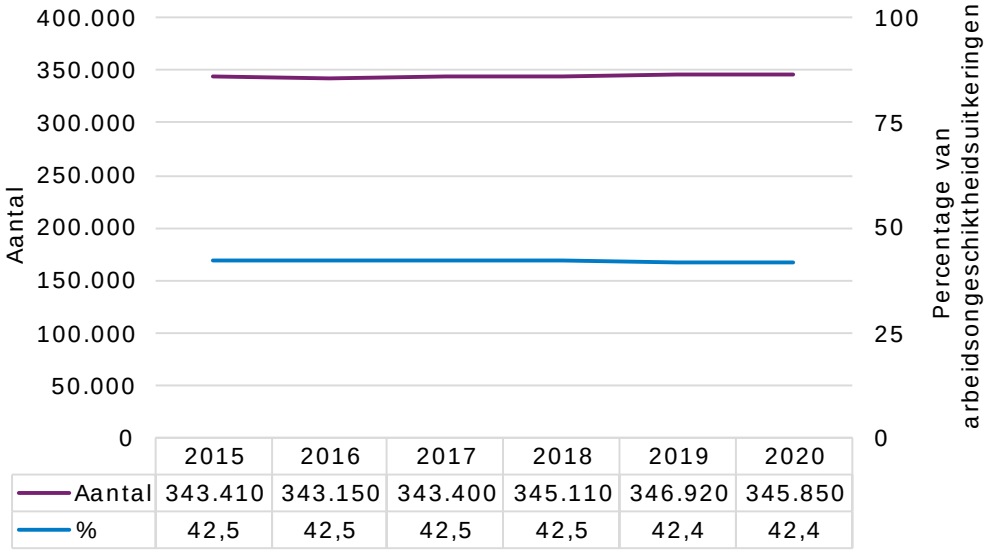
Tekstbox 3.9 Indicator voor uitval werk

Aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen vanwege psychische stoornissen is gebaseerd op de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen-statistiek. Deze geeft informatie over het aantal personen van 15 jaar tot de AOW-gerechtigde leeftijd met een uitkering op basis van de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO), de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA), de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen (WAZ), de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (Wajong) en de Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten (Wet Wajong). Deze informatie is tot 2020 beschikbaar en wordt niet verder geüpdatet.

Aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen vanwege psychische stoornissen

Het aantal personen van 15 jaar tot de AOW-gerechtigde leeftijd dat in 2020 een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontving vanwege psychische stoornissen bedroeg 345.850 (Arbeidsongeschiktheidsuitkeringen-statistiek, 2020; zie Figuur 3.14). Dat was 42,4% van alle arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. In de periode 2015 tot en met 2020 lag het aantal personen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering vanwege psychische stoornissen tussen 343.150 en 346.920.

Figuur 3.14 Aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen vanwege psychische stoornissen in de periode 2015 t/m 2020



	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Aantal	343.410	343.150	343.400	345.110	346.920	345.850
%	42,5	42,5	42,5	42,5	42,4	42,4

Bron: Arbeidsongeschiktheidsuitkeringenstatistiek

3.5.5 Huidige situatie en trends ziektelast en sterfte

Tekstbox 3.10 Indicatoren voor ziektelast en sterfte

Ziektelast als gevolg van psychische en gedragsstoornissen
Ziektelast is de hoeveelheid gezondheidsverlies in een populatie die veroorzaakt wordt door ziekten. De ziektelast wordt uitgedrukt in DALY's (Disability Adjusted Life Years). Een DALY is opgebouwd uit twee componenten: de jaren geleefd met ziekte waarbij de ernst van de ziekte wordt meegenomen en de jaren verloren door vroegtijdige sterfte. Ziektelast wordt hier gepresenteerd voor alle psychische stoornissen tezamen en voor vijf hoofdgroepen van aandoeningen.

Ziektelast als gevolg van totaal psychische en gedragsstoornissen
Ziektelast in DALY's per 1000 inwoners (0 jaar en ouder) op basis van ICD10-codes F00-F99, exclusief dementie (ICD10-codes F00-F03, F05.1) en verstandelijke beperking (ICD10-codes F70-F79).
Ziektelast als gevolg van angst-, dwang- en stressstoornissen
Ziektelast in DALY's per 1000 inwoners (0 jaar en ouder) op basis van ICD10-codes F40-F43.
Ziektelast als gevolg van bipolaire en depressieve stemmingsstoornissen
Ziektelast in DALY's per 1000 inwoners (0 jaar en ouder) per jaar op basis van ICD10-codes F30-F31, F32-F33, F34.0, F34.1, F38.1, F92.0.
Ziektelast als gevolg van burn-out
Ziektelast in DALY's per 1000 inwoners (0 jaar en ouder) per jaar op basis van ICD10-code Z73.0.
Ziektelast als gevolg van ADHD en gedragsstoornissen
Ziektelast in DALY's per 1000 inwoners (0 jaar en ouder) per jaar op basis van ICD10-codes F90-F91.
Ziektelast als gevolg van dementie
Ziektelast in DALY's per 1000 inwoners (0 jaar en ouder) per jaar op basis van ICD10-codes F00-F03, F05.1.

Sterfte
Sterfte als gevolg van psychische stoornissen
Dit cijfer betreft het aantal overledenen per 100.000 inwoners (0 jaar en ouder) als gevolg van psychische stoornissen (ICD10-codes F00-F99). Zelfdoding valt hier niet onder.
Sterfte als gevolg van zelfdoding
Dit cijfer betreft het aantal overledenen per 100.000 inwoners (0 jaar en ouder) met als achterliggende doodsoorzaak zelfdoding (ICD10-codes X60-X84).

Tabel 3.9 Ziektelast bij de algemene populatie (0 jaar en ouder) als gevolg van psychische en gedragsstoornissen in DALY's per 1000 inwoners

		Totaal psychische en gedrags-stoornissen*	Angst-, dwang- en stress-stoornissen	Bipolaire en depressieve stemmings-stoornissen	Burn-out	ADHD en gedrags-stoornissen	Dementie
	Jaartal gegevens	**2022**	**2022**	**2022**	**2022**	**2022**	**2022**
	Bron	**RIVM Ziektelast**	**RIVM Ziektelast**	**RIVM Ziektelast**	**RIVM Ziektelast**	**RIVM Ziektelast**	**RIVM Ziektelast**
	Populatie	**0 jaar of ouder**	**0 jaar of ouder**	**0 jaar en ouder**	**0 jaar en ouder**	**0 jaar of ouder**	**0 jaar of ouder**
	Cijfer	**DALY's per 1000 inwoners**	**DALY's per 1000 inwoners**	**DALY's per 1000 inwoners**	**DALY's per 1000 inwoners**	**DALY's per 1000 inwoners**	**DALY's per 1000 inwoners**
	Totaal	44,5	9,1	15,4	4,6	1,2	5,5
Geslacht	Man	40,9	6,5	12,4	4,0	1,3	4,0
	Vrouw	48,1	11,6	18,3	5,2	1,1	7,0
Leeftijd	0-19 jaar	15,2	2,9	2,8	1,6	3,5	0,0
	20-44 jaar	67,2	13,5	23,8	7,3	1,0	0,0
	45-64 jaar	53,0	10,8	19,5	6,4	0,6	0,6
	65 jaar of ouder	28,2	6,3	10,0	1,0	0,1	26,4

*Exclusief dementie en verstandelijke beperking

Ziektelast als gevolg van psychische en gedragsstoornissen
Het aantal verloren gezonde levensjaren (DALY) als gevolg van totaal psychische en gedragsstoornissen (exclusief dementie en verstandelijke beperking) bedroeg voor mensen van 0 jaar en ouder in 2022 44,5 jaar per 1000 inwoners (RIVM Ziektelast, 2022; zie Tabel 3.9). In 2022 bedroeg de ziektelast per 1000 inwoners voor mannen 40,9 DALY's en voor vrouwen 48,1 DALY's. De ziektelast als gevolg van psychische en gedragsstoornissen in 2022 per leeftijdsgroep lag tussen 15,2 (0 t/m 19 jaar) en 67,2 (20 t/m 44 jaar) DALY's per 1000 inwoners.

Het aantal verloren gezonde levensjaren (DALY) als gevolg van angst-, dwang- en stressstoornissen voor mensen van 0 jaar en ouder in 2022 was 9,1 per 1000 inwoners (RIVM Ziektelast, 2022; zie Tabel 3.9). De ziektelast voor mannen was in 2022 6,5 DALY's en voor vrouwen 11,6 DALY's per 1000 inwoners. De ziektelast als gevolg van angst-, dwang- en stressstoornissen in 2022 per leeftijdsgroep lag tussen 2,9 (0 t/m 19 jaar) en 13,5 (20 t/m 44 jaar) DALY's per 1000 inwoners (zie Tabel 3.9).

Het aantal verloren gezonde levensjaren (DALY) als gevolg van bipolaire en depressieve stemmingsstoornissen voor mensen van 0 jaar en ouder in 2022 bedroeg 15,4 jaar per 1000 inwoners (RIVM Ziektelast, 2022; zie Tabel 3.9). In 2022 bedroeg de ziektelast als gevolg van bipolaire en depressieve stemmingsstoornissen per 1000 inwoners 12,4 DALY's voor mannen en 18,3 DALY's voor vrouwen. De ziektelast als gevolg van bipolaire en depressieve stemmingsstoornissen in 2022 per leeftijdsgroep lag tussen 2,8 (0 t/m 19 jaar) en 23,8 (20 t/m 44 jaar) DALY's per 1000 inwoners.

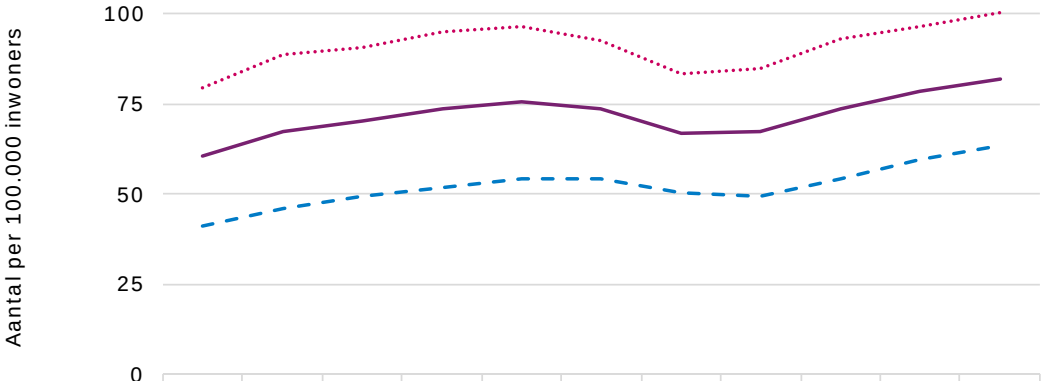
Het aantal verloren gezonde levensjaren (DALY) als gevolg van burn-out voor mensen van 0 jaar en ouder bedroeg 4,6 jaar per 1000 inwoners (RIVM Ziektelast, 2022; zie Tabel 3.9). Voor mannen van 0 jaar en ouder bedroeg de ziektelast per 1000 inwoners in 2022 4,0 DALY's en voor vrouwen 5,2 DALY's. De ziektelast als gevolg van burn-out in 2022 per leeftijdsgroep lag tussen 1,0 (65 jaar en ouder) en 7,3 (20 t/m 44 jaar) DALY's per 1000 inwoners.

Het aantal verloren gezonde levensjaren (DALY) als gevolg van ADHD en gedragsstoornissen bedroeg voor mensen van 0 jaar en ouder in 2022 1,2 jaar per 1000 inwoners (RIVM Ziektelast, 2022; zie Tabel 3.9). Voor mannen bedroeg de ziektelast in 2022 1,3 DALY's en voor vrouwen 1,1 DALY's per 1000 inwoners. De ziektelast als gevolg van ADHD en gedragsstoornissen in 2022 per leeftijdsgroep lag tussen 0,1 (65 jaar en ouder) en 3,5 (0 t/m 19 jaar) DALY's per 1000 inwoners.

Het aantal verloren gezonde levensjaren (DALY) als gevolg van dementie bedroeg voor mensen van 0 jaar en ouder in 2022 5,5 jaar per 1000 inwoners (RIVM Ziektelast 2022; zie Tabel 3.9). Voor mannen van 0 jaar en ouder bedroeg de ziektelast in 2022 4,0 en voor vrouwen 7,0 DALY's per 1000 inwoners. De ziektelast als gevolg van dementie was in 2022 met 26,4 DALY's per 1000 inwoners het hoogst voor de mensen van 65 jaar en ouder.

Overledenen als gevolg van psychische stoornissen
Onder personen van 0 jaar en ouder zijn 14.758 personen in 2024 overleden als gevolg van psychische stoornissen (Doodsoorzaken-statistiek, 2024). Dit komt overeen met een sterftecijfer van 82,0 per 100.000 inwoners (zie Tabel 3.10). Het aantal overledenen als gevolg van psychische stoornissen bedroeg in dat jaar 100,4 per 100.000 vrouwen en 63,5 per 100.000 mannen. Het aantal overledenen als gevolg van psychische stoornissen per leeftijdsgroep lag tussen 0,1 (1 t/m 9 jaar) en 6317,1 (95 jaar en ouder) per 100.000 inwoners. In de periode 2014 tot en met 2018 lag het aantal overledenen als gevolg van psychische stoornissen per 100.000 inwoners in 2014 op 60,4 en in 2024 op 82,0 (zie Figuur 3.15).

Figuur 3.15 Aantal overledenen als gevolg van psychische stoornissen in de algemene populatie (0 jaar en ouder) per 100.000 inwoners in de periode 2014 t/m 2024



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Totaal	60,4	67,3	70,2	73,5	75,5	73,6	67,0	67,1	73,7	78,6	82,0
Man	41,1	45,8	49,4	51,7	54,2	54,4	50,4	49,3	54,0	59,7	63,5
Vrouw	79,4	88,5	90,7	95,1	96,6	92,4	83,3	84,8	93,1	96,6	100,4

*Voorlopige cijfers
Bron: Doodsoorzakenstatistiek

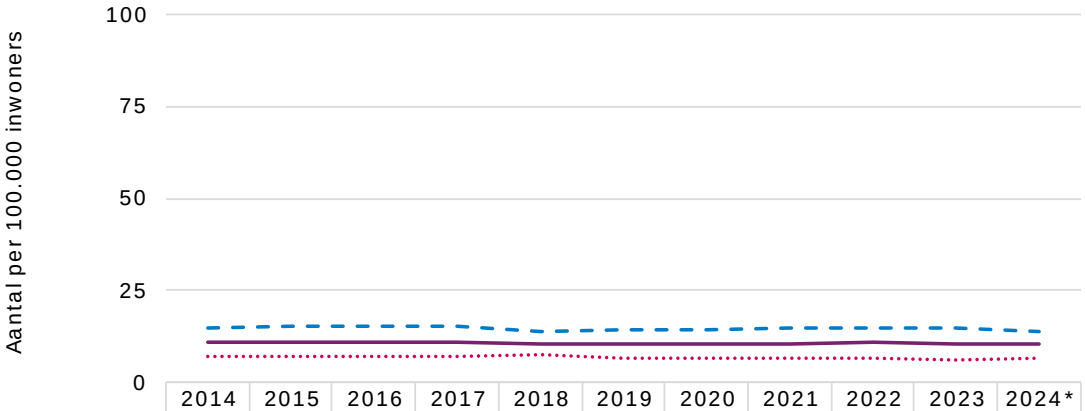
Tabel 3.10 Aantal overledenen als gevolg van zelfdoding en psychische stoornissen in de algemene populatie (0 jaar en ouder) per 100.000 inwoners

		Overledenen als gevolg van psychische stoornissen	**Overledenen als gevolg van zelfdoding**
	Jaartal gegevens	**2024***	**2024***
	Bron	**Doodsoorzaken-statistiek**	**Doodsoorzaken-statistiek**
	Populatie	**0 jaar en ouder**	**0 jaar en ouder**
	Cijfer	**Aantal per 100.000 inwoners**	**Aantal per 100.000 inwoners**
	Totaal	82,0	10,3
Geslacht	Man	63,5	14,0
	Vrouw	100,4	6,6
Leeftijd	0 jaar	0,6	0,0
	1-4 jaar	0,1	0,0
	5-9 jaar	0,1	0,0
	10-14 jaar	0,2	1,5
	15-19 jaar	0,7	4,7
	20-24 jaar	2,0	8,4
	25-29 jaar	2,4	11,6
	30-34 jaar	2,2	10,2
	35-39 jaar	3,2	12,3
	40-44 jaar	6,0	13,6
	45-49 jaar	8,4	14,7
	50-54 jaar	8,6	14,8
	55-59 jaar	12,1	15,3
	60-64 jaar	17,8	13,1
	65-69 jaar	30,1	10,9
	70-74 jaar	65,0	13,4
	75-79 jaar	179,8	11,3
	80-84 jaar	507,0	15,1
	85-89 jaar	1346,9	10,3
	90-94 jaar	3246,5	10,8
	95 en ouder	6317,1	11,2

*Voorlopige cijfers

Overledenen als gevolg van zelfdoding
Onder personen van 0 jaar en ouder zijn 1849 personen in 2024 overleden als gevolg van zelfdoding (Doodsoorzakenstatistiek, 2024). Dit komt overeen met een sterftecijfer van 10,3 per 100.000 inwoners (zie Tabel 3.10). Het aantal overledenen als gevolg van zelfdoding bedroeg 14,0 per 100.000 mannen en 6,6 per 100.000 vrouwen. Het aantal overledenen als gevolg van zelfdoding per 100.000 per leeftijdsgroep lag tussen 0,0 (0 t/m 9 jaar) en 15,3 (55 t/m 59 jaar). In de periode 2014 tot en met 2024 lag het aantal overledenen als gevolg van zelfdoding per 100.000 inwoners tussen 10,3 en 11,2 (zie Figuur 3.16).

Figuur 3.16 Aantal overledenen als gevolg van zelfdoding per 100.000 inwoners (0 jaar en ouder) in de periode 2014 t/m 2024



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Totaal	10,9	11,0	11,1	11,2	10,6	10,4	10,5	10,6	10,8	10,5	10,3
Man	15,0	15,2	15,1	15,3	13,7	14,3	14,2	14,9	15,0	14,7	14,0
Vrouw	6,9	6,9	7,2	7,1	7,5	6,6	6,8	6,4	6,8	6,2	6,6

*Voorlopige cijfers
Bron: Doodsoorzakenstatistiek

4 De mentale gezondheid van kinderen en adolescenten

Dit hoofdstuk start in Paragraaf 1 met een samenvatting van de bevindingen in de vorm van kernboodschappen. Vervolgens wordt in Paragraaf 2 de populatie beschreven waar het hoofdstuk over gaat. In Paragraaf 3 worden de meest recente cijfers en de belangrijkste ontwikkelingen (trends) in de mentale gezondheid beschreven. In Paragraaf 4 wordt ingegaan op de resultaten van de verdiepende analyses, waarbij is gekeken naar de samenhang tussen de factoren en mentale gezondheid. In Paragraaf 5 wordt gekeken naar de belangrijkste gevolgen van mentale (on)gezondheid. De resultaten in de Paragrafen 3 tot en met 5 zijn geduid met 17 experts. Het hoofdstuk sluit in Paragraaf 6 af met aanbevelingen voor beleid, aangedragen door de experts. De duidingsinformatie per deelpopulatie is gebaseerd op expert opinion en is niet door de onderzoekers in de literatuur gecheckt, zie hiervoor Hoofdstuk 10.

4.1 Kernboodschappen voor de mentale gezondheid van kinderen en adolescenten

4.1.1 Huidige situatie en trends

- Het merendeel van kinderen (leerlingen groep 8) en adolescenten (leerlingen voortgezet onderwijs 12 t/m 16 jaar) is tevreden over hun leven, tegelijkertijd heeft 2 tot 3 op de 10 mentale problemen (SDQ). (Ruim) de helft van de kinderen en adolescenten heeft tenminste meestal vertrouwen in eigen bekwaamheid om met problemen om te gaan. Voor adolescenten geldt verder dat zij bijna allemaal iemand hebben bij wie ze terecht kunnen als ze een probleem hebben of ergens mee zitten, dat 4 op de 10 angst- of depressiegevoelens heeft en 1 op de 9 beperkt is door emotionele problemen.
- Meisjes rapporteren een minder goede mentale gezondheid dan jongens. Volgens experts spelen hier mogelijk de gebruikte meetmethoden een rol, die meer gericht lijken op het meten van internaliserende problemen die vaker bij meisjes voorkomen dan bij jongens.
- Daling in sommige aspecten van mentale gezondheid voor en tijdens de coronapandemie bij met name adolescenten is nog niet hersteld. Dit herstel is volgens experts ook niet te verwachten aangezien de trend al voor de coronapandemie daalde. Als mogelijke verklaringen voor de dalende trend noemen experts vooral maatschappelijke factoren, zoals toenemende prestatiedruk en toenemende bewustwording rondom mentale gezondheid met zowel betere herkenning als overinterpretatie als gevolg.

4.1.2 Samenhangende factoren

- Socialemediagebruik, ervaren gezondheid, steun van gezin, relaties op school en druk door schoolwerk hangen zowel voor kinderen (leerlingen groep 8) als voor adolescenten (leerlingen voortgezet onderwijs 12 t/m 16 jaar) sterk samen met zowel emotioneel welbevinden als met mentale problemen (SDQ).

Andere onderzochte indicatoren laten een combinatie van matige en sterke samenhang zien, of alleen een matige samenhang. In een (grote) stad naar school gaan (kinderen) of wonen (adolescenten) en herkomst hangen niet samen met mentale problemen (SDQ) en, alleen bij kinderen, ook niet met emotioneel welbevinden. Alleen bij kinderen is er geen samenhang met mentale gezondheid voor gezinswelvaart en lidmaatschap van een (sport)club of vereniging.
- Door de complexe manier waarop factoren met elkaar en met mentale gezondheid samenhangen, kunnen experts niet één hoofdfactor aanwijzen. Experts benadrukken vooral het belang van sociale steun en de onderwijsomgeving. Ook vinden zij de rol van socialemediagebruik belangrijk, maar hierover hebben zij nog veel vragen, zoals over de mate waarin het gebruik ook positieve effecten kan hebben.

4.1.3 Gevolgen van mentale (on)gezondheid

- Een op 7 huisartspatiënten van 0 tot en met 11 jaar en 1 op 5 huisartspatiënten van 12 tot en met 18 jaar had contact met de huisartsenpraktijk vanwege psychische problemen in 2023. Daarnaast maakte 1 op de 10 jeugdigen (0 t/m 22 jaar) gebruik van jeugdhulp in 2024.
- Er was veel variatie in kosten van jeugdhulp tussen gemeenten in 2023. De gerealiseerde gemeentelijke kosten voor jeugdhulp (met en zonder verblijf) varieerden tussen gemeenten van €43 tot €611 per inwoner per jaar (mediaan €274). De medische zorguitgaven voor het totaal aan psychische stoornissen (exclusief dementie en verstandelijke beperking), bedroegen €345 per inwoner per jaar in 2019 voor personen jonger dan 20 jaar.
- Het aantal verloren gezonde levensjaren (DALY) voor het totaal aan psychische en gedragsstoornissen (exclusief dementie en verstandelijke beperking) in 2022 bedroeg 15,2 per 1000 inwoners. ADHD had daarbij een wat grotere ziektelast (3,5 DALY's) dan angst-, dwang en stressstoornissen (2,9 DALY's) en bipolaire en depressieve stemmingsstoornissen (2,8 DALY's).
- Onder personen jonger dan 20 jaar zijn 12 personen in 2024 overleden als gevolg van psychische stoornissen en 62 personen als gevolg van zelfdoding. Hierbij ging het om respectievelijk 7 en 48 personen in de leeftijd van 15 tot en met 19 jaar.
- De cijfers over gevolgen van mentale (on)gezondheid blijken voor de experts lastig te interpreteren. Bijvoorbeeld om verschillen in zorggebruik te verklaren is meer informatie nodig over verschillen in factoren die hierin een rol kunnen spelen, zoals toegankelijkheid, veranderingen in organisatie of financiering, en de aard van het aanbod.

4.1.4 Aanbevelingen van experts

- Kies voor systeemgerichte benaderingen: omgeving én individu, met bijzondere aandacht voor het versterken van de pedagogische driehoek (jeugdige-ouder-school).
- Versterk mentale gezondheid vóórdat er problemen ontstaan in een veilige, stimulerende omgeving waarin kinderen en

adolescenten leren omgaan met stress, tegenslag en sociale druk.
- Maak school een plek voor sociaal én mentaal leren. Een veilig en inclusief pedagogisch schoolklimaat – waarin leerlingen zich gezien en ondersteund voelen – is de basis met een vaste plek voor mentale gezondheid in het curriculum.
- Een goede aanpak bestaat uit een mix van zowel universele als selectieve interventies en maatregelen. Interventies moeten aansluiten bij gender, leeftijd, achtergrond en de situatie waarin een jeugdige leeft.
- Zet de kracht van jeugdigen zelf in. Door jeugdigen mede-eigenaar te maken van de oplossing – en aan te sluiten bij hun taal en belevingswereld – ontstaat verbinding en betrokkenheid.
- Leer jeugdigen én ouders omgaan met digitale druk. Een preventieve aanpak richt zich daarom op mediawijsheid van jongs af aan met een voorbeeldrol van ouders, opvoeders, scholen en beleidsmakers.
- Zoek balans tussen bewustwording, normaliseren en vroegtijdige signalering van mentale klachten. Campagnes moeten zich richten op vroege herkenning, maar niet op onnodig problematiseren van klachten.
- Maak hulp toegankelijk, licht en op maat. Zorg en ondersteuning moeten beschikbaar zijn op verschillende niveaus: van preventieve steun en hulp in de school tot laagdrempelig maatschappelijk werk en gespecialiseerde zorg waar nodig.
- Verbeter monitoring en informatie voor betere onderbouwing en daarmee effectief beleid. Met daarin aandacht voor de witte vlekken, zoals het ontbreken van cijfers over psychische aandoeningen en bepaalde factoren, zoals slaap. Langdurige structurele monitoring en verdiepend onderzoek helpen om te begrijpen waar verbetering gewenst is, wát werkt, voor wie, en waarom.

4.2 Kinderen en adolescenten in Nederland

Op 1 januari 2025 woonden er 1,62 miljoen kinderen van 4 tot en met 12 jaar in Nederland, dat was 9,0% van de totale Nederlandse bevolking. Hiervan was 51,2% jongen en 48,8% meisje (Bevolkingsstatistiek, 2025). Deze leeftijdsfase wordt gekenmerkt door de ontwikkeling van kennis, vaardigheden en het zelfbeeld op school, in interactie met anderen. In de kindertijd wordt een belangrijke basis gelegd voor mentale gezondheid op latere leeftijd.

Op 1 januari 2025 woonden er 1,38 miljoen adolescenten van 12 tot en met 18 jaar in Nederland, dat was 7,6% van de totale Nederlandse bevolking. Hiervan is 51,5% jongen en 48,5% meisje (Bevolkingsstatistiek, 2025). Adolescenten bevinden zich in de overgangsfase van kind naar volwassene. De adolescentie wordt gekenmerkt door aanzienlijke emotionele, sociale en lichamelijke veranderingen. In deze periode wordt het gevoel over zichzelf en de identiteit ontwikkeld.

4.3 Mentale gezondheid van kinderen en adolescenten: huidige situatie en trends

Deze paragraaf beschrijft de mentale gezondheid van kinderen en adolescenten aan de hand van indicatoren voor mentaal welbevinden en mentale problemen: vier indicatoren voor kinderen en acht indicatoren voor adolescenten (zie Tekstbox 4.1 en 4.2). Voor psychische aandoeningen zijn geen indicatoren beschikbaar. De gebruikte data zijn afkomstig uit de Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) (2021), het Peilstationsonderzoek (PEIL) (2023), de Gezondheidsmonitor Jeugd (GMJ) (2023) en de Gezondheidsenquête (GE) (2024). Sommige databronnen betreffen een deel van de deelpopulatie kinderen of adolescenten. Wanneer dit van toepassing is, wordt dit bij de betreffende indicatoren aangegeven. Alle gebruikte databronnen voor kinderen hebben alleen gegevens over kinderen vanaf 10 jaar.

4.3.1 Huidige situatie en trends in mentaal welbevinden

Tekstbox 4.1 Indicatoren mentaal welbevinden

Emotioneel welbevinden is gemeten met de World Health Organization-5 Well-Being Index (WHO-5). De WHO-5 bevat vijf positief geformuleerde stellingen over positieve stemmingen, vitaliteit en mate van geïnteresseerdheid in de laatste 2 weken. Er zijn 6 antwoorden mogelijk, variërend van (0) ‘nooit’ tot (5) ‘de hele tijd’. Een hogere somscore (range 0-25) geeft een beter emotioneel welbevinden aan [18].

Levenstevredenheid is gemeten met de Cantril ladder. Deze bevat de vraag ‘Hoe voel jij je over je leven? Op welke plaats op de ladder staat jouw leven over het algemeen?’. Hierbij staat 0 voor 'het slechtste leven dat ik me kan voorstellen' en 10 voor 'beste leven dat ik me kan voorstellen'. Een cijfer van 7 tot en met 10 betekent tevreden [19,20].

Ervaren controle over het eigen leven is alleen voor adolescenten beschikbaar en is gemeten met de Cohen Perceived Stress Scale (PSS)-4. De PSS-4 bevat vier stellingen over stress in de laatste maand, zoals ‘Hoe vaak had je het gevoel dat je je persoonlijke problemen aankon?’. Er zijn vijf antwoordmogelijkheden mogelijk, variërend van (1) ‘nooit’ tot (5) ‘erg vaak’. Een gemiddelde schaalscore (range 1-5) van 4 of hoger betekent dat er een gevoel is van controle over het eigen leven [21].

Zelfbekwaamheid om met eigen problemen om te gaan is gemeten met twee vragen met vijf antwoordmogelijkheden, variërend van (1) ‘nooit’ tot (5) ‘altijd’: ‘Hoe vaak vind je een oplossing voor een probleem als je daar echt je best voor doet?’ en ‘Hoe vaak lukt het je om te doen wat je van plan was?’. Een gemiddelde score (range 1-5) van 3,5 of hoger betekent meestal of altijd vertrouwen in eigen bekwaamheid [22].

Kan bij iemand terecht bij een probleem is alleen voor adolescenten beschikbaar en gemeten met de vraag: ‘Soms heb je een probleem of zit je ergens mee. Bij wie kun je dan terecht?’. Als één of meer personen zijn aangevinkt, kan de leerling bij iemand terecht.

Emotioneel welbevinden
Leerlingen in groep 8 van het basisonderwijs (10 t/m 12 jaar) scoorden in 2021 op emotioneel welbevinden in de laatste 2 weken gemiddeld 17,2 op een schaal van 0 tot en met 25 (HBSC-BO, 2021; zie Tabel 4.1). Jongens scoorden gemiddeld 18,2 op emotioneel welbevinden en meisjes 16,3. Er zijn geen trendcijfers beschikbaar.

Leerlingen in het voortgezet onderwijs (12 t/m 16 jaar) scoorden in 2021 op emotioneel welbevinden in de laatste 2 weken gemiddeld 14,6 op een schaal van 0 tot en met 25 (HBSC-VO, 2021; zie Tabel 4.2). Jongens scoorden gemiddeld hoger op emotioneel welbevinden (16,2) dan meisjes (13,0). Cijfers opgesplitst naar leeftijd en schoolniveau staan in Tabel 4.2. Er zijn geen trendcijfers beschikbaar.

Tabel 4.1 Huidige situatie voor de drie indicatoren voor mentaal welbevinden bij kinderen

		Emotioneel welbevinden in de laatste twee weken	Levenstevredenheid	Zelfbekwaamheid om met eigen problemen om te gaan
	Jaartal gegevens	**2021**	**2023**	**2021**
	Bron	**HBSC-BO**	**PEIL-BO**	**HBSC-BO**
	Populatie	**Groep 8 basisonderwijs**	**Groep 8 basisonderwijs**	**Groep 8 basisonderwijs**
	Cijfer	**Score**	**%**	**%**
	Totaal	17,2	86,1	53,9
Geslacht	Jongen	18,2	91,2	58,2
	Meisje	16,3	81,4	49,6

Tabel 4.2 Huidige situatie voor de vijf indicatoren voor mentaal welbevinden bij adolescenten

		Emotioneel welbevinden in de laatste twee weken		Levenstevredenheid		Gevoel van controle over eigen leven		Zelfbekwaamheid om met eigen problemen om te gaan		Kan bij iemand terecht bij probleem	
	Jaartal gegevens	**2021**		**2023**		**2021**		**2021**		**2023**	
	Bron	**HBSC-VO**		**PEIL-VO**		**HBSC-VO**		**HBSC-VO**		**GMJ**	
	Populatie	**Leerlingen VO 12-16 jaar**		**Leerlingen VO 12-16 jaar**		**Leerlingen VO 12-16 jaar**		**Leerlingen VO 12-16 jaar**		**Leerlingen VO klas 2 en 4**	
	Cijfer		**Score**		**%**		**%**		**%**		**%**
	Totaal		14,6		76,6		31,7		50,8		95,9
Geslacht	Jongen		16,2		84,4		37,9		56,1		96,3
	Meisje		13,0		68,6		25,3		45,2		95,7
Leeftijd	12 jaar		15,7		82,6		37,2		51,7		-
	13 jaar		15,0		77,0		31,9		49,2		-
	14 jaar		14,4		76,5		30,0		49,7		-
	15 jaar		14,2		71,6		29,2		51,2		-
	16 jaar		13,7		72,8		30,7		52,9		-
Leerjaar	Klas 2		-		-		-		-		95,5
	Klas 4		-		-		-		-		96,3
Schoolniveau	Vmbo-b/k		15,3		73,9		26,5		44,4		94,7
	Vmbo-g/t		15,1		76,7		30,4		47,2		95,6
	Havo		14,4		75,8		32,9		50,8		96,4
	Vwo		14,1		78,9		35,4		59,2		96,8

-: geen gegevens beschikbaar; VO: voortgezet onderwijs

Levenstevredenheid
Van de leerlingen in groep 8 van het basisonderwijs (10 t/m 12 jaar) was 86,1% tevreden over hun leven in 2023 (PEIL-BO, 2023; zie Tabel 4.1). Relatief meer jongens waren tevreden over hun leven (91,2%) dan meisjes (81,4%). Het percentage leerlingen in groep 8 dat tevreden is over hun leven varieerde door de tijd heen (zie Figuur 4.1). In 2001 was dit percentage het hoogste (92,6%) en in 2023 het laagste (86,1%). Dit patroon was vooral aanwezig bij meisjes.

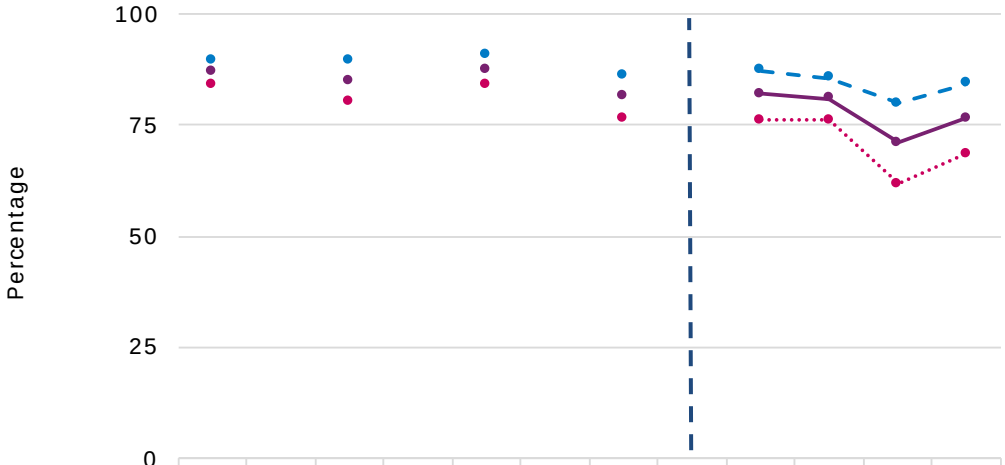
Figuur 4.1 Percentage leerlingen groep 8 (10 t/m 12 jaar) dat tevreden is over het eigen leven in de periode 2001 t/m 2023

	2001	2005	2009	2013	2017	2021	2023
Totaal	92,6	88,7	91,4	87,9	92,0	87,0	86,1
Jongen	93,1	90,5	93,8	89,8	93,4	91,5	91,2
Meisje	92,1	86,9	88,9	86,0	90,7	82,6	81,4

Bron: HBSC-BO en Peil-BO

Ruim driekwart (76,6%) van de leerlingen in het voortgezet onderwijs (12 t/m 16 jaar) was tevreden over hun leven in 2023 (PEIL-VO, 2023; zie Tabel 4.2). Relatief meer jongens waren tevreden over hun leven (84,4%) dan meisjes (68,6%). Cijfers opgesplitst naar leeftijd en schoolniveau staan in Tabel 4.2. Het aandeel leerlingen van het voortgezet onderwijs dat tevreden is over het eigen leven varieerde in de afgelopen jaren (zie Figuur 4.2. In 2009 was dit percentage het hoogste (87,6%) en in 2021, tijdens de coronapandemie, het laagste (71,0%). In 2023 is het 76,6%. Dit patroon is voor jongens en meisjes vergelijkbaar, met een iets groter verschil voor meisjes. Een kanttekening hierbij is dat de cijfers voor de jaren 2001 tot en met 2013 betrekking hadden op een iets andere groep leerlingen dan die voor de jaren 2017 tot en met 2023.

Figuur 4.2 Percentage leerlingen voortgezet onderwijs (12 t/m 16 jaar) dat tevreden is over het eigen leven in de periode 2001 t/m 2023



	2001	2005	2009	2013	2017	2019	2021	2023
Totaal	86,8	85,0	87,6	81,4	82,0	81,0	71,0	76,6
Jongen	89,6	89,7	90,9	86,3	87,4	85,7	79,8	84,4
Meisje	83,9	80,1	84,2	76,5	76,2	76,1	61,8	68,6

Bron: HBSC-VO en PEIL-VO. Tot en met 2013 werd het HBSC-onderzoek uitgevoerd in leerjaar 1 tot en met 4 van het voortgezet onderwijs. Vanaf 2017 bevat de trend gegevens van alle scholieren van 12 tot en met 16 jaar op het voortgezet onderwijs

Ervaren controle over het eigen leven
Bijna een derde (31,7%) van de leerlingen in het voortgezet onderwijs (12 t/m 16 jaar) had het gevoel controle over het eigen leven te hebben in 2021 (HBSC-VO, 2021; zie Tabel 4.2). Bij jongens was dit percentage hoger dan bij meisjes (37,9% versus 25,3%). Cijfers opgesplitst naar leeftijd en schoolniveau staan in Tabel 4.2. Er zijn geen trendcijfers beschikbaar.

Zelfbekwaamheid om met eigen problemen om te gaan
Ruim de helft (53,9%) van de leerlingen in groep 8 van het basisonderwijs (10 t/m 12 jaar) had in 2021 meestal of altijd vertrouwen in eigen bekwaamheid om met problemen om te gaan (HBSC-BO, 2021; zie Tabel 4.1). Dit percentage was 58,2% bij jongens en 49,6% bij meisjes. Er zijn geen trendcijfers beschikbaar.

De helft (50,8%) van de leerlingen in het voortgezet onderwijs (12 t/m 16 jaar) had meestal of altijd vertrouwen in eigen bekwaamheid om met problemen om te gaan in 2021 (HBSC-VO, 2021; zie Tabel 4.2). Dit percentage was bij jongens hoger dan bij meisjes (56,1% versus 45,2%). Cijfers opgesplitst naar leeftijd en schoolniveau staan in Tabel 4.2. Er zijn geen trendcijfers beschikbaar.

Kan bij iemand terecht bij probleem
Van de leerlingen uit het tweede en vierde leerjaar van het voorgezet onderwijs in 2023 had 95,9% iemand bij wie diegene terecht kan bij een probleem of als diegene ergens mee zit (GMJ, 2023; zie Tabel 4.2). Dit percentage was bij jongens 96,3% en bij meisjes 95,7%. Cijfers opgesplitst naar leerjaar en schoolniveau staan in Tabel 4.2. Er zijn geen trendcijfers beschikbaar.

4.3.2 Huidige situatie en trends in mentale problemen

Tekstbox 4.2 Indicatoren mentale problemen

Mentale problemen (SDQ) in de afgelopen 6 maanden is gemeten met de totaalscore van de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), die ontworpen is om mentale problemen bij kinderen en jongeren te meten aan de hand van twintig stellingen met drie antwoordcategorieën variërend van (0) 'niet waar' tot (2) 'zeker waar'. Een totale somscore (range 0-40) van 15 of hoger duidt op mentale problemen [23].

Angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken is alleen voor adolescenten beschikbaar en gemeten met de Mental Health Inventory-5 (MHI-5). De MHI-5 bevat vijf vragen die gaan over hoe men zich in de afgelopen 4 weken voelde: 'Voelde u zich erg zenuwachtig?', 'Zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken?', 'Voelde u zich kalm en rustig?', 'Voelde u zich neerslachtig en somber?' en 'Voelde u zich gelukkig?'. Er zijn 6 antwoorden mogelijk, variërend van (0) 'nooit' tot (5) 'voortdurend'. Een somscore van 76 of lager (range 0-100) betekent de aanwezigheid van angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken [9–11].

Beperkt voelen door emotionele problemen in school of andere dagelijkse bezigheden is alleen voor adolescenten beschikbaar en gemeten met de vraag 'Als u denkt aan school of andere dagelijkse bezigheden, heeft u dan door een emotioneel probleem (bijvoorbeeld doordat u zich depressief of angstig voelde) in de afgelopen 4 weken minder bereikt dan u zou willen?'. Sinds 2021 staat bij de 16- tot en met 18-jarigen 'uw opleiding, werk' in plaats van 'school'. Antwoordmogelijkheden: 'ja' of 'nee'.

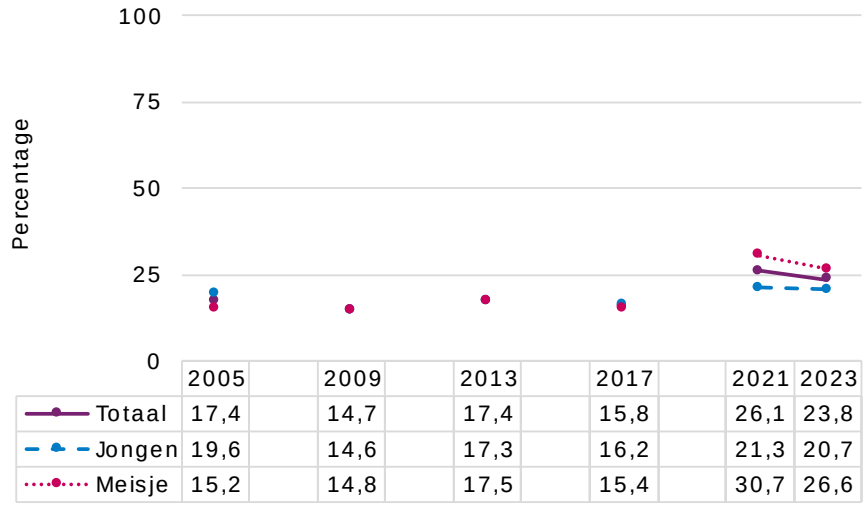
Mentale problemen (SDQ)
Bijna een kwart (23,8%) van de leerlingen in groep 8 van het basisonderwijs (10 t/m 12 jaar) had mentale problemen (SDQ) in de afgelopen 6 maanden in 2023 (PEIL-BO, 2023; zie Tabel 4.3). Dit percentage was 20,7% bij jongens en 26,6% bij meisjes. In de periode 2005 tot en met 2023 (zie Figuur 4.3), was het percentage leerlingen in groep 8 met mentale problemen (SDQ) het laagste in 2009 (14,7%) en in 2021, tijdens de coronapandemie, het hoogste (26,1%). Dit patroon was alleen aanwezig bij meisjes.

Tabel 4.3 Huidige situatie voor mentale problemen bij kinderen

		Mentale problemen (SDQ) in de afgelopen 6 maanden
	Jaartal gegevens	**2023**
	Bron	**PEIL-BO**
	Populatie	**Groep 8 basisonderwijs (10-12 jaar)**
	Cijfer	**%**
	Totaal	23,8
Geslacht	Jongen	20,7
	Meisje	26,6

BO: basisonderwijs

Figuur 4.3 Percentage leerlingen groep 8 (10 t/m 12 jaar) met mentale problemen (SDQ) in de periode 2005 t/m 2023



	2005	2009	2013	2017	2021	2023
Totaal	17,4	14,7	17,4	15,8	26,1	23,8
Jongen	19,6	14,6	17,3	16,2	21,3	20,7
Meisje	15,2	14,8	17,5	15,4	30,7	26,6

Bron: HBSC-BO en PEIL-BO

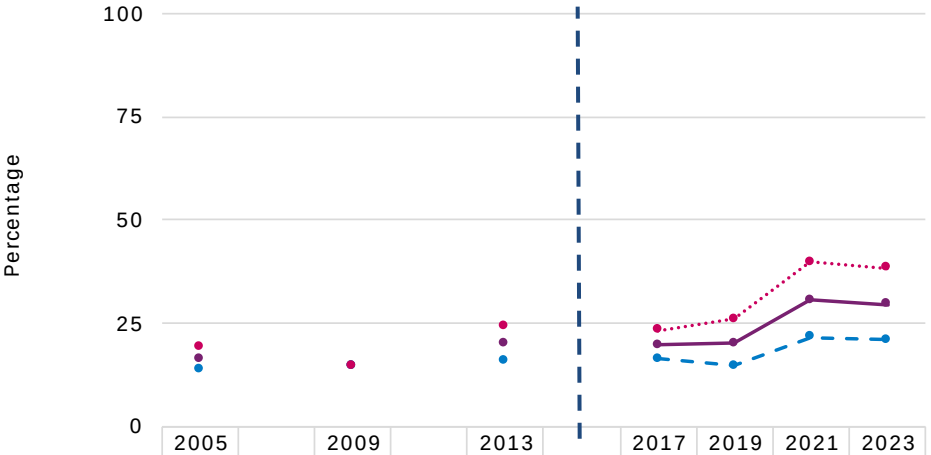
Van de leerlingen in het voortgezet onderwijs (12 t/m 16 jaar) had 29,6% mentale problemen (SDQ) in de laatste zes maanden in 2023 (PEIL-VO, 2023; zie Tabel 4.4). Relatief meer meisjes hadden mentale problemen in de laatste zes maanden dan jongens (38,3% versus 20,9%). Cijfers opgesplitst naar leeftijd en schoolniveau staan in Tabel 4.4. Het aandeel leerlingen van het voortgezet onderwijs met mentale problemen (SDQ) in de laatste zes maanden was in 2021, tijdens de coronapandemie, het hoogste (30,5%) en in 2009 het laagste (14,6%) (zie Figuur 4.4). Dit patroon is voor jongens en meisjes redelijk vergelijkbaar. Een kanttekening hierbij is dat de cijfers voor de jaren 2001 tot en met 2013 betrekking hadden op een iets andere groep leerlingen dan die voor de jaren 2017 tot en met 2023.

Tabel 4.4 Huidige situatie voor de drie indicatoren voor mentale problemen bij adolescenten

		Mentale problemen (SDQ) in de afgelopen 6 maanden	**Angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken**	**Beperkt voelen door emotionele problemen in de afgelopen 4 weken**
	Jaartal gegevens	**2023**	**2024**	**2024**
	Bron	**PEIL-VO**	**GE**	**GE**
	Populatie	**Leerlingen VO 12-16 jaar**	**12-18 jaar**	**12-18 jaar**
	Cijfer	**%**	**%**	**%**
	Totaal	29,6	40,6	11,2
Geslacht	Jongen	20,9	32,4	7,0
	Meisje	38,3	49,2	15,8
Leeftijd	12 jaar	27,1	-	-
	13 jaar	30,7	-	-
	14 jaar	31,3	-	-
	15 jaar	31,2	-	-
	16 jaar	27,1	-	-
Schoolniveau	Vmbo-b/k	37,8	-	-
	Vmbo-g/t	32,8	-	-
	Havo	29,2	-	-
	Vwo	22,2	-	-

-: geen gegevens beschikbaar; VO: voortgezet onderwijs

Figuur 4.4 Percentage leerlingen voortgezet onderwijs (12 t/m 16 jaar) met mentale problemen (SDQ) in de periode 2005 t/m 2023



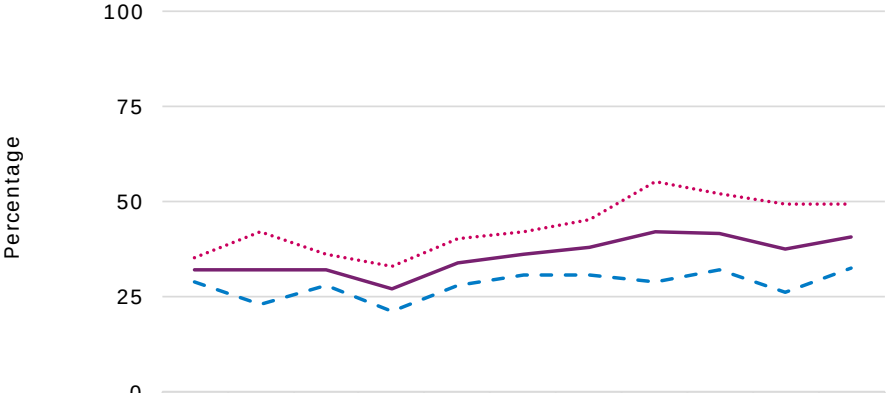
	2005	2009	2013	2017	2019	2021	2023
Totaal	16,4	14,6	20,0	19,7	20,2	30,5	29,6
Jongen	13,7	14,6	16,0	16,4	14,7	21,5	20,9
Meisje	19,2	14,6	24,1	23,2	25,9	39,8	38,3

Bron: HBSC-VO en PEIL-VO. Tot en met 2013 werd het HBSC-onderzoek uitgevoerd in leerjaar 1 tot en met 4 van het voortgezet onderwijs. Vanaf 2017 bevat de trend gegevens van alle scholieren van 12 tot en met 16 jaar op het voortgezet onderwijs

Angst- of depressiegevoelens

In 2024 had 40,6% van de adolescenten (12 t/m 18 jaar) angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken (GE, 2024; zie Tabel 4.4). Dit percentage was bij meisjes hoger dan bij jongens (49,2% versus 32,4%). Het aandeel adolescenten met angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken lag in de periode 2014 tot en met 2024 tussen 26,9% (2017) en 41,9% (2021, tijdens de coronapandemie) (zie Figuur 4.5). Dit patroon gold voor meisjes, het percentage jongens met angst- of depressiegevoelens was het hoogste in 2024.

Figuur 4.5 Percentage adolescenten (12 t/m 18 jaar) met angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken in de periode 2014 t/m 2024

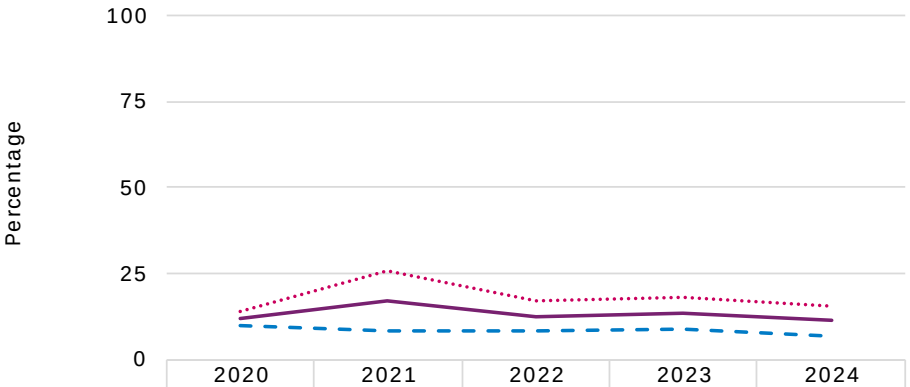


	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totaal	32,1	32,3	32,0	26,9	33,9	36,3	38,1	41,9	41,7	37,5	40,6
Jongen	29,0	22,9	27,9	21,0	27,8	30,7	30,9	29,1	32,0	26,4	32,4
Meisje	35,2	41,9	36,2	33,2	40,2	42,1	45,5	55,4	51,9	49,3	49,2

Bron: GE

Beperkt voelen door emotionele problemen
In 2024 voelde 11,2% van de adolescenten (12 t/m 18 jaar) zich in de afgelopen 4 weken beperkt door emotionele problemen bij school of andere dagelijkse bezigheden (GE, 2024; zie Tabel 4.4). Dit percentage is bij meisjes hoger dan bij jongens (15,8% versus 7,0%). Het aandeel adolescenten dat zich beperkt voelt door emotionele problemen was in de periode 2020 tot en met 2024 het hoogst in 2021 (16,9%) en het laagste in 2024 (11,2%), met voor meisjes een hoogste percentage in 2021 tijdens de coronapandemie (zie Figuur 4.6).

Figuur 4.6 Percentage adolescenten (12 t/m 18 jaar) dat zich door emotionele problemen beperkt voelt in de afgelopen 4 weken in de periode 2020 t/m 2024



	2020	2021	2022	2023	2024
Totaal	11,8	16,9	12,5	13,4	11,2
Jongen	9,7	8,4	8,3	8,7	7,0
Meisje	14,0	25,8	17,0	18,3	15,8

Bron: GE

4.3.3 *Huidige situatie en trends in psychische aandoeningen*
Voor kinderen en adolescenten zijn geen specifieke indicatoren beschikbaar over psychische aandoeningen.

4.3.4 *Duiding huidige situatie en trends mentale gezondheid*
Hieronder staat samengevat wat er door de experts is ingebracht over de duiding van bovenstaande resultaten.

Naast dalende mentale gezondheid ook positieve aspecten
Het merendeel van de kinderen en adolescenten rapporteerde een hoge mate van tevredenheid over het eigen leven. Experts vonden het positief dat meer dan 95% van de adolescenten bij iemand terecht kan bij een probleem of als hij/zij ergens mee zit. Het aandeel kinderen en adolescenten dat vertrouwen heeft in de zelfbekwaamheid om met eigen problemen om te gaan vonden de experts laag (respectievelijk 54% en 51%).

Trends in mentale gezondheid voor, tijdens en na de coronapandemie
Al voor de coronapandemie was er een daling van mentale gezondheid onder met name adolescenten zichtbaar. Waarschijnlijk heeft de coronapandemie gewerkt als versneller van de bestaande trend, tegelijkertijd was de coronapandemie soms ook slechts een ‘piek’ in een langere trend. Experts noemden dat vergelijkbare veranderingen ook internationaal zichtbaar zijn. De daling van de mentale gezondheid van

adolescenten in de coronapandemie is in 2023/2024 nog niet hersteld tot op het niveau daarvoor. Experts vroegen zich af of er wel een volledig herstel te verwachten is gezien de langer lopende dalende trend. Volgens experts is een mogelijke oorzaak van de daling in mentale gezondheid dat mensen door meer bewustwording sneller mildere of tijdelijke klachten interpreteren als mentale problemen. Daarbij kan er sprake zijn van (gewenste) vroege herkenning, maar ook van overinterpretatie. De experts vonden het belangrijk om onderscheid te maken tussen 'normale' uitdagingen en problematiek.

Gender(on)gelijkheid in mentale gezondheid en meetproblemen
De cijfers suggereren dat meisjes in het algemeen een slechtere mentale gezondheid hebben dan jongens en dat de coronaperiode op meisjes meer van invloed is (geweest) dan op jongens. De stijgende trend van angst- of depressiegevoelens onder meisjes was zeer herkenbaar voor de experts. Tegelijk riep dit bij hen vragen op over de geschiktheid en validiteit van de gebruikte meetmethoden: kan er sprake zijn van onderrapportage door jongens en/of hebben zij andere uitingsvormen van mentale gezondheid dan welke zijn gemeten met de indicatoren van deze monitor? Sommige gebruikte meetinstrumenten richten zich vooral op internaliserende problemen, die vaker voorkomen bij vrouwen, en minder op gedragsproblemen, die juist vaker bij mannen worden gezien.

Kwaliteit en beschikbaarheid van indicatoren en data voor adolescenten niet optimaal
De experts noemden verschillende tekortkomingen in de huidige monitoring van mentale gezondheid bij kinderen en adolescenten. Zo omvat de kernset indicatoren niet alle relevante bouwstenen van mentale gezondheid. Er zijn geen landelijke indicatoren van het voorkomen van psychische aandoeningen beschikbaar voor kinderen en adolescenten. Daarnaast zijn niet alle indicatoren over meerdere jaren gemeten of missen er meetmomenten, met een beperkt zicht op trends tot gevolg. Als laatste zijn in de gebruikte databronnen groepen in kwetsbare omstandigheden (zoals leerlingen in het speciaal onderwijs) ondervertegenwoordigd of niet specifiek in kaart gebracht (zoals genderdiversiteit).

4.4 Factoren voor de mentale gezondheid van kinderen en adolescenten

Deze paragraaf beschrijft factoren voor de mentale gezondheid bij kinderen en adolescenten aan de hand van indicatoren voor individuele en omgevingsfactoren. De gebruikte data zijn afkomstig uit Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) (2021). Per indicator is geanalyseerd of en in welke mate deze samenhangt met emotioneel welbevinden en met mentale problemen (SDQ) (zie ook Paragrafen 4.3.1 en 4.3.2). Bij de analyses is rekening gehouden met verschillen in geslacht. Bij adolescenten is tevens rekening gehouden met verschillen in leeftijd en schoolniveau[6]. Voor jongens en meisjes worden factoren

[6] Hierdoor kan de samenhang tussen de indicator en mentale gezondheid niet meer worden verklaard door de mogelijke invloed van geslacht (kinderen) en de mogelijke invloed van geslacht, leeftijd en/of schoolniveau (adolescenten).

apart besproken als er verschillen zijn in de aanwezigheid of richting van de samenhang.

4.4.1 Individuele factoren

Voor individuele factoren in het conceptueel monitormodel mentale gezondheid zijn er in HBSC (2021) voor kinderen acht en voor adolescenten negen indicatoren beschikbaar, zie Tekstbox 4.3 en Tabel 4.5ab.

Tekstbox 4.3 Indicatoren individuele factoren

Demografisch

Herkomstland anders dan Nederland is bepaald op basis van geboorteland van de leerling en diens ouders. Bij leerlingen met een herkomstland anders dan Nederland is de leerling zelf en/of ten minste één van beide ouders niet in Nederland geboren.

Sociaaleconomisch

Lage gezinswelvaart is bepaald met de gezinswelvaartsschaal (Family Affluence Scale versie 3; FAS-III), zonder de vraag over vakantie in het buitenland vanwege de coronamaatregelen. Een somscore (range 0-10) van 5 of lager duidt op een lage gezinswelvaart [24].

Geen lidmaatschap (sport)club of vereniging is bepaald met één vraag waarin wordt gevraagd van welke clubs of verenigingen de leerling lid is, waarbij de leerling ook aan kon geven geen lid te zijn van een club of vereniging.

Leefstijl

Problematisch socialemediagebruik is bepaald aan de hand van 9 stellingen over het afgelopen jaar die symptomen van verslaving meten. Socialemediagebruik is gedefinieerd als problematisch wanneer op 6 van de 9 stellingen met ‘ja’ is geantwoord.

Minder dan vijf dagen per week 60 minuten bewegen is bepaald aan de hand van een vraag over het aantal dagen in de afgelopen week dat de leerling in totaal ten minste 60 minuten per dag bezig was met lichaamsbeweging.

Ooit alcohol gebruikt (alleen kinderen) is bepaald door te vragen of een leerling ooit in het hele leven alcohol heeft gedronken.

Binge drinken in de afgelopen maand (alleen adolescenten) is bepaald door te vragen of een leerling in de laatste 4 weken ten minste 5 drankjes met alcohol heeft gedronken bij één gelegenheid (bijvoorbeeld op een feestje of een avond).

Cannabisgebruik in de afgelopen 12 maanden (alleen adolescenten) is bepaald door te vragen of een leerling in de laatste 12 maanden wiet (marihuana) of hasj heeft gebruikt.

Ooit gerookt (alleen kinderen) is bepaald door te vragen of een leerling ooit sigaretten of shag heeft gerookt.

Roken in de afgelopen maand (alleen adolescenten) is bepaald door te vragen of een leerling in de laatste 4 weken sigaretten of shag heeft gerookt.

Gezondheid algemeen
Ervaren gezondheid (redelijk/slecht) is bepaald door te vragen hoe de leerling de eigen gezondheid ervaart. Er zijn vier antwoorden mogelijk: 'uitstekend', 'goed', 'redelijk' en 'slecht'.

Demografisch
Leerlingen in groep 8 (10 t/m 12 jaar) met een herkomstland anders dan Nederland (26,4%) hebben een vergelijkbare mentale gezondheid als leerlingen met herkomstland Nederland (zie Tabel 4.5a).

Leerlingen in het voortgezet onderwijs (12 t/m 16 jaar) met een herkomstland anders dan Nederland (23,7%) hebben gemiddeld een lager emotioneel welbevinden dan leerlingen met herkomstland Nederland, maar hebben niet vaker mentale problemen (SDQ) (zie Tabel 4.6a). Meisjes met een herkomstland anders dan Nederland hebben gemiddeld een lager emotioneel welbevinden; dit geldt niet voor jongens (zie Tabel 4.6b).

Sociaaleconomisch
Leerlingen in groep 8 (10 t/m 12 jaar) met een lage gezinswelvaart (10,6%) of die geen lid zijn van een (sport)club of vereniging (18,7%) hebben een vergelijkbare mentale gezondheid als leerlingen met een gemiddelde of hoge gezinswelvaart of leerlingen die wel lid zijn (zie Tabel 4.5a). Jongens die geen lid zijn van een (sport)club of vereniging hebben een gemiddeld lager emotioneel welbevinden; dit geldt niet voor meisjes (zie Tabel 4.5b).

Leerlingen in het voortgezet onderwijs (12 t/m 16 jaar) met een lage gezinswelvaart (10,2%) hebben gemiddeld een lager emotioneel welbevinden en vaker mentale problemen (SDQ) dan leerlingen met een gemiddelde of hoge gezinswelvaart. Dit geldt ook voor leerlingen die geen lid zijn van een (sport)club of vereniging (24,2%) in vergelijking met leerlingen die wel lid zijn (zie Tabel 4.6a). Meisjes die geen lid zijn van een (sport)club of vereniging hebben vaker mentale problemen (SDQ); dit geldt niet voor jongens (zie Tabel 4.6b).

Leefstijl
Bij leerlingen in groep 8 (10 t/m 12 jaar) hangen problematisch socialemediagebruik (3,9%), ooit alcohol gebruikt hebben (14,2%), en ooit gerookt hebben (2,1%) alle sterk samen met een gemiddeld lager emotioneel welbevinden en met meer mentale problemen (SDQ) (zie Tabel 4.5a). Minder dan vijf dagen per week 60 minuten bewegen (50,8%) hangt matig samen met zowel emotioneel welbevinden als mentale problemen (SDQ). Problematisch socialemediagebruik en ooit gerookt hebben hangt alleen bij meisjes sterk samen met een gemiddeld lager emotioneel welbevinden, bij jongens ontbreekt deze samenhang. Jongens die minder dan vijf dagen per week 60 minuten bewegen hebben vaker mentale problemen (SDQ); dit geldt niet voor meisjes (zie Tabel 4.5b).

Bij leerlingen in het voortgezet onderwijs (12 t/m 16 jaar) hangen problematisch socialemediagebruik (5,3%), minder dan vijf dagen per week 60 minuten bewegen (51,0%), binge drinken in de afgelopen maand (20,8%), cannabisgebruik in het afgelopen jaar (8,9%) en roken in de afgelopen maand (9,5%) alle samen met een gemiddeld lager emotioneel welbevinden en met meer mentale problemen (SDQ) (zie Tabel 4.6a). De samenhang van problematisch socialemediagebruik met emotioneel welbevinden en mentale problemen (SDQ) is sterk. De samenhang van cannabisgebruik en roken is alleen sterk met mentale problemen (SDQ), maar niet met emotioneel welbevinden. Meisjes die binge drinken of roken in de afgelopen maand hebben een lager emotioneel welbevinden; dit geldt niet voor jongens (zie Tabel 4.6b).

Gezondheid algemeen
Het ervaren van de eigen gezondheid als redelijk tot slecht hangt sterk samen met zowel een lager emotioneel welbevinden als meer mentale problemen (SDQ). Dit geldt voor leerlingen in groep 8 (10 t/m 12 jaar) (14,7%) en voor leerlingen in het voortgezet onderwijs (12 t/m 16 jaar) (22,4%) (zie Tabel 4.5a en Tabel 4.6a).

*Tabel 4.5a Samenhang van individuele factoren met emotioneel welbevinden en met mentale problemen (SDQ) onder leerlingen in groep 8 (10 t/m 12 jaar)**

			HBSC (2021)		
			Leerlingen groep 8 BO	Emotioneel welbevinden[A]	Mentale problemen (SDQ)[B]
	Individuele factor	**Indicator**	**%**	**b-coëfficiënt**	**OR**
Demografisch	Herkomst	Herkomstland anders dan Nederland	26,4	ns	ns
Sociaaleconomisch	Bestaanszekerheid	Lage gezinswelvaart	10,6	ns	ns
	Meedoen in de samenleving	Geen lidmaatschap (sport)club of vereniging	18,7	ns	ns
Leefstijl	Socialemediagebruik	Problematisch socialemediagebruik	3,9	-3,68	11,95
	Lichamelijke activiteit	Minder dan 5 dagen per week 60 minuten bewegen	50,8	-1,41	1,53
	Alcoholgebruik	Ooit alcohol gebruikt	14,2	-2,64	2,54
	Roken	Ooit gerookt	2,1	-3,00	5,10
Gezondheid algemeen	Ervaren gezondheid	Ervaren gezondheid redelijk/slecht	14,7	-4,83	4,33

*Analyses zijn gecontroleerd voor geslacht en leeftijd (in jaren)
[A] De b-coëfficiënt is het verschil in gemiddelde score voor emotioneel welbevinden tussen leerlingen mét en leerlingen zonder de indicator
[B] De odds ratio is de verhouding van de odds op mentale problemen (SDQ) tussen leerlingen mét en leerlingen zonder de indicator
Oranje bolletje = statistisch significante, matige samenhang (emotioneel welbevinden: b-coëfficiënt tussen 0 en -2,58; mentale problemen (SDQ) OR tussen 1,0 en 2,0; $p<0,05$)
Rood bolletje = statistisch significante, sterke samenhang (emotioneel welbevinden: b-coëfficiënt -2,58 of lager; mentale problemen (SDQ) of odds ratio 2,0 of hoger; $p<0,05$)
OR = odds ratio, ns = niet significante samenhang ($p \geq 0,05$)
In Bijlage 8 staan de referentiegroepen en de 95% betrouwbaarheidsintervallen van de b-coëfficiënten en de odds ratio's

*Tabel 4.5b Samenhang van individuele factoren met emotioneel welbevinden en met mentale problemen (SDQ) onder meisjes en jongens in groep 8 (10 t/m 12 jaar)**

			HBSC (2021)			
			Emotioneel welbevinden[A]		Mentale problemen (SDQ)[B]	
	Individuele factor	Indicator	Jongens b-coëfficiënt	Meisjes b-coëfficiënt	Jongens OR	Meisjes OR
Demografisch	Herkomst	Herkomstland anders dan Nederland	ns	ns	ns	ns
Sociaaleconomisch	Bestaanszekerheid	Lage gezinswelvaart	ns	ns	ns	ns
	Meedoen in de samenleving	Geen lidmaatschap (sport)club of vereniging	-0,81	ns	ns	ns
Leefstijl	Socialemediagebruik	Problematisch socialemediagebruik	ns	-4,51	10,01	14,59
	Lichamelijke activiteit	Minder dan 5 dagen per week 60 minuten bewegen	-1,34	-1,46	1,93	ns
	Alcoholgebruik	Ooit alcohol gebruikt	-2,48	-2,76	2,92	2,17
	Roken	Ooit gerookt	ns	-4,39	4,04	6,35
Gezondheid algemeen	Ervaren gezondheid	Ervaren gezondheid redelijk/slecht	-4,28	-5,11	4,12	4,41

*Analyses zijn gecontroleerd voor leeftijd (in jaren).
[A] De b-coëfficiënt is het verschil in gemiddelde score voor emotioneel welbevinden tussen leerlingen mét en leerlingen zonder de indicator.
[B] De odds ratio is de verhouding van de odds op mentale problemen (SDQ) tussen leerlingen mét en leerlingen zonder de indicator.
Oranje bolletje = statistisch significante, matige samenhang (emotioneel welbevinden: b-coëfficiënt tussen 0 en -2,58; mentale problemen (SDQ) OR tussen 1,0 en 2,0; p<0,05).
Rood bolletje = statistisch significante, sterke samenhang (emotioneel welbevinden: b-coëfficiënt -2,58 of lager; mentale problemen (SDQ) of odds ratio 2,0 of hoger; p<0,05).
OR = odds ratio, ns = niet significante samenhang (p ≥ 0,05)
In Bijlage 8 staan de referentiegroepen en de 95% betrouwbaarheidsintervallen van de b-coëfficiënten en de odds ratio's

*Tabel 4.6a Samenhang van individuele factoren met emotioneel welbevinden en mentale problemen (SDQ) onder leerlingen in het voortgezet onderwijs (12 t/m 16 jaar)**

			HBSC (2021)		
			Leerlingen VO	Emotioneel welbevinden[A]	Mentale problemen (SDQ)[B]
	Individuele factor	**Indicator**	**%**	**b-coëfficiënt**	**OR**
Demografisch	Herkomst	Herkomstland anders dan Nederland	23,7	-0,66	ns
Sociaaleconomisch	Bestaanszekerheid	Lage gezinswelvaart	10,2	-2,07	1,58
	Meedoen in de samenleving	Geen lidmaatschap (sport)club of vereniging	24,2	-1,41	1,48
Leefstijl	Socialemediagebruik	Problematisch socialemediagebruik	5,3	-2,77	8,13
	Lichamelijke activiteit	Minder dan 5 dagen per week 60 minuten bewegen	51,0	-1,58	1,32
	Alcoholgebruik	Binge drinken in de afgelopen maand	20,8	-0,57	1,83
	Cannabisgebruik	Cannabisgebruik in de afgelopen 12 maanden	8,9	-1,82	3,15
	Roken	Roken in de afgelopen maand	9,5	-1,25	3,07
Gezondheid algemeen	Ervaren gezondheid	Ervaren gezondheid redelijk/slecht	22,4	-4,33	4,42

*Analyses zijn gecontroleerd voor geslacht, leeftijd (in jaren) en schoolniveau
[A] De b-coëfficiënt is het verschil in gemiddelde score voor emotioneel welbevinden tussen leerlingen mét en leerlingen zonder de indicator
[B] De odds ratio is de verhouding van de odds op mentale problemen (SDQ) tussen leerlingen mét en leerlingen zonder de indicator
Oranje bolletje = statistisch significante, matige samenhang (emotioneel welbevinden: b-coëfficiënt tussen 0 en -2,19; mentale problemen (SDQ) OR tussen 1,0 en 2,0; $p<0,05$)
Rood bolletje = statistisch significante, sterke samenhang (emotioneel welbevinden: b-coëfficiënt -2,19 of lager; mentale problemen (SDQ) of odds ratio 2,0 of hoger; $p<0,05$)
OR = odds ratio, ns = niet significante samenhang ($p \geq 0,05$)
In Bijlage 8 staan de referentiegroepen en de 95% betrouwbaarheidsintervallen van de b-coëfficiënten en de odds ratio's

*Tabel 4.6b Samenhang van individuele factoren met emotioneel welbevinden en met mentale problemen (SDQ) onder meisjes en jongens in het voortgezet onderwijs (12 t/m 16 jaar)**

			HBSC (2021)			
			Emotioneel welbevinden[A]		Mentale problemen (SDQ)[B]	
	Individuele factor	Indicator	Jongens b-coëfficiënt	Meisjes b-coëfficiënt	Jongens OR	Meisjes OR
Demografisch	Herkomst	Herkomstland anders dan Nederland	ns	-0,71	ns	ns
Sociaaleconomisch	Bestaanszekerheid	Lage gezinswelvaart	-2,00	-2,10	1,55	1,46
	Meedoen in de samenleving	Geen lidmaatschap (sport)club of vereniging	-1,22	-1,57	ns	1,59
Leefstijl	Socialemediagebruik	Problematisch socialemediagebruik	-1,54	-3,50	6,17	9,91
	Lichamelijke activiteit	Minder dan 5 dagen per week 60 minuten bewegen	-1,70	-1,48	1,39	1,22
	Alcoholgebruik	Binge drinken in de afgelopen maand	ns	-0,92	1,59	1,86
	Cannabisgebruik	Cannabisgebruik in de afgelopen 12 maanden	-1,86	-1,75	2,74	3,74
	Roken	Roken in de afgelopen maand	ns	-1,96	2,46	3,40
Gezondheid algemeen	Ervaren gezondheid	Ervaren gezondheid redelijk/slecht	-3,79	-4,71	3,57	5,01

*Analyses zijn gecontroleerd voor leeftijd (in jaren) en schoolniveau
[A] De b-coëfficiënt is het verschil in gemiddelde score voor emotioneel welbevinden tussen leerlingen mét en leerlingen zonder de indicator
[B] De odds ratio is de verhouding van de odds op mentale problemen (SDQ) tussen leerlingen mét en leerlingen zonder de indicator
Oranje bolletje = statistisch significante, matige samenhang (emotioneel welbevinden: b-coëfficiënt tussen 0 en -2,19; mentale problemen (SDQ) OR tussen 1,0 en 2,0; p<0,05)
Rood bolletje = statistisch significante, sterke samenhang (emotioneel welbevinden: b-coëfficiënt -2,19 of lager; mentale problemen (SDQ) of odds ratio 2,0 of hoger; p<0,05)
OR = odds ratio, ns = niet significante samenhang (p ≥ 0,05)
In Bijlage 8 staan de referentiegroepen en de 95% betrouwbaarheidsintervallen van de b-coëfficiënten en de odds ratio's

4.4.2 *Omgevingsfactoren*

Voor de omgevingsfactoren in het conceptueel monitormodel mentale gezondheid zijn in HBSC (2021) zes indicatoren voor kinderen en adolescenten beschikbaar, zie Tekstbox 4.4 en Tabel 4.7ab.

Tekstbox 4.4 Indicatoren omgevingsfactoren

Gezin

Niet veel steun van gezin ervaren is gemeten op basis van vier stellingen over de mate van steun in het gezin waar de leerling het meeste is, met zeven antwoordcategorieën variërend van (1) 'heel erg niet mee eens' tot (7) 'heel erg mee eens'. Een gemiddelde schaalscore van 5,5 of lager wordt beschouwd als het niet veel steun ervaren binnen het gezin.

Niet in één huis wonen met beide ouders is bepaald door te vragen bij welke personen van een lijst de leerling in het huis woont waar hij/zij altijd of de meeste tijd woont. Wanneer niet zowel de moeder als de vader zijn aangekruist betekent dit dat de leerling niet in één huis woont met beide ouders.

Woon- en leefomgeving

Niet veel steun van vrienden ervaren is gemeten op basis van vier stellingen over de mate van steun van vrienden of vriendinnen, met zeven antwoordcategorieën variërend van (1) 'heel erg niet mee eens' tot (7) 'heel erg mee eens'. Een gemiddelde schaalscore van 5,5 of lager wordt beschouwd als het niet veel steun ervaren van vrienden.

In (grote) stad naar school gaan (alleen kinderen) is bepaald op basis van de omgevingsadressendichtheid van de vestigingsplaats van de school volgens het CBS [17].
In (grote) stad wonen (alleen adolescenten) is bepaald op basis van de omgevingsadressendichtheid van de woongemeente volgens het CBS. Een gemeente is een (grote) stad wanneer de stedelijkheid (zeer) sterk of matig is (code 1-3). Een gemeente is geen (grote) stad wanneer de gemeente weinig of niet stedelijk is (code 4-5) [17].

Onderwijsomgeving

Geen goede relatie met klasgenoten en leraren is gemeten op basis van drie stellingen over klasgenoten en drie stellingen over leraren, met vijf antwoordcategorieën variërend van (1) 'helemaal niet mee eens' tot (5) 'helemaal mee eens'. Een gemiddelde schaalscore lager dan 2,5 wordt geduid als geen goede relatie met klasgenoten of leraren.

(Nogal) veel ervaren druk door schoolwerk is bepaald door de leerlingen te vragen: 'Hoe erg voel je je onder druk staan door het schoolwerk dat je moet doen?' Leerlingen beantwoordden die vraag met 'helemaal niet', 'een beetje', 'nogal veel' en 'veel'.

Gezinsfactoren

Leerlingen in groep 8 (10 t/m 12 jaar) en in het voortgezet onderwijs (12 t/m 16 jaar) die niet veel steun van het gezin ervaren (respectievelijk 20,4% en 32,0%) hebben een gemiddeld lager

emotioneel welbevinden en meer mentale problemen (SDQ) dan leerlingen die veel steun door het gezin ervaren (zie Tabel 4.7a en Tabel 4.8a). De samenhang met zowel emotioneel welbevinden als met mentale problemen (SDQ) is voor beide groepen leerlingen sterk.

Leerlingen in groep 8 (10 t/m 12 jaar) en leerlingen in het voortgezet onderwijs (12 t/m 16 jaar) die niet met beide ouders in één huis wonen (respectievelijk 19,1% en 24,5%) hebben een gemiddeld lager emotioneel welbevinden en meer mentale problemen (SDQ) dan leerlingen die met beide ouders in een huis wonen (zie Tabel 4.7a en Tabel 4.8a). Alleen bij leerlingen in groep 8 en voor mentale problemen (SDQ) is deze samenhang sterk, maar niet voor leerlingen in het voortgezet onderwijs en niet voor emotioneel welbevinden. Bij meisjes in groep 8 hangt het niet in één huis wonen met beide ouders samen met een gemiddeld lager emotioneel welbevinden; dit geldt niet voor jongens (zie Tabel 4.7b).

Factoren voor de woon- en leefomgeving
Leerlingen in groep 8 (10 t/m 12 jaar) en leerlingen in het voortgezet onderwijs (12 t/m 16 jaar) die niet veel steun van vrienden ervaren (respectievelijk 33,7% en 42,8%) hebben gemiddeld een lager emotioneel welbevinden en meer mentale problemen (SDQ) dan leerlingen die veel steun van vrienden ervaren (zie Tabel 4.7a en Tabel 4.8a). Alleen voor leerlingen in groep 8, en niet voor leerlingen in het voortgezet onderwijs, is deze samenhang sterk.

Leerlingen in groep 8 (10 t/m 12 jaar) die in een (grote) stad naar school gaan (70,6%) hebben een vergelijkbare mentale gezondheid als leerlingen die niet in een (grote) stad naar school gaan.
Leerlingen in het voortgezet onderwijs (12 t/m 16 jaar) die in een (grote) stad wonen (69,7%) scoren gemiddeld lager op emotioneel welbevinden dan leerlingen die niet in een (grote) stad wonen, maar hebben niet vaker mentale problemen (SDQ). Voor jongens in het voortgezet onderwijs hangt wonen in een (grote stad) samen met een lager emotioneel welbevinden en meer mentale problemen (SDQ); dit geldt niet voor meisjes (zie Tabel 4.8b).

Factoren voor de onderwijsomgeving
Voor leerlingen in groep 8 (10 t/m 12 jaar) en het voortgezet onderwijs (12 t/m 16 jaar) hangt het ervaren van geen goede relatie met klasgenoten en leraren (respectievelijk 12,0% en 31,9%) en het ervaren van (nogal) veel druk door schoolwerk (respectievelijk 18,9% en 46,8%) sterk samen met zowel een gemiddeld lager emotioneel welbevinden als met meer mentale problemen (SDQ) (zie Tabel 4.7a en Tabel 4.8a).

*Tabel 4.7a Samenhang van omgevingsfactoren met emotioneel welbevinden en met mentale problemen (SDQ) onder leerlingen in groep 8 (10 t/m 12 jaar)**

			HBSC (2021)		
			Leerlingen groep 8 BO	Emotioneel welbevinden[A]	Mentale problemen (SDQ)[B]
	Omgevingsfactor	Indicator	%	b-coëfficiënt	OR
Gezin	Opvoedklimaat	Niet veel steun van gezin ervaren	20,4	-4,00	4,27
	Thuissituatie	Niet in één huis wonen met beide ouders	19,1	-1,06	2,21
Woon- en leefomgeving	Sociale leefomgeving	Niet veel steun van vrienden ervaren	33,7	-3,17	3,64
	Fysieke woonomgeving	In (grote) stad naar school gaan	70,6	ns	ns
Onderwijsomgeving	Sociale omgeving op school	Geen goede relatie met klasgenoten en leraren	12,0	-4,89	6,43
	Belasting door school of studie	(Nogal) veel ervaren druk door schoolwerk	18,9	-3,23	5,31

*Tabel 4.7b Samenhang van omgevingsfactoren met emotioneel welbevinden en met mentale problemen (SDQ) onder meisjes en jongens in groep 8 (10 t/m 12 jaar)**

			HBSC (2021)			
			Emotioneel welbevinden[A]		Mentale problemen (SDQ)[B]	
			Jongens	Meisjes	Jongens	Meisjes
	Omgevingsfactor	Indicator	b-coëfficiënt	b-coëfficiënt	OR	OR
Gezin	Opvoedklimaat	Niet veel steun van gezin ervaren	-2,82	-5,20	3,99	4,57
	Thuissituatie	Niet in één huis wonen met beide ouders	ns	-1,56	1,99	2,36
Woon- en leefomgeving	Sociale leefomgeving	Niet veel steun van vrienden ervaren	-2,82	-3,49	3,26	3,95
	Fysieke woonomgeving	In (grote) stad naar school gaan	ns	ns	ns	ns
Onderwijsomgeving	Sociale omgeving op school	Geen goede relatie met klasgenoten en leraren	-4,62	-5,07	7,28	5,60
	Belasting door school of studie	(Nogal) veel ervaren druk door schoolwerk	-2,91	-3,59	6,88	4,30

*Analyses zijn gecontroleerd voor geslacht (alleen bij analyses op de totale groep) en leeftijd (in jaren)
[A] De b-coëfficiënt is het verschil in gemiddelde score voor emotioneel welbevinden tussen leerlingen mét en leerlingen zonder de indicator
[B] De odds ratio is de verhouding van de odds op mentale problemen (SDQ) tussen leerlingen mét en leerlingen zonder de indicator
Oranje bolletje = statistisch significante, matige samenhang (emotioneel welbevinden: b-coëfficiënt tussen 0 en -2,58; mentale problemen (SDQ) OR tussen 1,0 en 2,0; p<0,05)
Rood bolletje = statistisch significante, sterke samenhang (emotioneel welbevinden: b-coëfficiënt -2,58 of lager; mentale problemen (SDQ) of odds ratio 2,0 of hoger; p<0,05)
OR = odds ratio, ns = niet significante samenhang (p ≥ 0,05)
In Bijlage 8 staan de referentiegroepen en de 95% betrouwbaarheidsintervallen van de b-coëfficiënten en de odds ratio's

*Tabel 4.8a Samenhang van omgevingsfactoren met emotioneel welbevinden en met mentale problemen (SDQ) onder leerlingen in het voortgezet onderwijs (12 t/m 16 jaar)**

			HBSC (2021)		
			Leerlingen VO	Emotioneel welbevinden[A]	Mentale problemen (SDQ)[B]
	Omgevingsfactor	Indicator	%	b-coëfficiënt	OR
Gezin	Opvoedklimaat	Niet veel steun van gezin ervaren	32,0	-3,72	3,73
	Thuissituatie	Niet in één huis wonen met beide ouders	24,5	-1,35	1,70
Woon- en leefomgeving	Sociale leefomgeving	Niet veel steun van vrienden ervaren	42,8	-2,01	1,88
	Fysieke woonomgeving	In (grote) stad wonen	69,7	-0,46	ns
Onderwijsomgeving	Sociale omgeving op school	Geen goede relatie met klasgenoten en leraren	31,9	-3,29	3,77
	Belasting door school of studie	(Nogal) veel ervaren druk door schoolwerk	46,8	-2,87	2,56

*Tabel 4.8b Samenhang van omgevingsfactoren met emotioneel welbevinden en met mentale problemen (SDQ) onder meisjes en jongens in het voortgezet onderwijs (12 t/m 16 jaar)**

			HBSC (2021)			
			Emotioneel welbevinden[A]		Mentale problemen (SDQ)[B]	
			Jongens	Meisjes	Jongens	Meisjes
	Omgevingsfactor	Indicator	b-coëfficiënt	b-coëfficiënt	OR	OR
Gezin	Opvoedklimaat	Niet veel steun van gezin ervaren	-3,42	-4,00	2,93	4,47
	Thuissituatie	Niet in één huis wonen met beide ouders	-1,36	-1,31	1,65	1,62
Woon- en leefomgeving	Sociale leefomgeving	Niet veel steun van vrienden ervaren	-1,66	-2,39	1,50	2,23
	Fysieke woonomgeving	In (grote) stad wonen	-0,60	ns	1,25	ns
Onderwijsomgeving	Sociale omgeving op school	Geen goede relatie met klasgenoten en leraren	-2,92	-3,61	3,60	3,78
	Belasting door school of studie	(Nogal) veel ervaren druk door schoolwerk	-2,32	-3,49	2,24	3,55

*Analyses zijn gecontroleerd voor geslacht (alleen bij analyses op de totale groep), leeftijd (in jaren) en schoolniveau
[A] De b-coëfficiënt is het verschil in gemiddelde score voor emotioneel welbevinden tussen leerlingen mét en leerlingen zonder de indicator
[B] De odds ratio is de verhouding van de odds op mentale problemen (SDQ) tussen leerlingen mét en leerlingen zonder de indicator
Oranje bolletje = statistisch significante, matige samenhang (emotioneel welbevinden: b-coëfficiënt tussen 0 en -2,19; mentale problemen (SDQ) OR tussen 1,0 en 2,0; $p<0,05$)
Rood bolletje = statistisch significante, sterke samenhang (emotioneel welbevinden: b-coëfficiënt -2,19 of lager; mentale problemen (SDQ) of odds ratio 2,0 of hoger; $p<0,05$)
OR = odds ratio, ns = niet significante samenhang ($p \geq 0,05$)
In Bijlage 8 staan de referentiegroepen en de 95% betrouwbaarheidsintervallen van de b-coëfficiënten en de odds ratio's

4.4.3 *Duiding factoren voor mentale gezondheid*

Hieronder staat samengevat wat er door de experts is ingebracht over de duiding van bovenstaande resultaten.

Complexiteit maakt het aanwijzen van één hoofdfactor onmogelijk
Factoren kunnen onderling samenhangen en daarbij kan er ook sprake zijn van een of meer onderliggende factoren. In de analyses is hier geen rekening mee gehouden. Bovendien kan een factor oorzaak én gevolg van mentale gezondheid zijn. Experts herkenden dit beeld. Bijvoorbeeld: ervaren jeugdigen niet veel steun omdat ze niet lekker in hun vel zitten, of is het andersom? Deze wederkerige relatie met mentale gezondheid geldt ook voor middelengebruik en problematisch socialemediagebruik. Deze complexe samenhang tussen de factoren onderling en tussen de factoren en mentale gezondheid maakte het voor de experts onmogelijk om één factor aan te wijzen die het allerbelangrijkste is voor de mentale gezondheid.

Het ervaren van sociale steun wordt gezien als heel belangrijk
Experts waren verrast dat het ervaren van niet veel steun in verschillende leefomgevingen (vanuit gezin, vanuit vrienden en het ontbreken van goede relaties op school) relatief vaak voor komt. Vooral omdat deze factoren een (sterke) samenhang laten zien met zowel emotioneel welbevinden als mentale problemen (SDQ). Ondanks de complexiteit van factoren zagen experts sociale steun daarom wel als heel belangrijk voor mentale gezondheid.

De onderwijsomgeving speelt een belangrijke rol
Experts benadrukten het belang van de onderwijsomgeving voor de mentale gezondheid van leerlingen. Daarbij gaat het niet alleen om de eerdergenoemde relaties met klasgenoten en leraren, maar ook om de studiebelasting. Beide laten een sterke samenhang zien met zowel emotioneel welbevinden als mentale problemen (SDQ).

Problematisch socialemediagebruik laat sterke samenhang zien, maar komt weinig voor
Problematisch socialemediagebruik komt niet vaak voor (4-5%), maar vertoont wel een sterke samenhang met mentale problemen (SDQ). Vanwege deze sterke samenhang vonden de experts dit een belangrijke factor. Tegelijkertijd riep de rol van socialemediagebruik in relatie tot mentale gezondheid ook veel vragen bij hen op, zoals naar de rol van het aantal bestede uren, de mate waarin het gebruik ook positieve effecten kan hebben, en de invloed van het gebruik op sociale relaties in offline omgevingen. De experts vonden meer onderzoek naar inzicht hierin noodzakelijk.

Middelengebruik matig tot sterke samenhang, maar niet onbelangrijk
Het middelengebruik (alcoholgebruik, roken, cannabisgebruik) komt wel wat minder vaak voor dan de meeste andere factoren, maar riep bij de experts wel zorgen op gezien de samenhang met mentale gezondheid en omdat middelengebruik een manier zou kunnen zijn om hulp te vermijden. Mogelijk is er sprake van onderliggende factoren die zowel met middelengebruik als met mentale gezondheid samenhangen. Dat werd ook genoemd door experts toen ze spraken over leerlingen in groep 8 die al hadden gerookt of alcohol hadden gebruikt. Ze waren

verrast dat dit al bij 14% van de leerlingen voorkwam. Daarnaast viel het de experts op dat de samenhang tussen mentale gezondheid en middelengebruik bij meisjes sterker was dan bij jongens.

Geen samenhang tussen herkomstland en mentale problemen
In tegenstelling tot wat sommige experts hadden verwacht, bleek herkomst niet samen te hangen met meer mentale problemen (SDQ) en, met uitzondering van meisjes in de adolescentie, ook niet met een lager emotioneel welbevinden. Hierbij verwezen zij naar een publicatie over hoe voor jeugdigen met een herkomstland anders dan Nederland thema's als discriminatie, identiteitsontwikkeling, en uitsluiting van invloed zouden zijn op de mentale gezondheid [25,26].

Indicatoren niet altijd best mogelijke weergave van de factor
Voor iedere factor is een indicator gebruikt om de samenhang tussen deze factor en mentale gezondheid te meten. Experts twijfelden of een aantal van deze gebruikte indicatoren wel meet wat je beoogt te meten met de factoren. Het viel de experts bijvoorbeeld op dat de gebruikte indicator voor bestaanszekerheid (gezinswelvaart) alleen voor adolescenten een matige samenhang laat zien met mentale gezondheid, terwijl bestaanszekerheid door de experts juist als een belangrijke factor voor mentale gezondheid werd gezien. Het was daarom de vraag of het aan de gebruikte indicator van deze factor ligt (gezinswelvaart) of dat bestaanszekerheid nog niet iets is waarover een jeugdige zich zorgen maakt.

Gegevens over relevante factoren ontbreken
Conform het conceptueel monitormodel mentale gezondheid (zie Paragraaf 1.2.2) waren in de HBSC-studie geen indicatoren geschikt of beschikbaar voor arbeidspositie, traumatische ervaringen, slapen, kwaliteit van leven en veiligheid leefomgeving. Hetzelfde gold voor de factoren voor werkomgeving en de samenleving. Experts misten vooral traumatische gebeurtenissen en discriminatie als belangrijke factoren.

4.5 Gevolgen van mentale (on)gezondheid bij kinderen en adolescenten

Deze paragraaf beschrijft gevolgen van mentale (on)gezondheid bij kinderen en adolescenten aan de hand van 17 indicatoren voor zorggebruik, zorguitgaven, uitval van school, ziektelast en sterfte (zie Tekstboxen 4.5 t/m 4.8). De gebruikte data komen uit verschillende databronnen en jaren: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn (2023), Beleidsinformatie Jeugd (2024), Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein-WMO (2022) en Open Onderwijsdata Dienst Uitvoering Onderwijs (DUO) (2023/2024), RIVM Kosten van ziekten (2019) en RIVM Ziektelast (2022), en Doodsoorzakenstatistieken (2024).

4.5.1 Huidige situatie en trends voor zorggebruik

Tekstbox 4.5 Indicatoren voor zorggebruik

Huisartspatiënten

Huisartspatiënten met angstig/nerveus/gespannen gevoel of angst

Geregistreerd in de Nivel Zorgregistratie Eerste Lijn met ICPC-code 'Angstige, nerveuze of gespannen gevoelens of angst' (P01 of P74).

Huisartspatiënten met depressieve gevoelens of depressie

Geregistreerd in de Nivel Zorgregistratie Eerste Lijn met ICPC-code 'Depressieve gevoelens of depressie' (P03 of P76).

Huisartspatiënten met enigerlei psychisch probleem

Geregistreerd in de Nivel Zorgregistratie Eerste Lijn met ICPC-codes 'Enigerlei psychisch probleem' (P00-P99).

Jeugdhulp

Gebruik maken van jeugdhulp met of zonder verblijf

Jeugdhulp met of zonder verblijf bestaat uit hulp en zorg aan kinderen en jongeren en hun ouders bij psychische, psychosociale en/of gedragsproblemen, een verstandelijke beperking van de jongere, of opvoedingsproblemen van de ouders. Jeugdhulp valt samen met jeugdbescherming en jeugdreclassering onder de noemer jeugdzorg zoals onder verantwoordelijkheid van de gemeente wordt uitgevoerd volgens de Jeugdwet, is bedoeld voor kinderen en jongeren tot 18 jaar en kan verlengd worden tot 23 jaar.

Tabel 4.9 Huidige situatie voor de vier indicatoren voor zorggebruik bij kinderen en adolescenten

		Huisartspatiënten met angstig/ nerveus/ gespannen gevoel of angst	Huisartspatiënten met depressieve gevoelens of depressie	Huisartspatiënten met enigerlei psychisch probleem	Jeugdigen die gebruik maken van jeugdhulp met of zonder verblijf
	Jaartal gegevens	**2023**	**2023**	**2023**	**2024**
	Bron	**Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn**	**Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn**	**Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn**	**CBS Beleidsinformatie Jeugd**
	Populatie	**0-18 jaar**	**0-18 jaar**	**0-18 jaar**	**0-22 jaar**
	Cijfer	**%**	**%**	**%**	**%**
	Totaal	-	-	-	10,9
Geslacht	Jongen	-	-	-	11,4
	Meisje	-	-	-	10,4
Geslacht en leeftijd	Jongen 0-11 jaar	0,7	0,1	16,5	-
	Meisje 0-11 jaar	0,9	0,1	10,7	-
	Jongen 12-18 jaar	1,6	1,1	19,3	-
	Meisje 12-18 jaar	4,4	2,8	21,7	-
Leeftijd	0-11 jaar	0,8	0,1	13,7	-
	12-18 jaar	3,0	2,0	20,5	-
Leeftijd	0-3 jaar	-	-	-	4,3
	4-11 jaar	-	-	-	16,4
	12-17 jaar	-	-	-	17,1
	18-22 jaar	-	-	-	1,5

- Geen gegevens beschikbaar

Huisartspatiënten met angstig/nerveus/gespannen gevoel of angst
Van de huisartspatiënten van 0 tot en met 11 jaar had 0,8% in 2023 contact met de huisartsenpraktijk vanwege angstige, nerveuze of gespannen gevoelens of angst (Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, 2023; zie Tabel 4.9). Het percentage jongens was 0,7% en het percentage meisjes 0,9%. Het percentage huisartspatiënten van 0 tot en met 11 jaar dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege angstige, nerveuze of gespannen gevoelens of angst ging van 0,6% in 2014 tot 0,8% in de jaren 2017 tot en met 2023 (zie Figuur 4.7).

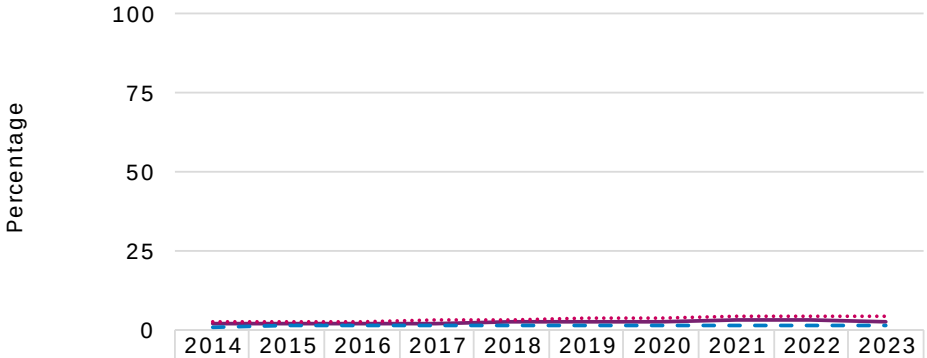
Van de huisartspatiënten van 12 tot en met 18 jaar had 3,0% in 2023 contact met de huisartsenpraktijk vanwege angstige, nerveuze of gespannen gevoelens of angst. Dit percentage was 1,6% bij jongens en 4,4% bij meisjes (zie Tabel 4.9). Het percentage huisartspatiënten van 12 tot en met 18 jaar dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege angstige, nerveuze of gespannen gevoelens of angst ging in de periode 2014 tot en met 2023 van 1,9% in 2014 naar 3,0% in de jaren 2021, 2022 en 2023 (zie Figuur 4.8).

Figuur 4.7 Percentage huisartspatiënten van 0 t/m 11 jaar dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege angstige, nerveuze of gespannen gevoelens of angst in de periode 2014 t/m 2023

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Totaal	0,6	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
Jongen	0,6	0,7	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Meisje	0,7	0,8	0,7	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Figuur 4.8 Percentage huisartspatiënten van 12 t/m 18 jaar dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege angstige, nerveuze of gespannen gevoelens of angst in de periode 2014 t/m 2023



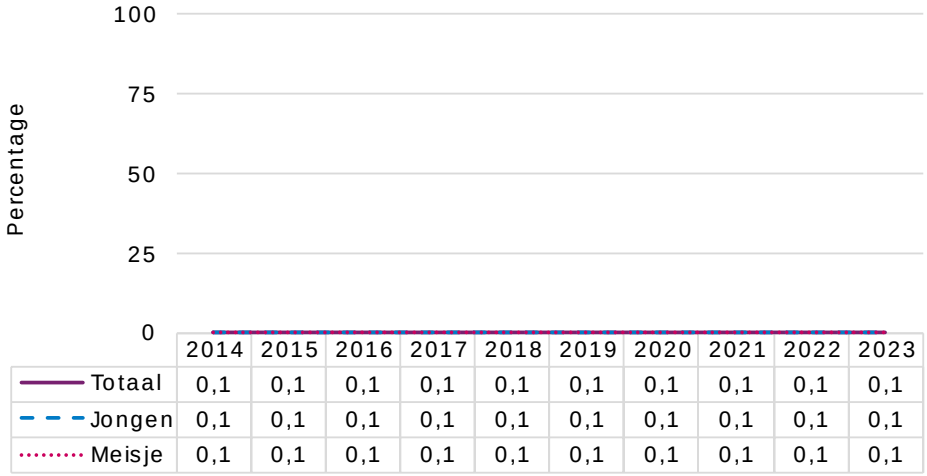
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Totaal	1,9	2,0	2,0	2,3	2,4	2,7	2,6	3,0	3,0	3,0
Jongen	1,2	1,4	1,3	1,4	1,5	1,6	1,5	1,5	1,6	1,6
Meisje	2,7	2,7	2,8	3,1	3,3	3,7	3,8	4,5	4,5	4,4

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Huisartspatiënten met depressieve gevoelens of depressie
Van de huisartspatiënten van 0 tot en met 11 jaar had 0,1% in 2023 contact met de huisartsenpraktijk vanwege depressieve gevoelens of depressie (Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, 2023; zie Tabel 4.9). Dit percentage was voor zowel jongens en meisjes over de hele periode 0,1% (zie Figuur 4.9).

Van de huisartspatiënten van 12 tot en met 18 jaar had 2,0% in 2023 contact met de huisartsenpraktijk vanwege depressieve gevoelens of depressie. Dit percentage was 1,1% bij jongens en 2,8% bij meisjes (zie Tabel 4.9). Het percentage huisartspatiënten van 12 tot en met 18 jaar dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege depressieve gevoelens of depressie lag in de periode 2014 tot en met 2023 tussen 1,3% (2014) en 2,4% (2021) (zie Figuur 4.10).

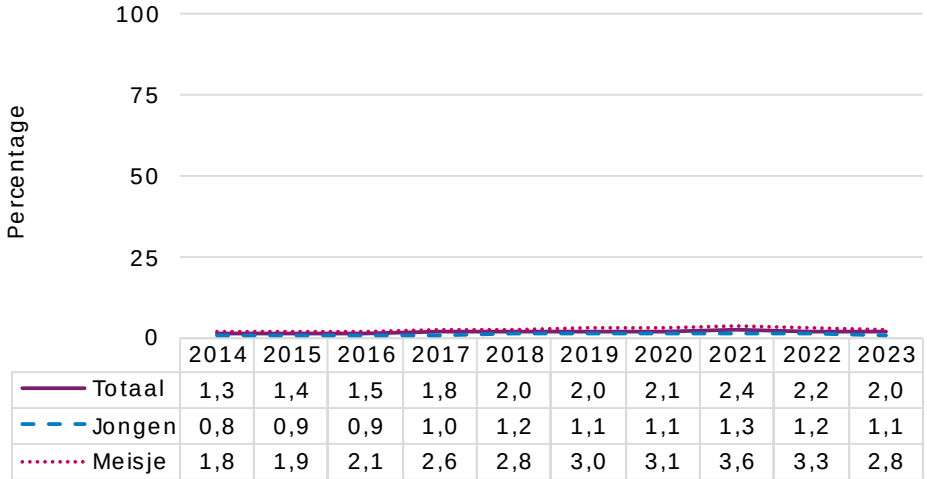
Figuur 4.9 Percentage huisartspatiënten van 0 t/m 11 jaar dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege depressieve gevoelens of depressie in de periode 2014 t/m 2023



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Totaal	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Jongen	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Meisje	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Figuur 4.10 Percentage huisartspatiënten van 12 t/m 18 jaar dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege depressieve gevoelens of depressie in de periode 2014 t/m 2023



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Totaal	1,3	1,4	1,5	1,8	2,0	2,0	2,1	2,4	2,2	2,0
Jongen	0,8	0,9	0,9	1,0	1,2	1,1	1,1	1,3	1,2	1,1
Meisje	1,8	1,9	2,1	2,6	2,8	3,0	3,1	3,6	3,3	2,8

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

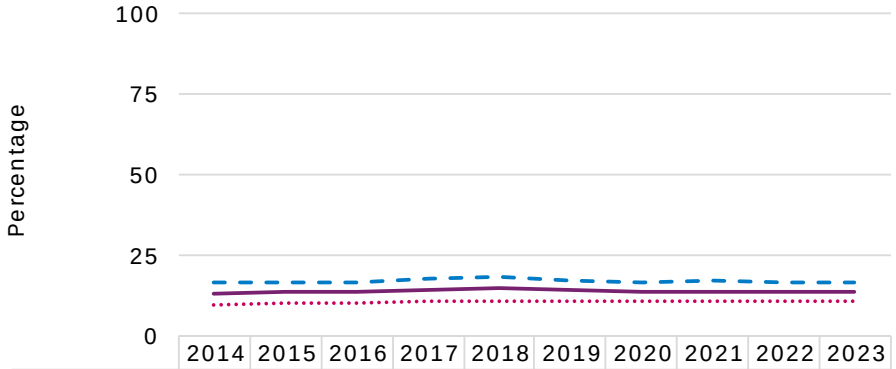
Huisartspatiënten met enigerlei psychisch probleem

Van de huisartspatiënten van 0 tot en met 11 jaar had 13,7% in 2023 contact met de huisartsenpraktijk vanwege enigerlei psychisch probleem (Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, 2023; zie Tabel 4.9). Dit percentage was 16,5% bij jongens en 10,7% bij meisjes. Het percentage huisartspatiënten van 0 tot en met 11 jaar dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege enigerlei psychisch probleem tussen 2014 en 2023 was het laagst in 2014 (13,4%) en het hoogst in 2018 (14,8%) (zie Figuur 4.11).

Van de huisartspatiënten van 12 tot en met 18 jaar had 20,5% in 2023 contact met de huisartsenpraktijk vanwege enigerlei psychisch

probleem. Dit percentage was 19,3% bij jongens en 21,7% bij meisjes (zie Tabel 4.9). Het percentage huisartspatiënten van 12 tot en met 18 jaar dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege enigerlei psychisch probleem ging in de periode 2014 tot en met 2023 van 16,4% in 2014 tot 20,5% in 2023 (zie Figuur 4.12), waarbij het percentage bij meisjes van 14,8% naar 21,7% ging, en het percentage bij jongens van 17,9% naar 19,3%.

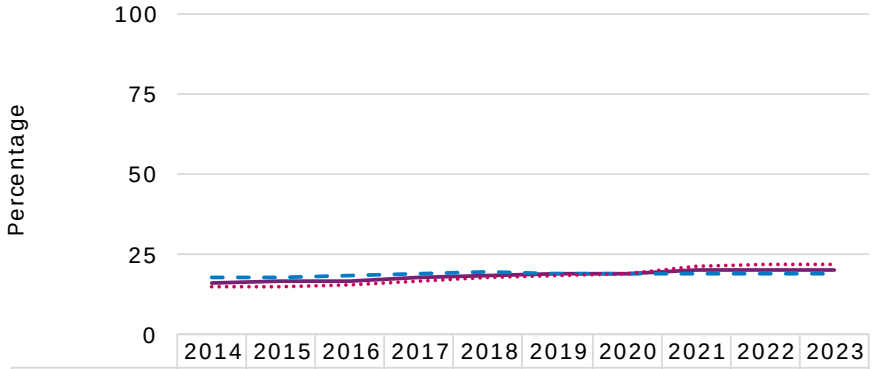
Figuur 4.11 Percentage huisartspatiënten van 0 t/m 11 jaar dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege enigerlei psychisch probleem in de periode 2014 t/m 2023



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Totaal	13,4	13,7	13,7	14,4	14,8	14,3	13,9	14,1	13,8	13,7
Jongen	16,6	16,9	16,9	17,9	18,2	17,5	17,0	17,3	16,7	16,5
Meisje	10,0	10,3	10,4	10,9	11,2	10,9	10,7	10,9	10,7	10,7

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Figuur 4.12 Percentage huisartspatiënten van 12 t/m 18 jaar dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege enigerlei psychisch probleem in de periode 2014 t/m 2023



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Totaal	16,4	16,5	17,0	18,0	18,6	18,9	18,9	20,2	20,4	20,5
Jongen	17,9	18,0	18,3	19,0	19,4	19,3	18,9	19,2	19,1	19,3
Meisje	14,8	14,9	15,6	17,0	17,9	18,6	18,9	21,3	21,7	21,7

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Jeugdigen die gebruik maken van jeugdhulp met of zonder verblijf
Van de jeugdigen van 0 tot en met 22 jaar in 2024 maakte 10,9% (482.740 jeugdigen) gebruik van jeugdhulp (Beleidsinformatie Jeugd, 2024; zie Tabel 4.9). Dit percentage was 11,4% bij jongens en 10,4%

bij meisjes. Het aandeel jeugdigen dat gebruik maakt van jeugdhulp was in de jaren 2021 tot en met 2024 tussen de 10,4% en 10,9% (zie Figuur 4.13).

Figuur 4.13 Percentage jeugdigen (0 t/m 22 jaar) dat gebruik maakt van jeugdhulp met of zonder verblijf in de periode 2021 t/m 2024

	2021	2022	2023	2024
Totaal	10,4	10,6	10,8	10,9
Jongen	11,1	11,1	11,3	11,4
Meisje	9,6	10,0	10,3	10,4

Bron: Beleidsinformatie Jeugd

4.5.2 *Huidige situatie voor zorguitgaven*

Tekstbox 4.6 Indicatoren voor zorguitgaven

Kosten jeugdhulp
Gemeentelijke kosten jeugdhulp
Dit betreft het geheel van jeugdhulpkosten (met en zonder verblijf) dat onder verantwoordelijkheid van de gemeente wordt uitgevoerd volgens de Jeugdwet (2014), afgerond op duizend euro. Dit cijfer omvat *niet* de kosten voor jeugdbescherming en jeugdreclassering, de andere vormen van jeugdzorg. De mediaan geeft aan dat de helft van de gemeenten meer en de andere helft minder kosten realiseert voor de jeugdhulp per 1000 inwoners. Niet voor alle gemeenten zijn gegevens beschikbaar.

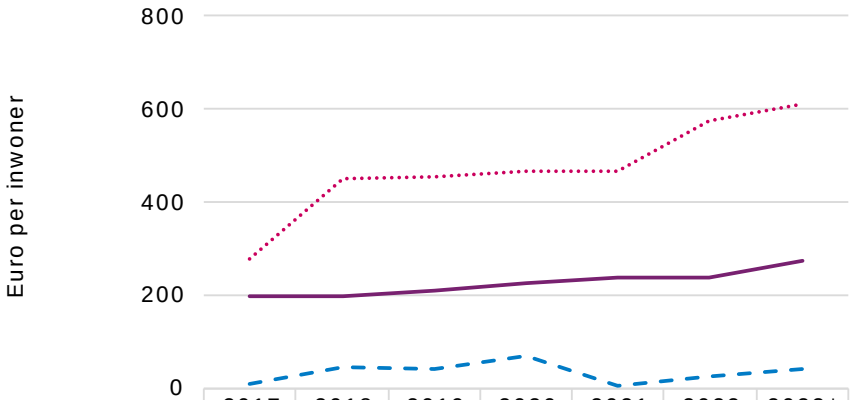
Medische zorguitgaven voor psychische stoornissen
Zorguitgaven omvatten alle medische zorguitgaven, zowel collectief gefinancierde zorg (basisverzekering, WLZ (Wet Langdurige Zorg), Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning), preventieprogramma's) als de privaat gefinancierde zorg (aanvullende verzekeringen, eigen betalingen), maar ook uitgaven door andere overheden, burgers en bedrijven. Niet opgenomen zijn kosten van mantelzorg en indirecte zorgkosten, bijvoorbeeld door ziekteverzuim.

Zorguitgaven voor totaal psychische stoornissen
Zorguitgaven per inwoner (0 t/m 19 jaar) per jaar op basis van ICD10-codes F00-F99, exclusief dementie met ICD10-F-codes (F00-F03, F05.1) en verstandelijke beperking (ICD10-codes F70-F79).

Zorguitgaven voor angst-, dwang- en stressstoornissen
Zorguitgaven per inwoner (0 t/m 19 jaar) per jaar op basis van ICD10-codes F40-F43.
Zorguitgaven voor depressieve stoornissen, bipolaire en overige stemmingsstoornissen
Zorguitgaven per inwoner (0 t/m 19 jaar) per jaar op basis van ICD10-codes F30-F31, F32-F33, F34.0- 34.1, F34.8-F34.9, F38-F39.
Zorguitgaven voor ADHD en overige gedragsstoornissen
Zorguitgaven per inwoner (0 t/m 19 jaar) per jaar voor ADHD en overige gedragsstoornissen op basis van ICD10-codes F90 en F91.

Gemeentelijke kosten jeugdhulp
De mediaan voor de gerealiseerde gemeentelijke kosten voor jeugdhulp bedroeg €274 per inwoner in 2023 (Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein-WMO, 2023; zie Figuur 4.14). Deze mediaan steeg in de periode 2017 tot en met 2023 van €196 per inwoner in 2017 tot €274 per inwoner in 2023. Per gemeente lagen in 2023 de kosten voor totale jeugdhulp per inwoner tussen €43 en €611 euro (zie Figuur 4.14).

Figuur 4.14 De mediane, minimale en maximale gerealiseerde kosten voor jeugdhulp in de periode 2017 t/m 2023, in euro's per inwoner per gemeente



	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023*
Mediaan	196	198	209	225	238	239	274
Minimaal	10	44	43	68	4	24	43
Maximaal	277	449	454	466	467	573	611

*Voorlopige cijfers
Bron: Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein-WMO

Medische zorguitgaven voor psychische stoornissen
Voor personen jonger dan 20 jaar bedroegen in 2019 de zorguitgaven voor het totaal aan psychische stoornissen (exclusief dementie en verstandelijke beperking) €345 per inwoner per jaar (RIVM Kosten van ziekten, 2019; zie Tabel 4.10). Dit komt overeen met 14% van de totale medische zorguitgaven in deze leeftijdsgroep. Voor jongens werd €369 en voor meisjes €320 euro per inwoner aan zorg voor psychische stoornissen uitgegeven.
De zorguitgaven in 2019 voor personen jonger dan 20 jaar bedroegen €10 voor angst-, dwang- en stressstoornissen, €12 voor depressieve stoornissen, bipolaire en overige stemmingsstoornissen, en €14 voor ADHD en overige gedragsstoornissen per inwoner per jaar.

De zorguitgaven voor psychische stoornissen per inwoner per jaar varieerden per leeftijdsgroep van €16 voor de 0-jarigen tot €567 voor de 15- tot en met 19-jarigen (zie Tabel 4.10).

Tabel 4.10 Medische zorguitgaven voor jeugdigen van 0 t/m 19 jaar voor psychische stoornissen in euro's per inwoner per jaar

		Totaal psychische stoornissen*	**Angst-, dwang- en stressstoornissen**	**Depressieve stoornissen, bipolaire en overige stemmingsstoornissen**	**ADHD en overige gedrags-stoornissen**
	Jaartal gegevens	**2019**	**2019**	**2019**	**2019**
	Bron	**RIVM Kosten van ziekten**	**RIVM Kosten van ziekten**	**RIVM Kosten van ziekten**	**RIVM Kosten van ziekten**
	Populatie	**0-19 jaar**	**0-19 jaar**	**0-19 jaar**	**0-19 jaar**
	Cijfer	**Euro per inwoner per jaar**	**Euro per inwoner per jaar**	**Euro per inwoner per jaar**	**Euro per inwoner per jaar**
	Totaal	345	10	12	14
Geslacht	Jongen	369	4	7	19
	Meisje	320	16	19	9
Leeftijd	0 jaar	16	0	0	0
	1-4 jaar	73	0	0	1
	5-9 jaar	308	0	0	6
	10-14 jaar	394	1	0	18
	15-19 jaar	567	34	44	29

* Exclusief dementie en verstandelijke beperking

4.5.3 *Huidige situatie en trends uitval school*

Tekstbox 4.7 Indicatoren voor uitval van school

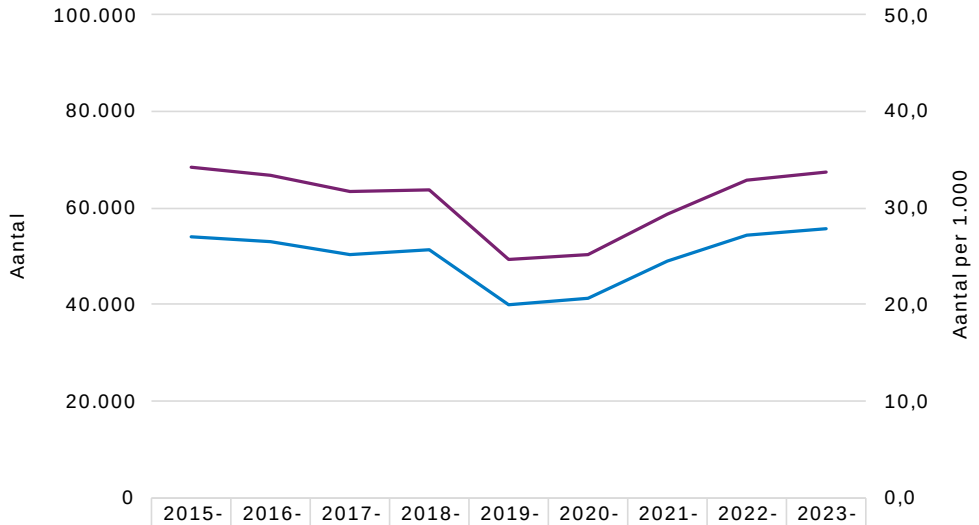
Relatief verzuim is meer dan 16 uur ongeoorloofd verzuim (dat wil zeggen dat een leerling zonder toestemming niet naar school komt of lessen mist) gedurende 4 opeenvolgende lesweken terwijl de leerling wel is ingeschreven op een school.

Vrijstelling onder artikel 5a betreft het aantal leerplichtigen met een vrijstelling omdat zij op lichamelijke of psychische gronden ongeschikt zijn om op een school te worden ingeschreven.

Aantal leerlingen met relatief verzuim

Van de leer- en kwalificatieplichtige leerlingen[7] van 5 tot en met 17 jaar hadden 67.267 leerlingen relatief verzuimd in het schooljaar 2023/2024 (Dienst Uitvoering Onderwijs, 2023/2024; zie Figuur 4.15). Dit betreft 27,9 leerlingen per 1000 leerplichtigen. Het aantal leerlingen met relatief verzuim per 1000 leerplichtigen ging in de schooljaren 2015/2016 tot en met 2023/2024 van 27,0 leerlingen in het schooljaar 2015/2016 naar 20,0 leerlingen in het schooljaar 2019/2020, waarna het ging naar 27,9 leerlingen in het schooljaar 2023/2024 (zie Figuur 4.15).

Figuur 4.15 Leerlingen (aantal en aantal per 1000 leerplichtigen) met relatief verzuim in de periode van schooljaar 2015/2016 t/m 2023/2024



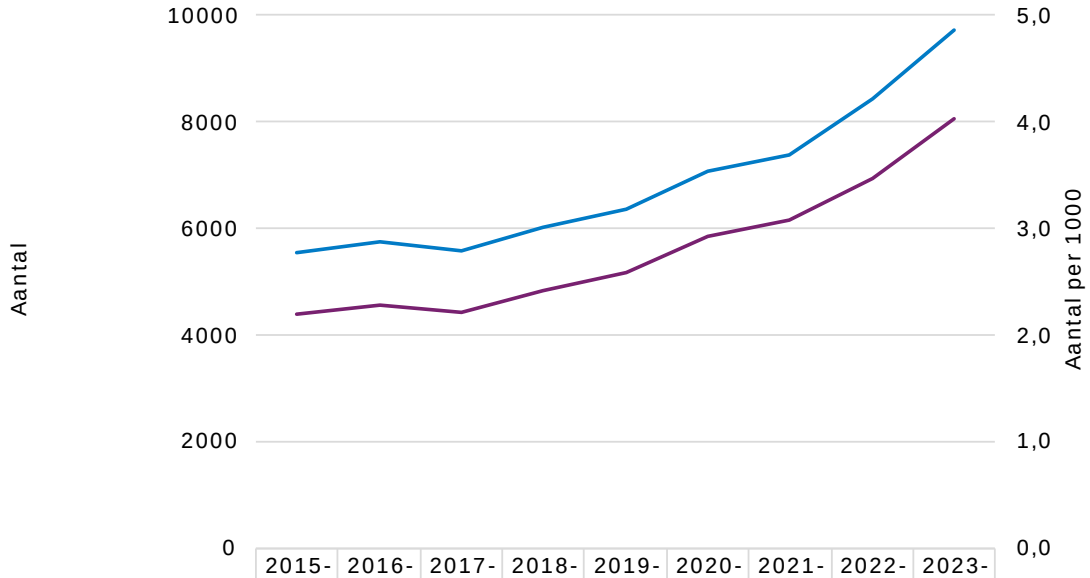
	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024
Aantal	68.262	66.725	63.443	63.732	49.157	50.224	58.859	65.715	67.267
Aantal per 1.000	27,0	26,6	25,2	25,6	20,0	20,7	24,5	27,1	27,9

Bron: DUO

[7] Jongeren zijn leerplichtig in de leeftijd van 5 jaar tot het einde van het schooljaar in het 16e levensjaar. Daarna geldt dat zij tot op de dag dat zij de leeftijd van 18 jaar hebben bereikt kwalificatieplichtig zijn, tenzij de jongere een startkwalificatie heeft behaald (havo- of vwo-diploma, of een mbo-diploma op ten minste niveau 2). De kwalificatieplicht geldt niet voor jongeren die in het bezit zijn van een getuigschrift of een schooldiploma praktijkonderwijs en jongeren die voortgezet speciaal onderwijs in het arbeidsmarktgerichte uitstroomprofiel of het uitstroomprofiel dagbesteding hebben gevolgd (Bron: DUO open onderwijsdata).

Aantal leerlingen met vrijstelling onder 5a
In het schooljaar 2023/2024 hadden 9726 leer- en kwalificatieplichtige leerlingen van 5 tot en met 17 jaar een vrijstelling onder artikel 5a (Dienst Uitvoering Onderwijs, 2023/2024; zie Figuur 4.16). Dit komt overeen met 4,0 leerlingen per 1000 leerplichtigen. Het aantal leerlingen per 1000 leerplichtigen met een vrijstelling onder 5a ging in de schooljaren 2015/2016 tot en met 2023/2024 van 2,2 leerlingen naar 4,0 leerlingen.

Figuur 4.16 Leerlingen (aantal en aantal per 1000 leerplichtigen) met een vrijstelling artikel 5a in de periode van schooljaar 2015/2016 t/m 2023/2024



	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024
Aantal	5537	5736	5576	6022	6361	7083	7389	8422	9726
Aantal per 1000	2,2	2,3	2,2	2,4	2,6	2,9	3,1	3,5	4,0

Bron: DUO

4.5.4 *Huidige situatie en trends ziektelast en sterfte*

Tekstbox 4.8 Indicatoren voor ziektelast en sterfte

Ziektelast als gevolg van psychische en gedragsstoornissen
Ziektelast is de hoeveelheid gezondheidsverlies in een populatie die veroorzaakt wordt door ziekten. De ziektelast wordt uitgedrukt in DALY's ('Disability-Adjusted Life-Years'). Een DALY is opgebouwd uit twee componenten: de jaren geleefd met ziekte waarbij de ernst van de ziekte wordt meegenomen en de jaren verloren door vroegtijdige sterfte. Ziektelast wordt hier gepresenteerd voor alle psychische stoornissen tezamen en voor drie hoofdgroepen van aandoeningen.

Ziektelast als gevolg van totaal psychische en gedragsstoornissen
Ziektelast in DALY's per 1000 inwoners (0 t/m 19 jaar) op basis van ICD10-codes F00-F99, exclusief dementie met ICD10 F-codes (F00-F03, F05.1) en verstandelijke beperking (ICD10-codes F70-F79).

Ziektelast als gevolg van angst-, dwang- en stressstoornissen
Ziektelast in DALY's per 1000 inwoners (0 t/m 19 jaar) op basis van ICD10-codes F40-F43.
Ziektelast als gevolg van bipolaire en depressieve stemmingsstoornissen
Ziektelast in DALY's per 1000 inwoners (0 t/m 19 jaar) per jaar op basis van ICD10-codes F30-F31, F32-F33, F34.0, F34.1, F38.1, F92.0.
Ziektelast als gevolg van ADHD en gedragsstoornissen
Ziektelast in DALY's per 1000 inwoners (0 t/m 19 jaar) per jaar op basis van ICD10-codes F90-F91.

Sterfte
Sterfte als gevolg van psychische stoornissen
Dit cijfer betreft het aantal overledenen per 100.000 inwoners als gevolg van psychische stoornissen (ICD10-codes F00-F99). Zelfdoding valt hier niet onder.
Sterfte als gevolg van zelfdoding
Dit cijfer betreft het aantal overledenen per 100.000 inwoners met als achterliggende doodsoorzaak zelfdoding (ICD10-codes X60-X84).

Ziektelast als gevolg van psychische en gedragsstoornissen
Het aantal verloren gezonde levensjaren (DALY) voor personen jonger dan 20 jaar als gevolg van het totaal van psychische en gedragsstoornissen, exclusief dementie en verstandelijke beperking, bedroeg 15,2 per 1000 inwoners in 2022 (RIVM Ziektelast, 2022; zie Tabel 4.11). De ziektelast voor jongens bedroeg dat jaar 14,1 DALY's en voor meisjes 16,3 DALY's per 1000 inwoners. Per leeftijdsgroep lag in 2022 de ziektelast als gevolg van psychische en gedragsstoornissen tussen 2,4 DALY's voor de 0- tot en met 4-jarigen en 37,7 DALY's voor de 15- tot en met 19-jarigen per 1000 inwoners.

Het aantal verloren gezonde levensjaren (DALY) voor personen jonger dan 20 jaar als gevolg van angst-, dwang en stressstoornissen bedroeg 2,9 per 1000 inwoners in 2022 (RIVM Ziektelast, 2022; zie Tabel 4.11). De ziektelast voor jongens bedroeg dat jaar 2,0 DALY's en voor meisjes 3,8 DALY's per 1000 inwoners. Per leeftijdsgroep lag de ziektelast als gevolg van angst-, dwang en stressstoornissen in 2022 tussen 0,2 DALY's voor de 0- tot en met 4-jarigen en 6,6 DALY's voor de 15- tot en met 19-jarigen per 1000 inwoners.

Het aantal verloren gezonde levensjaren (DALY) voor personen jonger dan 20 jaar als gevolg van bipolaire en depressieve stemmingsstoornissen bedroeg 2,8 per 1000 inwoners in 2022 (RIVM Ziektelast, 2022; zie Tabel 4.11). Voor jongens was dit 1,7 DALY's en voor meisjes 3,9 DALY's per 1000 inwoners. Per leeftijdsgroep lag de ziektelast als gevolg van bipolaire en depressieve stemmingsstoornissen in 2022 tussen 0,1 DALY's voor de 0- tot en met 9-jarigen en 8,8 DALY's voor de 15- tot en met 19-jarigen per 1000 inwoners.

Het aantal verloren gezonde levensjaren (DALY) voor personen jonger dan 20 jaar als gevolg van ADHD en gedragsstoornissen bedroeg 3,5 per 1000 inwoners in 2022 (RIVM Ziektelast, 2022; zie Tabel 4.11). Voor jongens was dit 4,2 DALY's en voor meisjes 2,7 DALY's per 1000

inwoners. Per leeftijdsgroep lag de ziektelast als gevolg van ADHD en gedragsstoornissen in 2022 tussen 0,8 DALY's voor de 0- tot en met 4-jarigen en 5,3 DALY's voor de 10- tot en met 14-jarigen per 1000 inwoners.

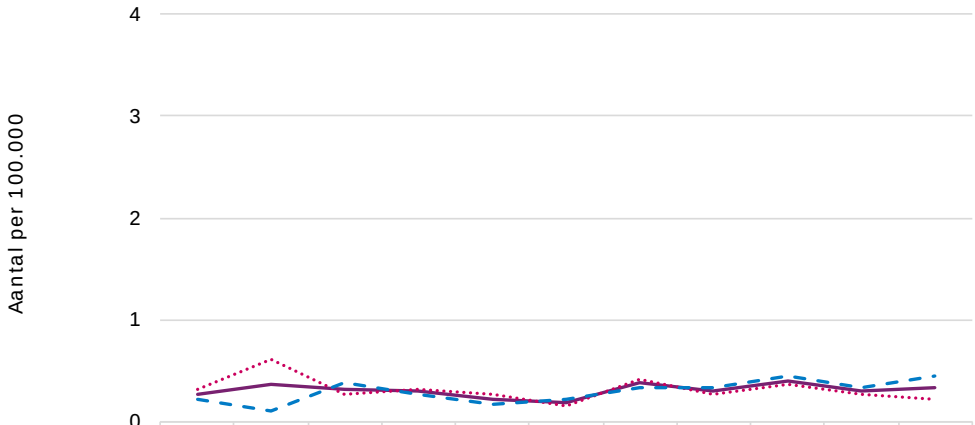
Tabel 4.11 Ziektelast bij personen van 0 t/m 19 jaar als gevolg van psychische en gedragsstoornissen in DALY's per 1000 inwoners

		Totaal psychische en gedrags-stoornissen*	**Angst-, dwang- en stress-stoornissen**	**Bipolaire en depressieve stemmings-stoornissen**	**ADHD en overige gedrags-stoornissen**
	Jaartal gegevens	**2022**	**2022**	**2022**	**2022**
	Bron	**RIVM VZInfo**	**RIVM VZInfo**	**RIVM VZInfo**	**RIVM VZInfo**
	Populatie	**0-19 jaar**	**0-19 jaar**	**0-19 jaar**	**0-19 jaar**
	Cijfer	**DALY's per 1000 inwoners**	**DALY's per 1000 inwoners**	**DALY's per 1000 inwoners**	**DALY's per 1000 inwoners**
	Totaal	15,2	2,9	2,8	3,5
Geslacht	Jongen	14,1	2,0	1,7	4,2
	Meisje	16,3	3,8	3,9	2,7
Leeftijd	0-4 jaar	2,4	0,2	0,1	0,8
	5-9 jaar	5,7	0,9	0,1	3,6
	10-14 jaar	11,4	3,1	1,1	5,3
	15-19 jaar	37,7	6,6	8,8	3,8

* Exclusief dementie en verstandelijke beperking

Sterfte als gevolg van psychische stoornissen
Onder personen jonger dan 20 jaar zijn 12 personen in 2024 overleden als gevolg van psychische stoornissen, waarvan 7 personen in de leeftijd van 15 tot en met 19 jaar (Doodsoorzakenstatistiek, 2024). Dit komt overeen met een sterftecijfer van 0,3 per 100.000 inwoners in de leeftijd van 0 tot en met 19 jaar (zie Figuur 4.17). In de periode 2014 tot en met 2024 was het aantal overledenen per 100.000 jeugdigen onder 20 jaar als gevolg van psychische stoornissen tussen de 0,2 en 0,4 (zie Figuur 4.17).

Figuur 4.17 Aantal overledenen als gevolg van psychische stoornissen per 100.000 inwoners tot 20 jaar in de periode 2014 t/m 2024

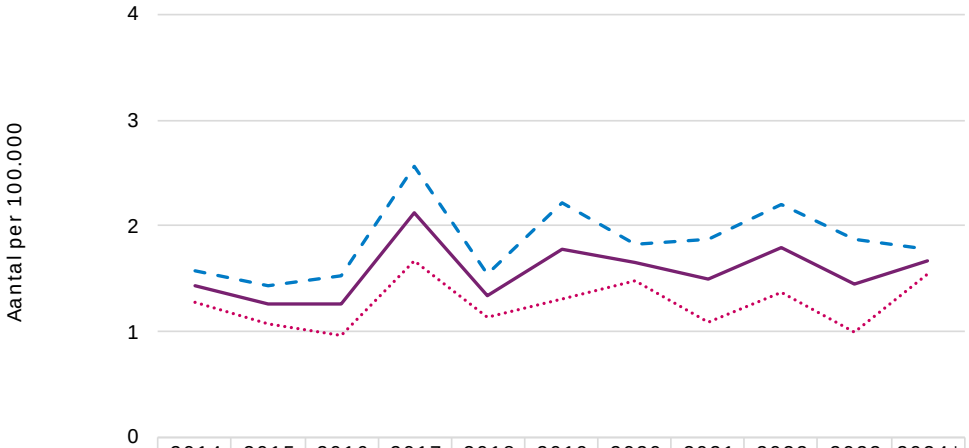


	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Totaal	0,3	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2	0,4	0,3	0,4	0,3	0,3
Jongen	0,3	0,6	0,3	0,3	0,3	0,2	0,4	0,3	0,4	0,3	0,2
Meisje	0,2	0,1	0,4	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4

* Voorlopige cijfers
Bron: Doodsoorzakenstatistiek

Sterfte als gevolg van zelfdoding
Onder personen jonger dan 20 jaar zijn 62 personen in 2024 overleden als gevolg van zelfdoding, waarvan 14 personen van 10 tot en met 14 jaar en 48 personen van 15 tot en met 19 jaar (Doodsoorzakenstatistiek, 2024). Dit komt overeen met een sterftecijfer van 1,7 per 100.000 inwoners in de leeftijd van 0 tot 20 jaar (zie Figuur 4.18). In de periode 2014 tot en met 2024 was het aantal overledenen als gevolg van zelfdoding per 100.000 inwoners onder 20 jaar tussen de 1,3 en 2,1 (zie Figuur 4.18).

Figuur 4.18 Aantal overledenen als gevolg van zelfdoding per 100.000 inwoners tot 20 jaar in de periode 2014 t/m 2024



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Totaal	1,4	1,3	1,3	2,1	1,3	1,8	1,6	1,5	1,8	1,4	1,7
Jongen	1,6	1,4	1,5	2,6	1,5	2,2	1,8	1,9	2,2	1,9	1,8
Meisje	1,3	1,1	1,0	1,7	1,1	1,3	1,5	1,1	1,4	1,0	1,5

*Voorlopige cijfers
Bron: Doodsoorzakenstatistiek

4.5.5 *Duiding gevolgen mentale (on)gezondheid*

Hieronder staat samengevat wat er door de experts is ingebracht over de duiding van bovenstaande resultaten.

Gehanteerde cijfers over gevolgen mentale (on)gezondheid zijn lastig te duiden

De experts gaven aan dat het om meerdere redenen heel lastig voor hen is om de beschikbare cijfers over de gevolgen van mentale (on)gezondheid te interpreteren. Allereerst hadden experts twijfels over de juistheid en betekenis van de cijfers. Bij sommige cijfers is er volgens hen mogelijk sprake van registratiefouten, soms staan specifieke en generieke cijfers door elkaar en er soms worden classificaties gehanteerd zonder diagnose. Ten tweede vonden zij de cijfers vaak weinig gedetailleerd of onvoldoende uitgewerkt. Zo wordt er bijvoorbeeld geen onderscheid gemaakt naar de aard van de jeugdhulp (gaat het over hulp bij dyslexie of over intensieve jeugdhulp) of naar het type aandoening. Ten derde vroegen de experts zich af of de gehanteerde indicatoren wel voldoende specifiek zijn om de gevolgen van mentale (on)gezondheid te meten. Zo zijn over schoolverzuim geen cijfers beschikbaar waarbij een onderscheid gemaakt kan worden naar mentale gezondheid. Tot slot misten sommige experts een aantal cijfers die wel beschikbaar zouden zijn, zoals cijfers over suïcidale gedachten en medicatiegebruik voor mentale problemen. Experts stelden daarom dat het interpreteren van de cijfers over de gevolgen van mentale (on)gezondheid met de nodige voorzichtigheid en kanttekeningen zou moeten gebeuren.

Zorg over overmatige classificaties en labelen

Volgens experts krijgen jeugdigen soms een classificatie om toegang tot ondersteuning of financiering te krijgen, terwijl er geen klinische diagnose is gesteld. Daarbij legden de experts een verband tussen het

toekennen van een label en de manier waarop bekostiging is geregeld. Bijvoorbeeld: in het onderwijs kan extra budget beschikbaar komen zodra een leerling een bepaald label krijgt. Dit kan ertoe leiden dat cijfers per gemeente verschillen, afhankelijk van hoe gemeenten hiermee omgaan. Omgekeerd kan er ook sprake van onderdiagnose zijn, wanneer professionals juist voorzichtig zijn met het toekennen van een label omdat iemand dat een heel leven bij zich draagt. Door deze verschillen in classificatie geven cijfers over zorggebruik volgens experts niet altijd een realistische weergave van werkelijke verschillen en trends in mentale problematiek. Experts gaven aan dat overmatige classificatie bovendien kan leiden tot een *self fulfilling prophecy.* Als een jeugdige eenmaal een label krijgt, kan dat invloed hebben op hoe hij of zij zichzelf ziet, hoe anderen naar hem of haar kijken, en op de motivatie om aan herstel te werken.

Genderongelijkheid in zorggebruik
Experts noemden dat meisjes (steeds) vaker dan jongens gebruik lijken te maken van huisartsenzorg, terwijl jongens vaker dan meisjes jeugdhulp lijken te krijgen.
Mogelijk speelt bij de verschillen in zorggebruik tussen jongens en meisjes een mismatch tussen mentale problemen en het zoeken van hulp een rol. Experts zagen bijvoorbeeld in praktijk dat meisjes meer hulp vragen voor mentale ongezondheid, terwijl jongens juist vaker uitvallen op school.
Daarnaast kunnen gendernormen een rol spelen. Zo worden bijvoorbeeld ADHD en autisme vaak eerder herkend bij jongens dan bij meisjes omdat deze zich bij meisjes anders kunnen uiten en diagnostische criteria veelal op jongens zijn gebaseerd. Om verschillen in zorggebruik beter te kunnen begrijpen vonden experts het belangrijk om meer gedetailleerd inzicht te krijgen in de aard van de geboden zorg en de onderliggende problematiek.

Toegankelijkheid zorgsysteem speelt belangrijke rol
Volgens de experts zijn de wachttijden voor ondersteuning vaak lang, waardoor de diagnose kan verergeren of kan veranderen. Als de hulp dan uiteindelijk start, sluit deze soms niet goed meer aan bij de situatie van de jeugdige. Ondersteuningstrajecten zijn dan niet (meer) effectief of bevredigend en jeugdigen voelen zich dan soms niet serieus genomen. Sommige experts leggen een verband met het aantal suïcides onder jeugdigen van 15 tot en met 19 jaar. Mogelijk hebben zij lang moeten wachten op hulp en zijn zij daarna teleurgesteld door de hulp ze kregen. Daarbij wordt door de experts aangegeven dat 40% van de suïcides plaatsvindt terwijl de persoon in zorg is [27,28].

Toename jeugdhulp en zorguitgaven kunnen meer oorzaken hebben
Het aantal jeugdigen dat gebruik maakt van jeugdhulp staat niet gelijk aan het aantal jeugdigen dat behoefte heeft aan jeugdhulp. Een stijging in het gebruik van jeugdhulp kan volgens experts duiden op meer mentale problemen, maar ook op een groter aanbod of betere toegankelijkheid van hulp. Volgens de experts is een toename in hulpgebruik niet per se negatief, zolang de hulp goed aansluit bij wat de jeugdigen nodig hebben.
De stijgende kosten van jeugdhulp kunnen, volgens de experts, deels worden verklaard door de inzet van duurdere individuele trajecten in

plaats van collectieve aanpakken, zoals bij dyslexiezorg. Daarbij zorgen de verdeling van zorg over verschillende gemeenten en de decentralisatie voor een onoverzichtelijke situatie. Verschillen in het zorgaanbod tussen gemeenten hebben invloed op het gebruik van zorg en zijn mogelijk mede verantwoordelijk voor de grote variatie in gemeentelijke kosten voor jeugdhulp.
Het bleek lastig voor de experts om zorguitgaven voor psychische stoornissen precies te koppelen aan specifieke diagnoses. Voor het duiden van de uitgaven vonden experts het belangrijk om te weten om welke hulp dit gaat en wat deze hulp oplevert.

4.6 Beleidsaanbevelingen voor mentale gezondheid kinderen en adolescenten volgens experts

Kies voor een systeemgerichte benadering
De mentale gezondheid van jeugdigen wordt gevormd in de context van het gezin, de school, de sociale en fysieke woon- en leefomgeving, en de bredere samenleving als geheel. Daarom is het belangrijk dat interventies en beleid zich niet (alleen) op de jeugdigen zelf richten, maar ook op ouders, scholen, (sport)verenigingen, (jeugd)zorg, de directe leefomgeving en de bredere samenleving. De experts pleitten voor een verschuiving van een individuele naar meer een collectieve aanpak. Niet alle hulp hoeft via individuele zorg te verlopen. Er is juist meer collectieve, preventieve en netwerkgerichte ondersteuning nodig. Dit vraagt structurele acties en samenwerking tussen verschillende domeinen, in plaats van losse en kortdurende initiatieven die niet goed op elkaar aansluiten. Experts raadden vooral aan om de pedagogische driehoek (jeugdige-ouder-school) te versterken omdat een positieve opvoeding en een veilige, inclusieve omgeving cruciaal wordt gevonden voor de ontwikkeling van mentaal gezonde jeugdigen.
Deze systeemgerichte benadering werd gezien als een overkoepelend uitgangspunt en vormde de basis voor de andere aanbevelingen die de experts belangrijk vonden.

Versterk mentale gezondheid vóórdat er problemen ontstaan
Jeugdigen hebben baat bij een veilige, stimulerende omgeving waarin ze leren omgaan met stress, tegenslag en sociale druk. Beschermende factoren zouden centraal moeten staan: wat houdt jeugdigen mentaal sterk? Waarom gaat het wel goed bij sommigen? Experts noemden het bevorderen van mentale gezondheidsvaardigheden, een positief zelfbeeld, veerkracht, *self-efficacy*, empathisch vermogen, probleemoplossend vermogen en weerbaarheid. Volgens experts kon worden ingezet op het versterken van positieve ervaringen via bijvoorbeeld sport, creatieve activiteiten, en betekenisvolle relaties. Ook dachten zij aan talentontwikkeling en het ‘leren leuk maken’ om bijvoorbeeld stress door schoolwerk te voorkómen.

Maak school een plek voor sociaal én mentaal leren
Scholen spelen een cruciale rol in de mentale ontwikkeling van jeugdigen. Mentale gezondheid verdient volgens experts een vaste en verplichte plek in het curriculum, net als rekenen en taal. Denk aan lessen in sociaal-emotionele vaardigheden, lessen over sociale relaties, ruimte voor zingeving en aandacht voor het proces van leren in plaats van alleen prestaties. Een veilig en inclusief pedagogisch schoolklimaat –

waarin leerlingen zich gezien en ondersteund voelen – is de basis. Scholen kunnen ook bruggen slaan met buitenschoolse initiatieven (sport, cultuur, scouting, jongerenwerk) en lokale verenigingen en netwerken.

Mix en match voor interventies
Experts stelden dat verschillende groepen jeugdigen verschillende vormen van aandacht nodig hebben. Zij noemden bijvoorbeeld jeugdigen zonder steunfiguren of met een complexe thuissituatie. Het is belangrijk dat zij passende ondersteuning krijgen, ook als ze daar zelf niet om vragen. Beleidsmakers moeten deze verschillen serieus nemen: interventies moeten aansluiten bij gender, leeftijd, achtergrond en de situatie waarin een jeugdige leeft. Een goede aanpak bestaat volgens de experts uit een mix van zowel universele als selectieve interventies en maatregelen. Dat betekent: programma's voor alle jongeren én specifieke ondersteuning voor jongeren die extra hulp nodig hebben.

Zet de kracht van jeugdigen zelf in
De toenemende invloed van leeftijdsgenoten is een belangrijk kenmerk van de adolescentie. Sterke sociale netwerken binnen en buiten school (sport, online, buurt) kunnen volgens experts niet alleen een vangnet, maar ook een buffer zijn tegen mentale druk. *Peer-to-peer* interventies, positieve *influencers* en jeugdigen die zelf *communities* bouwen kunnen krachtige pijlers zijn in een mentale gezondheidsaanpak. Door jeugdigen mede-eigenaar te maken van de oplossing – en aan te sluiten bij hun taal en belevingswereld – ontstaat verbinding en betrokkenheid.

Leer jeugdigen én ouders omgaan met digitale druk
Sociale media hebben grote invloed op het referentiekader en zelfbeeld van jeugdigen. Een preventieve aanpak richt zich volgens experts daarom op mediawijsheid – van jongs af aan, met een voorbeeldrol voor ouders, (andere) opvoeders, scholen en beleidsmakers. Campagnes, tools en educatie moeten zich richten op bewustwording van de invloed van socialemediagebruik en gezonde schermtijd op mentale gezondheid, het leren omgaan met (de druk en verleiding van) sociale media en alternatieven, zoals ontspannen in offline tijd.

Herijken inzet op bewustwording, normaliseren en vroegtijdige signalering
Publiekscampagnes richten zich veelal op het doorbreken van het taboe rondom mentale problemen. De experts pleitten voor het herijken van deze campagnes die mentale gezondheid meer bespreekbaar maken. Het gesprek over mentale gezondheid moet positief gemaakt worden: mentale gezondheid gaat niet alleen over problemen. Hierbij moeten deze campagnes zich wel (blijven) richten op vroege herkenning, maar niet op onnodig problematiseren van mildere of tijdelijke klachten. Gevoelens van angst en somberheid horen bij het leven. Het is belangrijk om duidelijkheid te geven en te krijgen over wat en wanneer dat 'problematisch' is en wat en wanneer niet. Tegelijkertijd benadrukten experts dat voorkomen moet worden dat het stigma wordt versterkt dat de jeugd onvoldoende veerkracht zou hebben, en dat deze veerkracht vooral individueel versterkt moet worden.

Maak hulp toegankelijk, licht en op maat
Hulp moet voor iedere jeugdige toegankelijk en passend zijn. Niet elke jeugdige met zorgen heeft zware zorg nodig. Experts vonden dat daarom hulp beschikbaar moet zijn op verschillende niveaus: van preventieve steun en hulp in de school tot laagdrempelig maatschappelijk werk en gespecialiseerde zorg waar nodig. Huisartsen, scholen en ouders spelen volgens experts een sleutelrol in tijdige signalering en toeleiding. Scholen kunnen doorvragen bij uitval en een vertrouwenspersoon inschakelen, en samenwerking met partners organiseren om een leerling te helpen. Afstand tot de hulp kan kleiner worden gemaakt door *outreachend* te werken, bijvoorbeeld door deze hulp in de school te organiseren.
Experts stelden dat de toegang tot hulp en zorg duidelijk en mensgericht moet zijn, zonder stigmatisering of onnodige etiketten. Dat betekent ook minder incentives aan ‘labels’ hangen. Een goede jeugdzorg begint met luisteren en de jeugdige echt zien. Dat betekent investeren in de relatie en kijken naar de context, en niet het invullen van lijstjes. De hulp kan vervolgens worden afgestemd op ernst en context: kortdurend, specialistisch, systeemgericht.

Verdere verbetering van monitoring en informatie voor effectief beleid
Het ontwikkelen van effectief beleid dient niet alleen op basis van cijfers plaats te vinden. Experts constateerden verschillende witte vlekken in de gepresenteerde cijfers over mentale gezondheid, welke volgens experts aangevuld moeten worden voor een meer compleet beeld. Verder wensten zij dat deze monitoring structureel plaats gaat vinden om beter zicht op de trends te krijgen en bijvoorbeeld om ontwikkelingen in gender(on)gelijkheid te monitoren. Tegelijk hadden experts behoefte aan meer verdiepend en gedifferentieerd onderzoek. Het gaat dan om kwantitatief onderzoek zoals meer verklarende analyses, multivariate analyses met meer factoren tegelijkertijd en clusteranalyses om te kijken naar stapeling van factoren; maar ook om kwalitatief onderzoek naar bijvoorbeeld denkbeelden, of het beter begrijpen van werkingsmechanismen en/of uitingsvormen bij specifieke subgroepen. Tevens werden suggesties gedaan voor innovatieve vormen van dataverzameling en de koppeling van databronnen (zoals CBS, school- en zorgdata). Langdurige structurele monitoring en verdiepend onderzoek helpen om te begrijpen waar verbetering gewenst is, wát werkt, voor wie, en waarom. Dit draagt bij aan een steeds betere onderbouwing en daarmee effectiviteit van beleid.

5 De mentale gezondheid van jongvolwassenen

Dit hoofdstuk start in Paragraaf 1 met een samenvatting van de bevindingen in de vorm van kernboodschappen. Vervolgens wordt in Paragraaf 2 de populatie beschreven waar het hoofdstuk over gaat. In Paragraaf 3 worden de meest recente cijfers en de belangrijkste ontwikkelingen (trends) in de mentale gezondheid gegeven. In Paragraaf 4 wordt ingegaan op de resultaten van de verdiepende analyses, waarbij is gekeken naar de samenhang tussen de factoren en mentale gezondheid. In Paragraaf 5 wordt gekeken naar de belangrijkste gevolgen van mentale (on)gezondheid. De resultaten in de Paragrafen 3 tot en met 5 zijn geduid met 17 experts. Het hoofdstuk sluit in Paragraaf 6 af met aanbevelingen voor beleid, aangedragen door de experts. De duidingsinformatie per deelpopulatie is gebaseerd op expert opinion en is niet door de onderzoekers in de literatuur gecheckt, zie hiervoor Hoofdstuk 10.

5.1 Kernboodschappen voor de mentale gezondheid van jongvolwassenen

5.1.1 Huidige situatie en trends

- Acht op de 10 jongvolwassenen (16 t/m 25 jaar) is tevreden over het leven en voldoende weerbaar. Meer dan de helft heeft voldoende veerkracht, tegelijk heeft ruim de helft last van angst- of depressiegevoelens. Een of de 5 jongvolwassenen is beperkt door emotionele problemen en 1 op de 9 is sterk eenzaam. Experts vinden dit zorgelijk, maar geven ook aan dat een deel van deze klachten mogelijk van tijdelijke of milde aard is en bij het leven hoort.
- Er zijn verschillen in mentaal welbevinden en mentale problemen tussen jongvolwassen mannen en vrouwen. Mannen geven vaker aan weer snel te herstellen na een moeilijke periode en voldoende weerbaar te zijn. Vrouwen rapporteren vaker mentale problemen. Volgens experts spelen hier mogelijk de gebruikte meetmethoden een rol, die meer gericht lijken op het meten van internaliserende problemen die vaker bij vrouwen voorkomen dan bij mannen.
- Er lijkt een daling te zijn in de mentale gezondheid van jongvolwassenen tijdens de coronapandemie. Sindsdien is de mentale gezondheid nog niet op het niveau van vóór de coronapandemie. Echter het effect van de coronapandemie komt minder duidelijk naar voren uit deze data dan de experts verwachtten.
- Experts zien verschillende tekortkomingen bij de gebruikte methoden en monitoring van mentale gezondheid van jongvolwassenen. Ze maken zich vooral zorgen over de representativiteit door het ontbreken van meerdere subgroepen, zoals LHBTQIA+ en groepen die minder vaak vragenlijsten invullen.

5.1.2 Samenhangende factoren

- Een matig tot zeer slecht ervaren gezondheid hangt sterk samen met zowel lagere levenstevredenheid als met meer angst- of depressiegevoelens. Dit kan deels komen doordat ervaren gezondheid ook de mentale gezondheid reflecteert.
- Er zijn verschillen tussen mannen en vrouwen in de samenhang van enkele factoren met levenstevredenheid, of angst- of depressiegevoelens. Eerste inkomenskwintiel, cannabisgebruik en gebrek aan dagelijks sociaal contact hangen alleen samen met lagere levenstevredenheid en/of meer angst- of depressiegevoelens onder vrouwen. Geen betaald werk hebben, alleenstaand of alleenstaande ouder zijn en zich (een beetje) onveilig voelen (samenhang niet onderzocht met angst- of depressiegevoelens) hangen alleen samen met lagere levenstevredenheid en/of meer angst- of depressiegevoelens onder mannen.
- Voldoen aan de beweegrichtlijn hangt niet samen met angst- of depressiegevoelens, de samenhang met levenstevredenheid is niet onderzocht. Experts denken dat er mogelijk wel een samenhang is met andere maten voor bewegen of sporten.
- Roken en wonen in een (grote) stad hangen niet samen met levenstevredenheid en angst- of depressiegevoelens.
- Zwaar drinken hangt samen met *meer* levenstevredenheid en bij mannen ook met *minder* angst- of depressiegevoelens. Volgens experts speelt mogelijk hier een sterke sociale component mee, zoals alcoholgebruik met vrienden of bij vereniging.
- Bestaanszekerheid is volgens experts een belangrijke factor voor de mentale gezondheid van jongvolwassenen. Dit blijkt ook uit de samenhang van zorgen over financiële toekomst, eerste inkomenskwintiel en gebrek aan betaald werk met een lagere levenstevredenheid en/of meer angst- of depressiegevoelens.
- Gegevens over relevante factoren en onderlinge samenhang ontbreken. Er is volgens experts meer informatie nodig over onder andere de rol van sociale media, de overgang tussen levensfases bij jongvolwassenen, en de onderlinge samenhang tussen factoren. In werkelijkheid is de invloed van factoren op mentale gezondheid waarschijnlijk een complex samenspel.

5.1.3 Gevolgen van mentale (on)gezondheid

- Een op de 4 jongvolwassen huisartspatiënten had in 2023 contact met de huisartsenpraktijk vanwege psychische problemen. Van de jongvolwassen huisartspatiënten had 5,3% contact vanwege angstige, nerveuze of gespannen gevoelens of angst en 4,3% vanwege depressieve gevoelens of depressie.
- De medische zorguitgaven voor het totaal aan psychische stoornissen, exclusief dementie en verstandelijke beperking, bedroegen €583 per inwoner per jaar voor personen van 15 tot en met 24 jaar in 2019.
- Onder 15- tot en met 24-jarige werknemers in 2024 werd 4,5% van het meest recente ziekteverzuim in het afgelopen jaar veroorzaakt door psychische klachten, overspannenheid of burn-out. Er is volgens experts meer inzicht nodig in verzuim op werk en school door mentale problemen.

- Ziektelast als gevolg van psychische en gedragsstoornissen, exclusief dementie en verstandelijke beperking, was 52,8 DALY's per 1000 inwoners van 15 tot en met 24 jaar in 2022.
- Onder 15- tot en met 24-jarigen zijn in 2024 148 personen overleden als gevolg van zelfdoding. Er zijn relatief meer zelfdodingen onder mannen dan onder vrouwen. Er zijn 31 personen in 2024 overleden als gevolg van psychische stoornissen onder 15- tot en met 24-jarigen.
- De expert hebben meer informatie nodig om cijfers over gevolgen van mentale (on)gezondheid goed te kunnen interpreteren. Experts missen onder andere informatie over zorgkosten vanuit het gemeentelijk domein, inflatie en stijgende zorgkosten en uitkeringen.

5.1.4 Aanbevelingen van experts

- Normaliseer het onderwerp mentale gezondheid. Maak mentale gezondheid bespreekbaar en laat daarbij weten dat het ook normaal is om niet altijd goed in je vel te zitten.
- Versterk mentale gezondheid vóórdat er problemen ontstaan. Zet in op preventie van mentale problemen en vroegsignalering voor als er wel problemen ontstaan.
- Geef onderwijs een rol in verbetering van mentale gezondheid. Bijvoorbeeld via lessen over mentale gezondheid en het bevorderen van signalering door docenten.
- Zet rolmodellen in. Bijvoorbeeld influencers die positieve boodschappen uitdragen.
- Zorg voor plekken waar jongvolwassenen terecht kunnen voor verbinding (met peers) en laagdrempelige hulp.
- Kijk breder dan het individu. Zie mentale klachten ook als signaal over wat er in de gehele doelgroep en de samenleving speelt.
- Zet de kracht van jongvolwassenen zelf in. Laat hen het beleid mede vormgeven en geef hen zo eigen regie.
- Verbeter toegankelijkheid van zorg, maar pas op met labels om zorg gefinancierd te krijgen. De ggz moet volgens de experts toegankelijker worden voor acute en ernstige problematiek.
- Zet in op verdere verbetering van monitoring en informatie voor effectief beleid. Zorg dat jongvolwassenen daarbij goed in beeld blijven.

5.2 Jongvolwassenen in Nederland

Op 1 januari 2025 woonden er 2,25 miljoen jongvolwassenen van 16 tot en met 25 jaar in Nederland, dat is 12,5% van de totale Nederlandse bevolking. Hiervan is 51,0% man en 49,0% vrouw (Bevolkingsstatistiek, 2025). Jongvolwassenen bevinden zich in een periode van hun leven met veel grote veranderingen, zoals de overgang van de middelbare school naar een vervolgopleiding, de overgang van studeren naar werken, op jezelf gaan wonen en/of een relatie aangaan.

5.3 Mentale gezondheid van jongvolwassenen: huidige situatie en trends

Deze paragraaf beschrijft de mentale gezondheid van jongvolwassenen aan de hand van tien indicatoren voor mentaal welbevinden, mentale problemen en psychische aandoeningen (zie Tekstboxen 5.1 t/m 5.3). De gebruikte data zijn afkomstig uit Sociale Samenhang en Welzijn (SSW) (2024), Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen (GMJV) (2024), Gezondheidsenquête (GE) (2024) en NEMESIS-3 (2019/2022). Sommige databronnen betreffen een deel van de deelpopulatie jongvolwassenen. Wanneer dit van toepassing is, wordt dit bij de resultaten aangegeven.

5.3.1 Huidige situatie en trends in mentaal welbevinden

Tekstbox 5.1 Indicatoren mentaal welbevinden

Levenstevredenheid is gemeten met de vraag 'Kunt u op een schaal van 1 tot en met 10 aangeven in welke mate u tevreden bent met het leven dat u nu leidt?. Een 1 voor volledig ontevreden en 10 voor volledig tevreden'. Een cijfer van 7 tot en met 10 betekent tevreden.

Na een moeilijke periode herstellen is gemeten met de stelling 'Na een moeilijke periode herstel ik meestal weer snel.' Deze indicator betreft het percentage mensen dat aangeeft het 'eens' of 'helemaal eens' te zijn met deze stelling.

Weerbaarheid is gemeten met acht uitspraken over opkomen voor jezelf en het maken van keuzes op een 5-puntsschaal, variërend van (1) 'helemaal oneens' tot (5) 'helemaal eens'. Een gemiddelde score (range 1 t/m 5) van meer dan 3 betekent voldoende weerbaar.

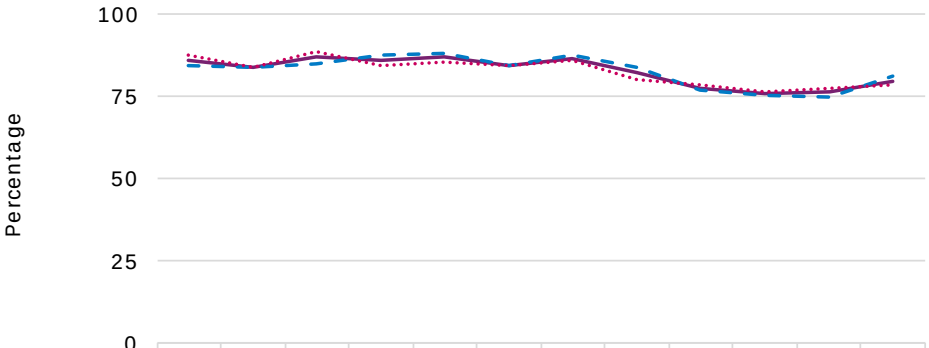
Levenstevredenheid
8 op de 10 (79,8%) jongvolwassenen (16 t/m 25 jaar) waren tevreden over hun huidige leven in 2024 (SSW, 2024; zie Tabel 5.1). Dit percentage bedroeg 81,0% bij mannen en 78,5% bij vrouwen. Het aandeel jongvolwassenen dat tevreden is over het eigen leven varieerde sinds 2013 (zie Figuur 5.1). In 2015 en 2017 was dit percentage het hoogst (86,8%) en in 2022, tijdens de coronapandemie, het laagst (75,8%). Dit patroon is voor mannen en vrouwen vergelijkbaar, zij het dat voor mannen het percentage in 2023, na de coronapandemie, het laagste was (74,8%).

Tabel 5.1 Huidige situatie voor de drie indicatoren voor mentaal welbevinden bij jongvolwassenen

		Levenstevredenheid		Herstelt meestal weer snel na een moeilijke periode		Voldoende weerbaar	
	Jaartal gegevens	**2024**		**2024**		**2024**	
	Bron	**SSW**		**GMJV**		**GMJV**	
	Populatie	**16-25 jaar**		**16-25 jaar**		**16-25 jaar**	
	Cijfer		**%**		**%**		**%**
	Totaal		79,8		57,9		83,1
Geslacht / gender	Man		81,0		66,0		87,5
	Vrouw		78,5		50,5		79,1
	Anders dan man of vrouw		-		27,6		66,6
Leeftijd	16-17 jaar		-		60,7		82,5
	18-20 jaar		-		58,2		83,3
	21-25 jaar		-		57,0		83,2
Opleidingsniveau	Basisonderwijs, vmbo, mbo1		-		46,8		80,1
	Havo, vwo, mbo2-4		-		56,4		83,2
	Hbo, wo		-		62,6		83,7

-: geen gegevens beschikbaar

Figuur 5.1 Percentage jongvolwassenen dat tevreden is over het eigen leven in de periode 2013 t/m 2024



	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totaal	86,2	83,9	86,8	85,8	86,8	84,5	86,7	82,1	77,7	75,8	76,2	79,8
Man	84,5	84,1	84,9	87,4	88,1	84,6	87,5	83,9	76,9	75,3	74,8	81,0
Vrouw	87,8	83,7	88,9	84,2	85,4	84,4	85,8	80,2	78,5	76,2	77,6	78,5

Bron: SSW

Herstellen na een moeilijke periode
Van de jongvolwassenen (16 t/m 25 jaar) gaf 57,9% aan meestal weer snel te herstellen na een moeilijke periode in 2024 (GMJV, 2024; zie Tabel 5.1). Het aandeel jongvolwassenen dat aangaf meestal weer snel te herstellen verschilt per gender. Dit was 66,0% onder mannen, 50,5% onder vrouwen en 27,6% onder mensen met een gender anders dan man of vrouw. Cijfers opgesplitst naar leeftijd en opleidingsniveau staan in Tabel 5.1. Er zijn geen trendcijfers voor veerkracht beschikbaar.

Weerbaarheid
Ruim 8 op de 10 (83,1%) jongvolwassenen (16 t/m 25 jaar) in 2024 was voldoende weerbaar (GMJV, 2024; zie Tabel 5.1). Het percentage voldoende weerbare jongvolwassenen was 87,5% onder mannen, 79,1% onder vrouwen en 66,6% onder mensen met een gender anders dan man of vrouw. Cijfers opgesplitst naar leeftijd en opleidingsniveau staan in Tabel 5.1. Er zijn geen trendcijfers voor weerbaarheid beschikbaar.

5.3.2 *Huidige situatie en trends in mentale problemen*

Tekstbox 5.2 Indicatoren mentale problemen

Angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken is gemeten met de Mental Health Inventory-5 (MHI-5). De MHI-5 bevat vijf vragen die gaan over hoe men zich in de afgelopen 4 weken voelde: ‘Voelde u zich erg zenuwachtig?’, ‘Zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken?’, ‘Voelde u zich kalm en rustig?’, ‘Voelde u zich neerslachtig en somber?’ en ‘Voelde u zich gelukkig?’. Er zijn 6 antwoorden mogelijk, variërend van (0) ‘nooit’ tot (5) ‘voortdurend’. Een somscore van 76 of lager (range 0-100) duidt op de aanwezigheid van angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken [9–11].

Beperkt voelen door emotionele problemen in uw opleiding, werk of andere dagelijkse bezigheden is gemeten met de vraag 'Als u denkt aan uw werk of andere dagelijkse bezigheden, heeft u dan door een

emotioneel probleem (bijvoorbeeld doordat u zich depressief of angstig voelde) in de afgelopen 4 weken minder bereikt dan u zou willen?'. Sinds 2021 staat bij de 16- tot en met 18-jarigen 'uw opleiding, werk' in plaats van 'werk'. Antwoordmogelijkheden zijn 'ja' en 'nee'.

Sterk eenzaam is gemeten met een verkorte versie van de eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld, bestaande uit zes uitspraken over sociale en emotionele eenzaamheid zoals 'Ik mis mensen om me heen' en 'Vaak voel ik me in de steek gelaten'. Er zijn drie antwoorden mogelijk: 'ja', 'min of meer' en 'nee'. Een somscore van 5 of 6 betekent sterk eenzaam (range 0-6) [13].

Angst- of depressiegevoelens

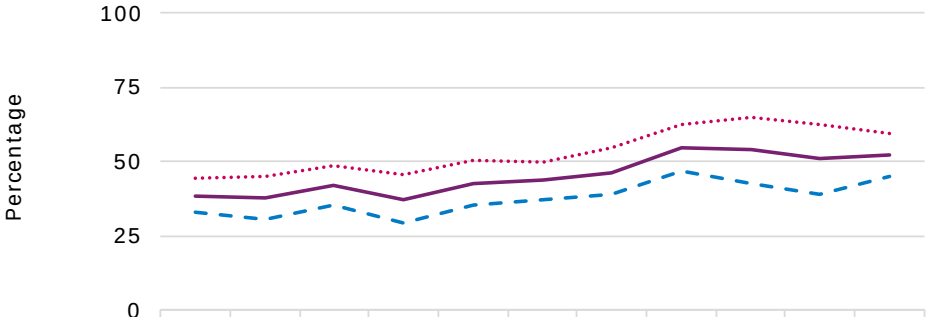
Ruim de helft (52,0%) van de jongvolwassenen (16 t/m 25 jaar) had angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken in 2024 (GE, 2024; zie Tabel 5.2). Het percentage met angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken is hoger onder vrouwen (59,2%) dan mannen (44,9%). Het aandeel jongvolwassenen met angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken varieert sinds 2014 (zie Figuur 5.2). In 2017 was dit percentage het laagst (37,3%) en in 2021, tijdens de coronapandemie, het hoogst (54,8%). Dit patroon is vergelijkbaar voor mannen. Voor vrouwen was het aandeel met angst- of depressiegevoelens het laagst in 2014 (44,5%) en het hoogst in 2022 (65,0%).

Tabel 5.2 Huidige situatie voor de drie indicatoren voor mentale problemen bij jongvolwassenen

		Angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken	Beperkt voelen door emotionele problemen in de afgelopen 4 weken	Sterk eenzaam
	Jaartal gegevens	**2024**	**2024**	**2024**
	Bron	**GE**	**GE**	**SSW**
	Populatie	**16-25 jaar**	**16-25 jaar**	**16-25 jaar**
	Cijfer	**%**	**%**	**%**
	Totaal	52,0	21,0	11,2
Geslacht	Man	44,9	19,5	8,6
	Vrouw	59,2	22,5	14,0
Opleidingsniveau	Basisonderwijs, vmbo, mbo1	-	-	-
	Havo, vwo, mbo2-4	-	-	10,5
	Hbo, wo	-	-	11,7

-: geen gegevens beschikbaar

Figuur 5.2 Percentage jongvolwassenen met angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken in de periode 2014 t/m 2024



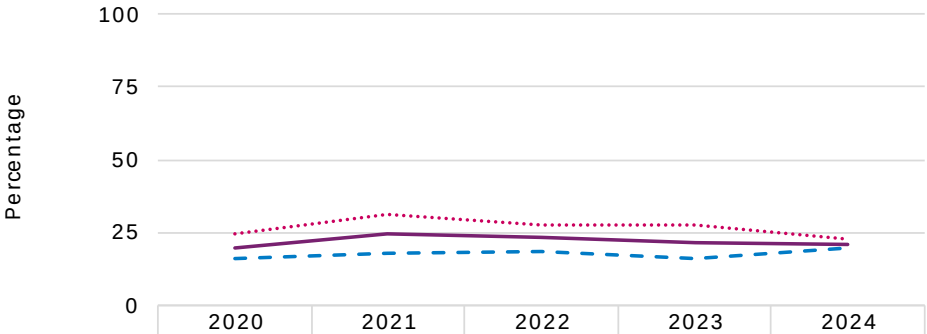
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totaal	38,5	37,5	41,9	37,3	42,7	43,5	46,4	54,8	53,7	50,8	52,0
Man	32,7	30,2	35,5	29,2	35,2	37,3	39,0	47,0	42,6	39,1	44,9
Vrouw	44,5	44,9	48,6	45,7	50,3	49,8	54,4	62,6	65,0	62,6	59,2

Bron: GE

Beperkt voelen door emotionele problemen

1 op de 5 (21,0%) jongvolwassenen (16 t/m 25 jaar) voelde zich door emotionele problemen beperkt bij opleiding, werk of andere dagelijkse bezigheden in de afgelopen 4 weken in 2024 (GE, 2024; zie Tabel 5.2). Zij geven aan door emotionele problemen, zoals depressief of angstig voelen, in de afgelopen 4 weken minder bereikt te hebben bij opleiding, werk of andere dagelijkse bezigheden dan ze zouden willen. Dit percentage bedroeg 19,5% bij mannen en 22,5% bij vrouwen. Het aandeel jongvolwassenen dat zich beperkt voelt door emotionele problemen lag in de periode van 2020 tot 2024 tussen de 20,0% en 24,8%, waarbij het percentage in 2021 het hoogst was (zie Figuur 5.3).

Figuur 5.3 Percentage jongvolwassenen dat zich beperkt voelt door emotionele problemen bij opleiding, werk of andere dagelijkse bezigheden in de afgelopen 4 weken in de periode 2020 t/m 2024

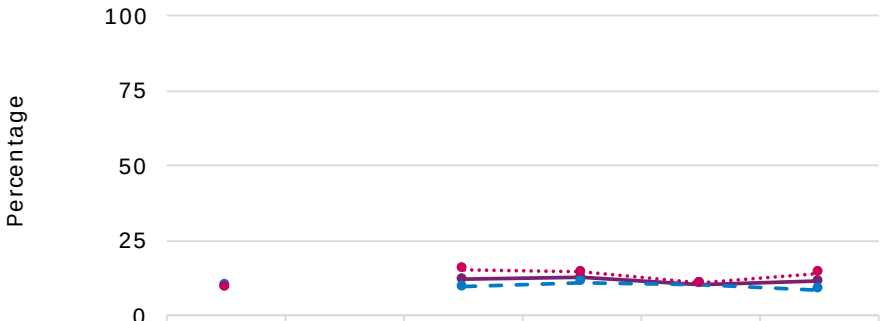


	2020	2021	2022	2023	2024
Totaal	20,0	24,8	23,1	21,6	21,0
Man	16,0	18,1	18,6	16,0	19,5
Vrouw	24,3	31,4	27,8	27,3	22,5

Bron: GE

Sterk eenzaam
Een op de 9 (11,2%) jongvolwassenen (16 t/m 25 jaar) was sterk eenzaam in 2024 (SSW, 2024; zie Tabel 5.2). Voor mannen was dit 8,6% en voor vrouwen 14,0%. Cijfers naar opleidingsniveau staan in Tabel 5.2. Het percentage sterk eenzame jongvolwassenen lag in de periode van 2019 tot 2024 tussen de 9,4% en 12,6% (zie Figuur 5.4).

Figuur 5.4 Percentage jongvolwassenen dat sterk eenzaam is in de periode 2019 t/m 2022



	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totaal	9,4		12,0	12,6	10,4	11,2
Man	9,7		9,4	10,8	10,2	8,6
Vrouw	9,0		15,4	14,5	10,6	14,0

Bron: SSW

5.3.3 *Huidige situatie en trends in psychische aandoeningen*

Voor jongvolwassenen zijn gegevens over psychische aandoeningen opgenomen over 18 tot en met 24 jaar, omdat hierover geen gegevens beschikbaar zijn voor de groep 16 tot en met 25 jaar.

Tekstbox 5.3 Indicatoren psychische aandoeningen

Psychische aandoeningen zijn vastgesteld met de CIDI 3.0, een gevalideerd gestructureerd klinisch interview om veelvoorkomende psychische aandoeningen te bepalen. Bij het bepalen van de psychische aandoeningen wordt in de CIDI uitgegaan van de meest recente versie van het diagnostische en statistisch handboek van psychische aandoeningen, de Diagnostic and Statistical Manual (DSM). Voor de huidige situatie is gekeken naar DSM-5 [14,15].

Enige angststoornis is het percentage personen van 18 tot en met 24 jaar dat in de afgelopen 12 maanden voorafgaand aan het meten voldeed aan de DSM-5 criteria voor één of meer angststoornissen (paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie, specifieke fobie en/of gegeneraliseerde angststoornis).

Enige stemmingsstoornis is het percentage van de mensen van 18 tot en met 24 jaar dat in de 12 maanden voorafgaand aan het meten voldeed aan de DSM-5 criteria voor één of meer stemmingsstoornissen ((persisterende) depressieve stoornis en/of bipolaire stoornis).

Enige psychische aandoening is het percentage van de mensen van 18 tot en met 24 jaar dat in de 12 maanden voorafgaand aan het meten voldeed aan de DSM-5 criteria voor ten minste één van de volgende psychische aandoeningen: stemmingsstoornissen, angststoornissen, middelengerelateerde stoornissen en ADHD.

Twee of meer psychische aandoeningen is het percentage van de mensen van 18 tot en met 24 jaar dat in de 12 maanden voorafgaand aan het meten voldeed aan de DSM-5 criteria voor ten minste twee of meer psychische aandoeningen, zoals stemmingsstoornissen, angststoornissen, middelengerelateerde stoornissen en ADHD.

Psychische aandoeningen
In de periode van 2019 tot en met 2022 had 1 op de 5 jongvolwassenen van 18 tot en met 24 jaar (19,9%) enige angststoornis in het voorgaande jaar (NEMESIS-3, 2019/2022). Voor enige stemmingsstoornis in het voorgaande jaar was dit 13,3%. Van de 18- tot en met 24-jarigen had 39,6% enige psychische aandoening in het voorgaande jaar in de periode 2019/2022 (NEMESIS-3, 2019/2022). Ongeveer 1 op de 7 (14,4%) had twee of meer psychische aandoeningen in het voorgaande jaar (zie voor meer cijfers Tabel 3.3 in Hoofdstuk 3 Algemene populatie).

5.3.4 *Duiding huidige situatie en trends mentale gezondheid jongvolwassenen*

Hieronder staat samengevat wat er door de experts is ingebracht over de duiding van bovenstaande resultaten.

Genderverschillen in mentale gezondheid en rapportage
Experts zagen duidelijke verschillen tussen jongvolwassen mannen en vrouwen in met name mentale problemen, waarbij vrouwen ongunstiger scoren. Als verklaring noemden zij dat vrouwen mogelijk meer sociale druk ervaren, meer zorgtaken hebben en gevoeliger zijn voor negatieve emotie dan mannen. Tegelijkertijd vroegen de experts zich af hoe valide de gemeten man/vrouw-verschillen zijn. Er is volgens de experts mogelijk een verschil in rapportage tussen mannen en vrouwen. Vrouwen geven volgens hen sneller aan mentale problemen te hebben in een zelfrapportage vragenlijst. Daarnaast komen andere problemen, zoals externaliserende problemen, mogelijk wel meer voor onder mannen. Die problemen zijn echter niet gemeten in de vragenlijsten.

Verschillen in mentale gezondheid naar opleidingsniveau
Verder vielen de verschillen in mentaal welbevinden tussen opleidingsniveaus op bij de experts: minder jongvolwassenen met basisonderwijs, vmbo of mbo1 als huidig of afgerond opleidingsniveau gaven aan meestal weer snel te herstellen na een moeilijke periode dan jongvolwassenen met hbo of wo als opleidingsniveau. De experts vroegen zich af of dit te maken heeft met een verschil in toekomstperspectief tussen opleidingsniveaus. Ook gaven de experts aan dat het goed zou zijn om verschillen in opleidingsniveaus op meer detailniveau te bekijken, omdat ze binnen de opleidingscategorieën nog verschillen verwacht worden en nu opleidingsniveaus nog best veel samengenomen worden.

Naast lagere mentale gezondheid ook hoge mate van tevredenheid
Experts merkten op dat veel jongvolwassenen mentale problemen rapporteren. Met name het aandeel met angst- of depressiegevoelens en het aandeel dat zich beperkt voelde in dagelijks functioneren door emotionele problemen vonden zij hoog. Bovendien stijgt sinds 2014 het aandeel jongvolwassenen met angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken. Sommige experts noemden dit zorgwekkend. Tegelijkertijd gaf het merendeel van de jongvolwassenen aan tevreden te zijn met het eigen leven. Dit riep vragen op onder de experts over de samenhang tussen angst- of depressiegevoelens en tevredenheid: in hoeverre worden de angst- of depressiegevoelens als ‘probleem’ of ‘erg’ ervaren door de jongvolwassenen zelf? Een deel van deze klachten is volgens de experts mogelijk van tijdelijke of milde aard en het hoort bij het leven. De experts vonden het belangrijker hoe je omgaat met de klachten en of er genoeg veerkracht is om het op te vangen.

Veranderende trends in mentale gezondheid voor, tijdens en na de coronapandemie
De experts bespraken ook de invloed van de coronapandemie op de mentale gezondheid van jongvolwassenen: er zijn zowel pieken als dalen te zien tijdens de coronapandemie, waarna de mentale gezondheid van jongvolwassenen nog niet helemaal is terug is op het niveau van vóór de coronapandemie. Het eindigen van de coronapandemie is volgens de experts een mogelijke verklaring van de toename in levenstevredenheid in de laatste jaren. Echter komt het effect van de coronapandemie minder duidelijk naar voren uit deze data dan de experts hadden verwacht op basis van andere onderzoeken.

Kwaliteit en beschikbaarheid van indicatoren en data niet optimaal
De experts noemden verschillende tekortkomingen bij de gebruikte methoden en maten van de monitoring bij jongvolwassenen die invloed kunnen hebben op de representativiteit. Ze stelden voor om waar mogelijk zelf-gerapporteerde vragenlijstdata te koppelen aan registraties of kwalitatief onderzoek om een breder beeld te krijgen. De experts vonden het lastig om de indicator ‘herstellen na een moeilijke periode’ te duiden. Ook vonden sommige experts het lastig dat niet alle maten over dezelfde tijdsperioden gaan en merkten op dat er binnen de jongvolwassen groep grote verschillen kunnen zijn in levensfase. Verder misten de experts cijfers over onder andere ervaren mentale gezondheid (hoe ze over het algemeen hun mentale gezondheid ervaren). Daarnaast misten de experts bepaalde subgroepen, waaronder LHBTQIA+, en data over groepen die minder vaak vragenlijsten invullen zoals minder taalvaardige mensen en jongvolwassenen met zware problematiek.

5.4 Factoren voor de mentale gezondheid van jongvolwassenen

Deze paragraaf beschrijft factoren voor de mentale gezondheid bij jongvolwassenen aan de hand van indicatoren voor individuele en omgevingsfactoren. De gebruikte data zijn afkomstig uit Sociale Samenhang en Welzijn (SSW) (2023) en Gezondheidsenquête (GE) (2023). Per indicator is geanalyseerd of en in welke mate deze samenhangt met levenstevredenheid uit SSW en angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken uit de GE (zie ook

Paragrafen 5.3.1 en 5.3.2). Bij de analyses is rekening gehouden met verschillen in geslacht, leeftijd en opleidingsniveau[8]. Mannen en vrouwen worden hier alleen apart besproken als er verschillen zijn in de aanwezigheid of richting van de samenhang.

5.4.1 Individuele factoren

Voor individuele factoren in het conceptueel monitormodel mentale gezondheid zijn er in de SSW (2023) zeven indicatoren en in de GE (2023) acht indicatoren beschikbaar, zie Tekstbox 5.4 en Tabel 5.3ab.

Tekstbox 5.4 Indicatoren individuele factoren

Demografisch

Herkomstland anders dan Nederland (SSW en GE) is bepaald op basis van geboorteland van de persoon en diens ouders. Bij personen met een herkomstland anders dan Nederland is de persoon zelf en/of ten minste één van beide ouders niet in Nederland geboren. Personen met herkomstland Nederland zijn in Nederland geboren, net als hun beide ouders.

Sociaaleconomisch

Zorgen over de financiële toekomst (SSW) is gemeten met de vraag 'Kunt u op een schaal van 1 tot en met 10 aangeven hoe vaak u zich zorgen maakt over uw financiële toekomst? Een 1 staat voor nooit en een 10 voor voortdurend'. Een cijfer van 5 tot en met 10 betekent dat een jongvolwassene zich zorgen maakt over hun financiële toekomst.
Eerste inkomenskwintiel (GE) is bepaald op het niveau van huishoudens en niet op individueel niveau. Personen in het eerste inkomenskwintiel maken deel uit van een huishouden uit de 20% huishoudens met de laagste huishoudinkomens.

Geen lid van een vereniging (SSW) is gemeten met de vraag 'Bent u lid van één of meer van de volgende verenigingen of organisaties (ja/nee)?' Hierbij is gevraagd naar sportverenigingen, zang-, muziek of toneelverengingen, hobbyverenigingen, jeugd- of jongerenorganisaties, gezelligheidsverenigingen of andere verenigingen. Een jongvolwassene is geen lid van een vereniging als de betreffende jongvolwassene niet op ten minste één van deze vragen met 'ja' heeft geantwoord.

Geen betaald werk (SSW en GE) is nagevraagd op basis van het aantal uren dat de jongvolwassene meestal werkt per week. Een jongvolwassene heeft geen betaald werk als de betreffende persoon minder dan 1 uur werken per week heeft geantwoord.

Leefstijl

Voldoet niet aan de beweegrichtlijnen (GE) van de Gezondheidsraad houdt in dat een persoon niet voldoende matig en/of zwaar intensieve activiteiten en niet voldoende spier- en botversterkende activiteiten doet [16].

[8] Hierdoor kan de samenhang tussen de indicator en mentale gezondheid niet meer worden verklaard door de mogelijke invloed van geslacht, leeftijd en/of opleidingsniveau.

Zware drinker (SSW en GE) is een persoon die minstens één keer per week vier of meer glazen (voor vrouwen) of zes of meer glazen (voor mannen) alcohol op één dag drinkt.

Cannabisgebruik in de afgelopen maand (GE) is bepaald door te vragen of een jongvolwassene cannabis (hasj, wiet, marihuana) in de laatste 30 dagen heeft gebruikt.

Rookt (weleens) (SSW en GE) is vastgesteld met het antwoord 'Ja' op de vraag 'Rookt u weleens (het gaat daarbij om het roken van tabak, niet om een e-sigaret of vape)?' (GE). In de SSW is dit vastgesteld met het antwoord 'Ja' op de vraag 'Rookt u?'.

Gezondheid algemeen
Matige of (zeer) slechte ervaren gezondheid (SSW en GE) is gemeten met de vraag 'Hoe is over het algemeen uw gezondheid?. Er zijn vijf antwoorden mogelijk: 'zeer goed', 'goed', 'gaat wel', 'slecht' en 'zeer slecht'. De laatste drie antwoorden betekenen een matige of (zeer) slecht ervaren gezondheid.

Demografisch
Een herkomstland anders dan Nederland hangt matig samen met een lagere levenstevredenheid, maar hangt niet samen met meer angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken (zie Tabel 5.3a).

Sociaaleconomisch
Voor bestaanszekerheid zijn er twee verschillende indicatoren beschikbaar: zorgen over financiële toekomst (60,9%) hangt sterk samen met een lagere levenstevredenheid, en het behoren tot een huishouden uit het eerste inkomenskwintiel (21,7%) hangt matig samen met meer angst- of depressiegevoelens (zie Tabel 5.3a). Geen lid zijn van een vereniging (39,6%) hangt matig samen met een lagere levenstevredenheid. Geen betaald werk hebben hangt sterk samen met een lagere levenstevredenheid en hangt matig samen met meer angst- of depressiegevoelens. De samenhang tussen behoren tot een huishouden uit het eerste inkomenskwintiel en meer angst- of depressiegevoelens is sterk onder vrouwen, maar ontbreekt bij mannen (zie Tabel 5.3b). De samenhang van geen betaald werk hebben met meer angst- of depressiegevoelens is sterk onder mannen, maar ontbreekt bij vrouwen.

Leefstijl
Niet voldoen aan de beweegrichtlijnen (50,1%) hangt niet significant samen met angst- of depressiegevoelens (zie Tabel 5.3a). Zwaar alcoholgebruik hangt matig samen met een *hogere* levenstevredenheid, maar niet met angst- of depressiegevoelens. Cannabisgebruik (12,1%) hangt matig samen met angst- of depressiegevoelens. Roken hangt niet samen met levenstevredenheid of met angst- of depressiegevoelens. Onder mannen hangt zwaar alcoholgebruik samen met een *hogere* levenstevredenheid en *minder* angst- of depressiegevoelens; deze samenhang ontbreekt bij vrouwen (zie Tabel 5.3b). De samenhang van cannabisgebruik met angst- of depressiegevoelens is sterk onder vrouwen, maar niet significant onder mannen.

Gezondheid algemeen
Een matige of (zeer) slechte ervaren gezondheid heeft een sterke samenhang met zowel een lagere levenstevredenheid als meer angst- of depressiegevoelens (zie Tabel 5.3a).

*Tabel 5.3a Samenhang van individuele factoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder jongvolwassenen (16 t/m 25 jaar)**

			SSW (2023)		GE (2023)	
			Jong-volwassenen	Levens-tevredenheid	Jong-volwassenen	Angst- of depressie gevoelens afgelopen 4 weken
	Individuele factor	**Indicator**	**%**	**OR**	**%**	**OR**
Demografisch	Herkomst	Herkomstland anders dan Nederland	33,7	0,62	28,1	ns
Sociaaleconomisch	Bestaanszekerheid	Zorgen over financiële toekomst	60,9	0,42	-	-
	Bestaanszekerheid	Eerste inkomenskwintiel	-	-	21,7	1,78
	Meedoen in de samenleving	Geen lid zijn van een vereniging	39,6	0,54	-	-
	Arbeidspositie	Geen betaald werk hebben	19,8	0,45	19,1	1,60
Leefstijl	Lichamelijke activiteit	Voldoet niet aan de beweegrichtlijnen	-	-	50,1	ns
	Alcoholgebruik	Zware drinker	30,2	1,80	17,0	ns
	Cannabisgebruik	Cannabis gebruikt in de afgelopen maand	-	-	12,1	1,92
	Roken	Rookt (weleens)	15,5	ns	23,6	ns
Gezondheid algemeen	Ervaren gezondheid	Ervaren gezondheid matig/(zeer) slecht	23,5	0,15	16,8	8,67

*Analyses zijn gecontroleerd voor geslacht, leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau
Oranje bolletje = statistisch significante, matige samenhang (levenstevredenheid: OR tussen 0,5 en 1,0; angst- of depressiegevoelens: OR tussen 1,0 en 2,0; $p<0,05$)
Rood bolletje = statistisch significante, sterke samenhang (levenstevredenheid: OR 0,5 of lager; angst- of depressiegevoelens: OR 2,0 of hoger; $p<0,05$)
Groen bolletje = statistisch significante gunstige samenhang (levenstevredenheid: OR hoger dan 1,0; angst- of depressiegevoelens: OR lager dan 1,0; $p<0,05$)
OR = odds ratio, ns = niet significante samenhang ($p \geq 0,05$), - = geen gegevens beschikbaar
In Bijlage 8 staan de referentiegroepen en de 95% betrouwbaarheidsintervallen van de odds ratio's

*Tabel 5.3b Samenhang van individuele factoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder mannen en vrouwen van 16 t/m 25 jaar**

			SSW (2023)		GE (2023)	
			Levenstevredenheid		Angst- of depressie gevoelens afgelopen 4 weken	
			Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
	Individuele factor	Indicator	OR	OR	OR	OR
Demografisch	Herkomst	Herkomstland anders dan Nederland	0,61	0,63	ns	ns
Sociaaleconomisch	Bestaanszekerheid	Zorgen over financiële toekomst	0,46	0,37	-	-
	Bestaanszekerheid	Eerste inkomenskwintiel	-	-	ns	2,40
	Meedoen in de samenleving	Geen lid zijn van een vereniging	0,56	0,51	-	-
	Arbeidspositie	Geen betaald werk hebben	0,46	0,43	2,01	ns
Leefstijl	Lichamelijke activiteit	Voldoet niet aan de beweegrichtlijnen	-	-	ns	ns
	Alcoholgebruik	Zware drinker	2,13	ns	0,52	ns
	Cannabisgebruik	Cannabis gebruikt in de afgelopen maand	ns	ns	ns	ns
	Roken	Rookt (weleens)	-	-	ns	2,56
Gezondheid algemeen	Ervaren gezondheid	Ervaren gezondheid matig/(zeer) slecht	0,21	0,11	7,84	9,99

*Analyses zijn gecontroleerd voor leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau
Oranje bolletje = statistisch significante, matige samenhang (levenstevredenheid: OR tussen 0,5 en 1,0; angst- of depressiegevoelens: OR tussen 1,0 en 2,0; p<0,05)
Rood bolletje = statistisch significante, sterke samenhang (levenstevredenheid: OR 0,5 of lager; angst- of depressiegevoelens: OR 2,0 of hoger; p<0,05)
Groen bolletje = statistisch significante gunstige samenhang (levenstevredenheid: OR hoger dan 1,0; angst- of depressiegevoelens: OR lager dan 1,0; p<0,05)
OR = odds ratio, ns = niet significante samenhang (p ≥ 0,05), - = geen gegevens beschikbaar
In Bijlage 8 staan de referentiegroepen en de 95% betrouwbaarheidsintervallen van de odds ratio's

5.4.2 *Omgevingsfactoren*

Voor omgevingsfactoren in het conceptueel monitormodel mentale gezondheid zijn in de SSW (2023) vier indicatoren en in de GE (2023) twee indicatoren beschikbaar, zie Tekstbox 5.5 en Tabel 5.4ab.

Tekstbox 5.5 Indicatoren omgevingsfactoren

Gezin

Alleenstaand of alleenstaande ouder (SSW en GE) is bepaald op basis van de positie in het huishouden. Hierbij is een samenvoeging gemaakt van 'alleenstaande' en 'ouder in eenoudergezin', oftewel een alleenstaande met of zonder kinderen. De andere mogelijke posities zijn 'partner in paar zonder thuiswonende kinderen', 'partner in paar met thuiswonende kind(eren)', 'kind in gezin met (echt)paar', 'kind in eenoudergezin' en 'overig'.

***Woon- en* leefomgeving**

Geen dagelijks contact met familie, vrienden of buren (SSW) is gebaseerd op 3 vragen over hoe vaak de jongvolwassene contact heeft met familie of gezinsleden die niet bij diegene thuis wonen, vriend(inn)en of echt goede kennissen, of buren. Hierbij kon geantwoord worden met 'dagelijks', 'minstens 1x per week, maar niet dagelijks', 'minstens 1x per maand, maar niet wekelijks', 'minder dan 1x per maand' of 'zelden of nooit'. Een jongvolwassene heeft geen dagelijks contact met familie, vrienden of buren als ze niet op ten minste één van deze vragen met 'dagelijks' heeft geantwoord.

Voelt zich (een beetje) onveilig (SSW) is gemeten met de vraag 'Hoe vaak voelt u zich onveilig?'. Het gaat hierbij om veiligheid in het algemeen. Een 1 staat voor nooit en een 10 voor voortdurend. Een cijfer van 5 tot en met 10 betekent dat een jongvolwassene zich (een beetje) onveilig voelt.

In (grote) stad wonen (SSW en GE) is bepaald op basis van de omgevingsadressendichtheid van de woongemeente volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Een jongvolwassene woont in een (grote) stad wanneer de stedelijkheid (zeer) sterk of matig is (code 1-3). Een jongvolwassene woont niet in een (grote) stad wanneer de woongemeente weinig of niet stedelijk is (code 4-5) [17].

Gezin

Alleenstaand of alleenstaande ouder zijn hangt samen met zowel een lagere levenstevredenheid als meer angst- of depressiegevoelens (zie Tabel 5.4a). Deze samenhang is significant onder mannen, maar niet onder vrouwen (zie Tabel 5.4b).

Woon- en leefomgeving

Zowel geen dagelijks sociaal contact met familie, vrienden of buren (25,1%) als zich (een beetje) onveilig voelen (21,6%) hangt matig samen met een lagere levenstevredenheid (zie Tabel 5.4a). Wonen in een (grote) stad hangt niet samen met een lagere levenstevredenheid en ook niet met meer angst- of depressiegevoelens.

De samenhang tussen geen dagelijks sociaal contact en een lagere levenstevredenheid is sterk onder vrouwen, maar niet significant onder mannen (zie Tabel 5.4b). Zich (een beetje) onveilig voelen hangt juist sterk samen met een lagere levenstevredenheid onder mannen, maar niet significant onder vrouwen.

*Tabel 5.4a Samenhang van omgevingsfactoren met levenstevredenheid en angst- of depressiegevoelens onder jongvolwassenen (16 t/m 25 jaar)**

			SSW (2023)		GE (2023)	
			Jong-volwassenen	Levens-tevredenheid	Jong-volwassenen	Angst- of depressie gevoelens afgelopen 4 weken
	Omgevingsfactor	Indicator	%	OR	%	OR
Gezin	Thuissituatie	Alleenstaand of alleenstaande ouder	31,9	0,67	20,3	1,65
Woon- en leefomgeving	Sociale leefomgeving	Geen dagelijks contact met familie, vrienden of buren	25,1	0,55	-	-
	Veiligheid woonomgeving	Voelt zich (een beetje) onveilig	21,6	0,61	-	-
	Fysieke woonomgeving	Woont in (grote) stad	74,1	ns	69,6	ns

*Tabel 5.4b Samenhang van omgevingsfactoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder mannen en vrouwen van 16 t/m 25 jaar**

			SSW (2023)		GE (2023)	
			Levenstevredenheid		Angst- of depressie gevoelens afgelopen 4 weken	
			Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
	Omgevingsfactor	Indicator	OR	OR	OR	OR
Gezin	Thuissituatie	Alleenstaand of alleenstaande ouder	0,62	ns	1,84	ns
Woon- en leefomgeving	Sociale leefomgeving	Geen dagelijks contact met familie, vrienden of buren	ns	0,48	-	-
	Veiligheid woonomgeving	Voelt zich (een beetje) onveilig	0,47	ns	-	-
	Fysieke woonomgeving	Woont in (grote) stad	ns	ns	ns	ns

*Analyses zijn gecontroleerd voor geslacht (alleen bij analyses op de totale groep), leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau
Oranje bolletje = statistisch significante, matige samenhang (levenstevredenheid: OR tussen 0,5 en 1,0; angst- of depressiegevoelens: OR tussen 1,0 en 2,0; p<0,05)
Rood bolletje = statistisch significante, sterke samenhang (levenstevredenheid: OR 0,5 of lager; angst- of depressiegevoelens: OR 2,0 of hoger; p<0,05)
Groen bolletje = statistisch significante gunstige samenhang (levenstevredenheid: OR hoger dan 1,0; angst- of depressiegevoelens: OR lager dan 1,0; p<0,05)
OR = odds ratio, ns = niet significante samenhang (p ≥ 0,05), - = geen gegevens beschikbaar. In Bijlage 8 staan de referentiegroepen en de 95% betrouwbaarheidsintervallen van de odds ratio's

5.4.3 *Duiding factoren voor mentale gezondheid*

Hieronder staat samengevat wat er door de experts is ingebracht over de duiding van bovenstaande resultaten.

Sterke samenhang tussen ervaren gezondheid en mentale gezondheid
De experts zagen dat ervaren gezondheid van jongvolwassenen sterk samenhangt met zowel angst- of depressiegevoelens als met levenstevredenheid. Hierbij vonden zij het belangrijk op te merken dat ervaren gezondheid een breed begrip is wat zowel fysieke als mentale gezondheid reflecteert. Dit kan de sterke samenhang deels verklaren.

Sociale component bij samenhang tussen alcohol en levenstevredenheid
Het viel de experts op dat zwaar drinken gunstig samenhangt met meer levenstevredenheid en bij mannen ook met minder angst- of depressiegevoelens. Een mogelijke verklaring die ze hiervoor gaven is dat het nuttigen van alcohol onder jongvolwassenen een sterke sociale component heeft. Jongvolwassen mannen die veel alcohol drinken hebben wellicht vaker een goed sociaal netwerk, zoals vrienden of een vereniging. Volgens de experts is het drinken van alcohol op zich waarschijnlijk niet gunstig voor de mentale gezondheid, maar de sociale settings waarin gedronken wordt wel.

Geen samenhang van beweegrichtlijn met mentale gezondheid
Voldoen aan de beweegrichtlijn hangt niet significant samen met levenstevredenheid of angst- of depressiegevoelens onder jongvolwassenen. Experts hadden wel verwacht dat er een samenhang zou zijn tussen bewegen en mentale gezondheid en vragen zich af of bij gebruik van andere indicatoren voor bewegen of sporten, zoals doen aan een teamsport of wandelen, een dergelijk samenhang wel te zien zou zijn.

Bestaanszekerheid is een belangrijke factor
Bestaanszekerheid is volgens de experts ook een belangrijke factor voor de mentale gezondheid van jongvolwassenen. Hoewel de factor bestaanszekerheid niet volledig wordt omvat door de gebruikte indicatoren, blijkt het belang hiervan volgens hen wel uit de gevonden samenhang tussen moeite met rondkomen, zorgen over financiële toekomst of het niet hebben van betaald werk met mentale gezondheid.

Informatie over relevante factoren en onderlinge samenhang ontbreken
Een belangrijke factor voor de mentale gezondheid van jongvolwassenen die de experts misten in de analyses is sociale media. Andere factoren die de experts misten zijn onder andere slaap, vapen, de combinatie van studie/studiedruk/financiën/huisvesting, gevoel van autonomie, maatschappelijke factoren (zoals klimaat en wooncrisis), kind zijn van ouders met psychische/verslavingsproblemen, en omgevingsfactoren (zoals de onderwijsomgeving, telefoongebruik en sociale cohesie). Verder werd er door de experts getwijfeld of levenstevredenheid de beste maat is, omdat dat volgens hen breder is dan alleen mentale gezondheid. Daarnaast gaven de experts aan dat bij duiding rekening gehouden moet worden dat het per factor kan verschillen of het effecten heeft op korte of lange termijn.De onderlinge samenhang tussen verschillende factoren is niet meegenomen in de analyses, terwijl in werkelijkheid de invloed van factoren op mentale gezondheid een

complex samenspel is volgens de experts. Ook was er volgens de experts meer inzicht nodig in de overgang tussen levensfases bij jongvolwassenen, zoals de overgang van school naar studie en naar werk, waarbij er veel verandert in levensstijl, inkomen en op sociaal vlak. Hiervoor stelden de experts voor om meer longitudinaal onderzoek te doen wat ook meer inzicht geeft in causale verbanden en het mogelijk maakt de richting van een verband vast te stellen.

5.5 Gevolgen van mentale (on)gezondheid bij jongvolwassenen

Deze paragraaf beschrijft gevolgen van mentale (on)gezondheid bij jongvolwassenen aan de hand van 15 indicatoren voor zorggebruik, zorguitgaven, uitval van werk en ziektelast en sterfte (zie Tekstboxen 5.6 t/m 5.9). De gebruikte data voor dit hoofdstuk komen uit verschillende databronnen en jaren: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn (2023), RIVM Kosten van ziekten (2019), Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (2024), RIVM Ziektelast (2022) en Doodsoorzakenstatistieken (2024).

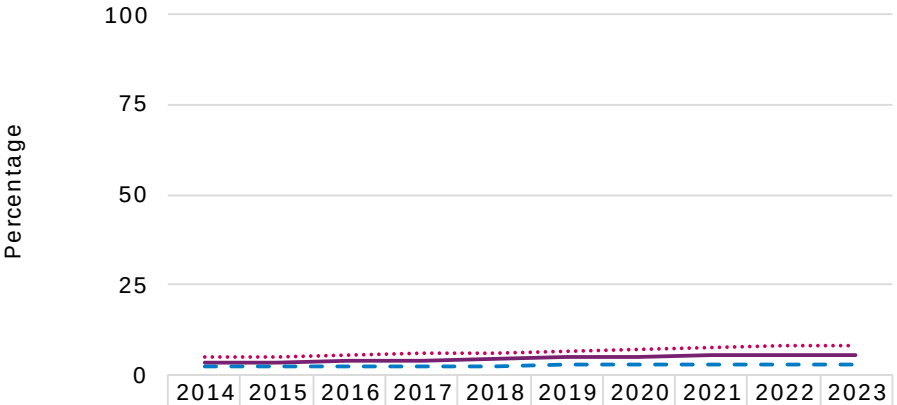
5.5.1 Huidige situatie en trends voor zorggebruik

Tekstbox 5.6 Indicatoren voor zorggebruik

Huisartspatiënten
Huisartspatiënten met angstig/nerveus/gespannen gevoel of angst
Geregistreerd in de Nivel Zorgregistratie Eerste Lijn met ICPC-code 'Angstige, nerveuze of gespannen gevoelens of angst' (P01 of P74).
Huisartspatiënten met depressieve gevoelens of depressie
Geregistreerd in de Nivel Zorgregistratie Eerste Lijn met ICPC-code 'Depressieve gevoelens of depressie' (P03 of P76).
Huisartspatiënten met enigerlei psychisch probleem
Geregistreerd in de Nivel Zorgregistratie Eerste Lijn met ICPC-codes 'Enigerlei psychisch probleem' (P00-P99).

Huisartspatiënten met angstig/nerveus/gespannen gevoel of angst
Van de huisartspatiënten van 16 tot en met 25 jaar had 5,3% in 2023 contact met de huisartsenpraktijk vanwege angstige, nerveuze of gespannen gevoelens of angst (Nivel Zorgregistratie Eerste Lijn, 2023; zie Figuur 5.5). Voor vrouwen was dit percentage 8,0% en voor mannen was dit 2,8%. Het percentage huisartspatiënten dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege angstige, nerveuze of gespannen gevoelens of angst lag in de periode 2014 tot en met 2023 tussen 3,6% (2014) en 5,4% (2022).

Figuur 5.5 Percentage huisartspatiënten van 16 t/m 25 jaar dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege angstige, nerveuze of gespannen gevoelens of angst in de periode 2014 t/m 2023



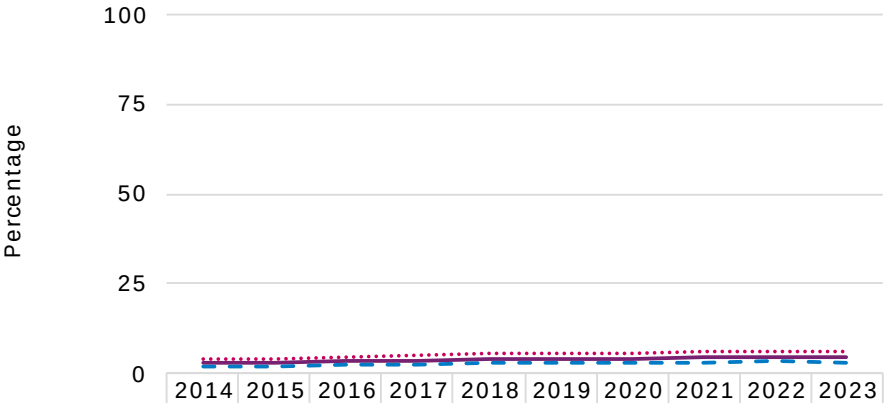
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Totaal	3,6	3,7	3,7	4,1	4,3	4,8	4,7	5,3	5,4	5,3
Man	2,1	2,2	2,2	2,4	2,5	2,8	2,7	3,0	2,9	2,8
Vrouw	5,2	5,2	5,3	5,8	6,3	6,8	6,8	7,7	8,0	8,0

Bron: Nivel Zorgregistratie Eerste Lijn

Huisartspatiënten met depressieve gevoelens of depressie

Van de huisartspatiënten van 16 tot en met 25 jaar had 4,3% in 2023 contact met de huisartsenpraktijk vanwege depressieve gevoelens of depressie (Nivel Zorgregistratie Eerste Lijn, 2023; zie Figuur 5.6). Voor vrouwen was dit percentage 5,8% en voor mannen was dit 2,8%. Het percentage huisartspatiënten dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege depressieve gevoelens of depressie lag in de periode 2014 tot en met 2023 tussen de 3,0% (2014 en 2015) en 4,7% (2022) (zie Figuur 5.6).

Figuur 5.6 Percentage huisartspatiënten van 16 t/m 25 jaar dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege depressieve gevoelens of depressie in de periode 2014 t/m 2023

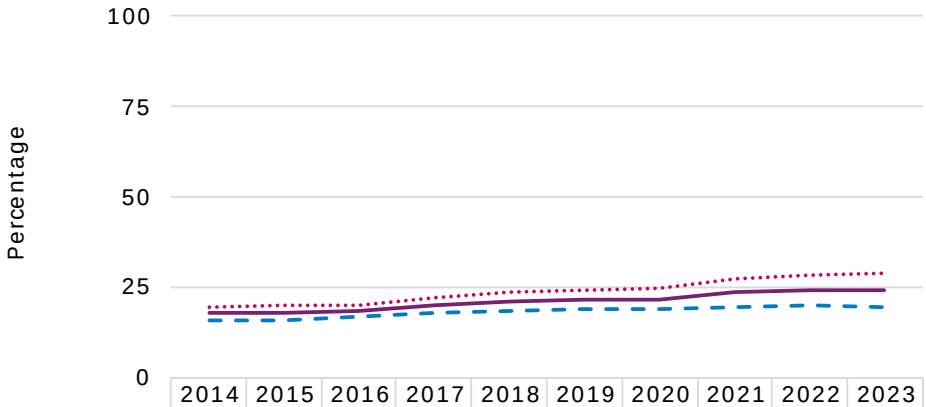


	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Totaal	3,0	3,0	3,2	3,6	4,0	4,1	4,2	4,6	4,7	4,3
Man	1,9	2,0	2,1	2,4	2,8	2,8	2,8	3,0	3,2	2,8
Vrouw	4,0	4,1	4,3	4,9	5,3	5,5	5,6	6,3	6,2	5,8

Bron: Nivel Zorgregistratie Eerste Lijn

Huisartspatiënten met enigerlei psychisch probleem
Van de huisartspatiënten van 16 tot en met 25 jaar had 24,0% in 2023 contact met de huisartsenpraktijk vanwege enigerlei psychisch probleem (Nivel Zorgregistratie Eerste Lijn, 2023; zie Figuur 5.7). Voor vrouwen wat dit percentage 28,7% en voor mannen was dit 19,5%. Het percentage huisartspatiënten dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege enigerlei psychisch probleem lag in de periode 2014 tot en met 2023 tussen 17,7% (2014) en 24,1% (2022) (zie Figuur 5.7).

Figuur 5.7 Percentage huisartspatiënten van 16 t/m 25 jaar dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege enigerlei psychisch probleem in de periode 2014 t/m 2023



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Totaal	17,7	17,9	18,4	20,0	20,9	21,7	21,6	23,4	24,1	24,0
Man	15,9	16,1	16,7	17,9	18,5	19,2	18,8	19,6	19,8	19,5
Vrouw	19,5	19,8	20,2	22,2	23,4	24,3	24,6	27,5	28,6	28,7

Bron: Nivel Zorgregistratie Eerste Lijn

5.5.2 *Huidige situatie voor zorguitgaven*

Tekstbox 5.7 Indicatoren voor zorguitgaven

Medische zorguitgaven voor psychische stoornissen
Zorguitgaven omvatten alle medische zorguitgaven, zowel collectief gefinancierde zorg (basisverzekering, WLZ (Wet Langdurige Zorg), Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning), preventieprogramma's) als de privaat gefinancierde zorg (aanvullende verzekeringen, eigen betalingen), maar ook uitgaven door andere overheden, burgers en bedrijven. Niet opgenomen zijn kosten van mantelzorg en indirecte zorgkosten, bijvoorbeeld door ziekteverzuim.

Zorguitgaven voor totaal psychische stoornissen
Zorguitgaven per inwoner (15 t/m 24 jaar) per jaar op basis van ICD10-codes F00-F99, exclusief dementie (ICD10-codes F00-F03, F05.1, G30, G31.0, G31.1, G31.8, G31.9) en verstandelijke beperking (ICD10-code F70-F79, Q90).
Zorguitgaven voor angst-, dwang- en stressstoornissen
Zorguitgaven per inwoner (15 t/m 24 jaar) per jaar op basis van ICD10-codes F40-F43.
Zorguitgaven voor depressieve stoornissen, bipolaire en overige stemmingsstoornissen
Zorguitgaven per inwoner (15 t/m 24 jaar) per jaar op basis van ICD10-codes F30-F31, F32-F33, F34.0- 34.1, F34.8-F34.9, F38-F39.
Zorguitgaven voor burn-out
Zorguitgaven per inwoner (15 t/m 24 jaar) per jaar op basis van ICD10-codes F48.0 en Z73.0
Zorguitgaven voor ADHD en overige gedragsstoornissen
Zorguitgaven per inwoner (15 t/m 24 jaar) per jaar voor ADHD en overige gedragsstoornissen op basis van ICD10-codes F90 en F91.

Medische zorguitgaven voor psychische stoornissen
Voor personen van 15 tot en met 24 jaar bedroegen in 2019 de zorguitgaven voor het totaal aan psychische stoornissen, exclusief dementie en verstandelijke beperking, €583 per inwoner per jaar (RIVM Kosten van ziekten, 2019; zie Tabel 5.5). Dit komt overeen met 19% van de totale zorguitgaven in deze leeftijdsgroep. De zorguitgaven bedroegen €50 voor angst-, dwang- en stressstoornissen, €59 voor depressieve stoornissen, bipolaire en overige stemmingsstoornissen, €6 voor burn-out, en €29 voor ADHD en overige gedragsstoornissen per inwoner per jaar.

Tabel 5.5 Medische zorguitgaven voor psychische stoornissen bij personen van 15 t/m 24 jaar in euro's per inwoner per jaar

		Totaal psychische stoornissen*	**Angst-, dwang- en stress-stoornissen**	**Depressieve stoornissen, bipolaire en overige stemmings-stoornissen**	**Burn-out**	**ADHD en overige gedrags-stoornissen**
	Jaartal gegevens	**2019**	**2019**	**2019**	**2019**	**2019**
	Bron	**RIVM Kosten van ziekten**	**RIVM Kosten van ziekten**	**RIVM Kosten van ziekten**	**RIVM Kosten van ziekten**	**RIVM Kosten van ziekten**
	Populatie	**15-24 jaar**	**15-24 jaar**	**15-24 jaar**	**15-24 jaar**	**15-24 jaar**
	Cijfer	**Euro per inwoner per jaar**	**Euro per inwoner per jaar**	**Euro per inwoner per jaar**	**Euro per inwoner per jaar**	**Euro per inwoner per jaar**
	Totaal	583	50	59	6	29
Geslacht	Man	535	25	38	7	37
	Vrouw	633	75	81	6	21
Leeftijd	15-19 jaar	567	34	44	2	29
	20-24 jaar	600	64	74	11	29

*Exclusief dementie en verstandelijke beperking

5.5.3 *Huidige situatie en trends uitval school of werk*

Tekstbox 5.8 Indicatoren voor uitval school of werk

Recent ziekteverzuim door psychische klachten, overspannenheid of burn-out betreft het percentage van het meest recente ziekteverzuim van werknemers (15 t/m 24 jaar) in de afgelopen 12 maanden dat werd veroorzaakt door psychische klachten, overspannenheid of burn-out. Het gaat hierbij om ten minste één keer verzuim waarbij aangeven is dat psychische klachten, overspannenheid of burn-out de oorzaak zijn voor dit meest recente verzuim.

Recent ziekteverzuim door psychische klachten, overspannenheid en burn-out
Het percentage meest recente ziekteverzuim van werknemers van 15 tot en met 24 jaar in het afgelopen jaar dat werd veroorzaakt door psychische klachten, overspannenheid of burn-out was 4,5% in 2024 (NEA, 2024). Onder jongvolwassen mannen was dit 3,5% en onder jongvolwassen vrouwen 5,4%.

5.5.4 *Huidige situatie en trends ziektelast en sterfte*

Ziektelast en sterfte als gevolg van mentale (on)gezondheid bij jongvolwassenen wordt hieronder beschreven aan de hand van zes indicatoren.

Tekstbox 5.9 Indicatoren voor ziektelast en sterfte

Ziektelast als gevolg van psychische en gedragsstoornissen
Ziektelast is de hoeveelheid gezondheidsverlies in een populatie die veroorzaakt wordt door ziekten. De ziektelast wordt uitgedrukt in DALY's ('Disability-Adjusted Life-Years'). Een DALY is opgebouwd uit twee componenten: de jaren geleefd met ziekte waarbij de ernst van de ziekte wordt meegenomen en de jaren verloren door vroegtijdige sterfte. Ziektelast wordt hier gepresenteerd voor alle psychische stoornissen tezamen en voor drie hoofdgroepen van aandoeningen

Ziektelast als gevolg van totaal psychische en gedragsstoornissen
Ziektelast in DALY's per 1000 inwoners (15 t/m 24 jaar) op basis van ICD10-codes F00-F99, exclusief dementie (ICD10-codes F00-F03, F05.1) en verstandelijke beperking (ICD10-codes F70-F79).
Ziektelast als gevolg van angst-, dwang- en stressstoornissen
Ziektelast in DALY's per 1000 inwoners (15 t/m 24 jaar) op basis van ICD10-codes F40-F43.
Ziektelast als gevolg van bipolaire en depressieve stemmingsstoornissen
Ziektelast in DALY's per 1000 inwoners (15 t/m 24 jaar) per jaar op basis van ICD10-codes F30-F31, F32-F33, F34.0, F34.1, F38.1, F92.0.
Ziektelast als gevolg van burn-out
Ziektelast in DALY's per 1000 inwoners (15 t/m 24 jaar) per jaar op basis van ICD10-code Z73.0.

Ziektelast als gevolg van ADHD en gedragsstoornissen
Ziektelast in DALY's per 1000 inwoners (15 t/m 24 jaar) per jaar op basis van ICD10-codes F90-F91.

Sterfte
Sterfte als gevolg van psychische stoornissen
Dit cijfer betreft het aantal overledenen per 100.000 inwoners als gevolg van psychische stoornissen (ICD10-codes F00-F99). Zelfdoding valt hier niet onder.
Sterfte als gevolg van zelfdoding
Dit cijfer betreft het aantal overledenen per 100.000 inwoners met als achterliggende doodsoorzaak zelfdoding (ICD10-codes X60-X84).

Ziektelast als gevolg van psychische en gedragsstoornissen
Het aantal verloren gezonde levensjaren (DALY) voor personen van 15 tot en met 24 jaar als gevolg van het totaal van psychische en gedragsstoornissen, exclusief dementie en verstandelijke beperking, bedroeg 52,8 per 1000 inwoners in 2022 (RIVM Ziektelast, 2022; zie Tabel 5.6). De ziektelast voor 15- tot en met 24-jarigen als gevolg van angst-, dwang- en stressstoornissen bedroeg 10,1 DALY's per 1000 inwoners, als gevolg van bipolaire en depressieve stemmingsstoornissen 16,5 DALY's per 1000 inwoners, als gevolg van burn-out 6,4 DALY's per 1000 inwoners en als gevolg van ADHD en overige gedragsstoornissen 2,6 DALY's per 1000 inwoners.

Tabel 5.6 Ziektelast bij jongvolwassenen (15 t/m 24 jaar) als gevolg van psychische en gedragsstoornissen in DALY's per 1000 inwoners

		Totaal psychische en gedragsstoornissen*	**Angst-, dwang- en stress-stoornissen**	**Bipolaire en depressieve stemmings-stoornissen**	**Burn-out**	**ADHD en overige gedrags-stoornissen**
	Jaartal gegevens	**2022**	**2022**	**2022**	**2022**	**2022**
	Bron	**RIVM Ziektelast**	**RIVM Ziektelast**	**RIVM Ziektelast**	**RIVM Ziektelast**	**RIVM Ziektelast**
	Populatie	**15-24 jaar**	**15-24 jaar**	**15-24 jaar**	**15-24 jaar**	**15-24 jaar**
	Cijfer	**DALY's per 1000 inwoners**	**DALY's per 1000 inwoners**	**DALY's per 1000 inwoners**	**DALY's per 1000 inwoners**	**DALY's per 1000 inwoners**
	Totaal	52,8	10,1	16,5	6,4	2,6
Geslacht	Man	47,0	6,9	11,9	5,3	2,9
	Vrouw	58,8	13,5	21,3	7,5	2,4
Leeftijd	15-19 jaar	37,7	6,6	8,8	5,8	3,8
	20-24 jaar	66,4	13,3	23,4	7,0	1,6

*Exclusief dementie en verstandelijke beperking

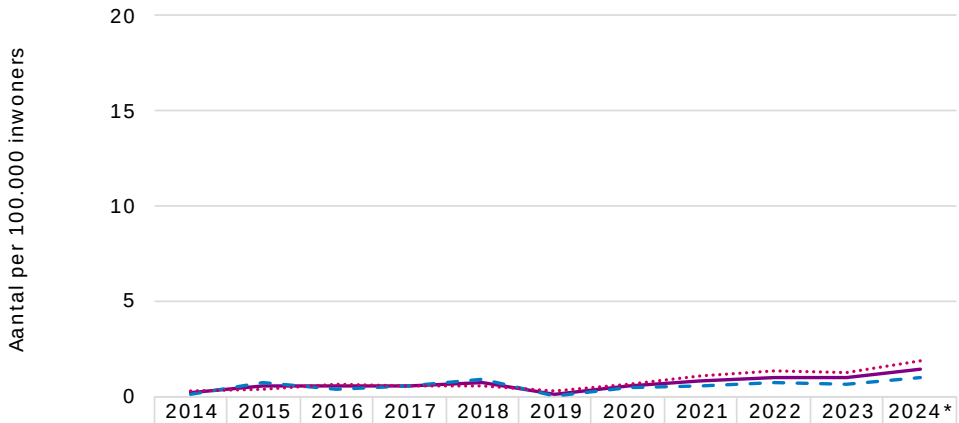
Sterfte als gevolg van psychische stoornissen
Onder personen van 15 tot en met 24 jaar zijn 31 personen in 2024 overleden als gevolg van psychische stoornissen, waarvan 7 personen van 15 tot en met 19 jaar en 24 personen van 20 tot en met 24 jaar (Doodsoorzakenstatistiek, 2024). Dit komt overeen met een sterftecijfer van 1,4 per 100.000 inwoners in de leeftijd van 15 tot en met 24 jaar (zie Tabel 5.7). In de periode 2014 tot en met 2024 lag het aantal overledenen als gevolg van psychische stoornissen per 100.000 15- tot en met 24-jarigen tussen 0,1 (2019) en 1,4 (2024) (zie Figuur 5.8).

Tabel 5.7 Aantal overledenen als gevolg van psychische stoornissen of zelfdoding per 100.000 inwoners van 15 t/m 24 jaar

		Psychische stoornissen	**Zelfdoding**
	Jaartal gegevens **Bron Populatie Cijfer**	**2024*** **CBS 15-24 jaar Aantal overledenen per 100.000 inwoners**	**2024*** **CBS 15-24 jaar Aantal overledenen per 100.000 inwoners**
	Totaal	1,4	6,7
Geslacht	Man	1,0	8,1
	Vrouw	1,9	5,3
Leeftijd	15-19 jaar	0,7	4,7
	20-24 jaar	2,0	8,4

*Voorlopige cijfers

Figuur 5.8 Aantal overledenen als gevolg van psychische stoornissen per 100.000 inwoners van 15 t/m 24 jaar in de periode 2014 t/m 2024

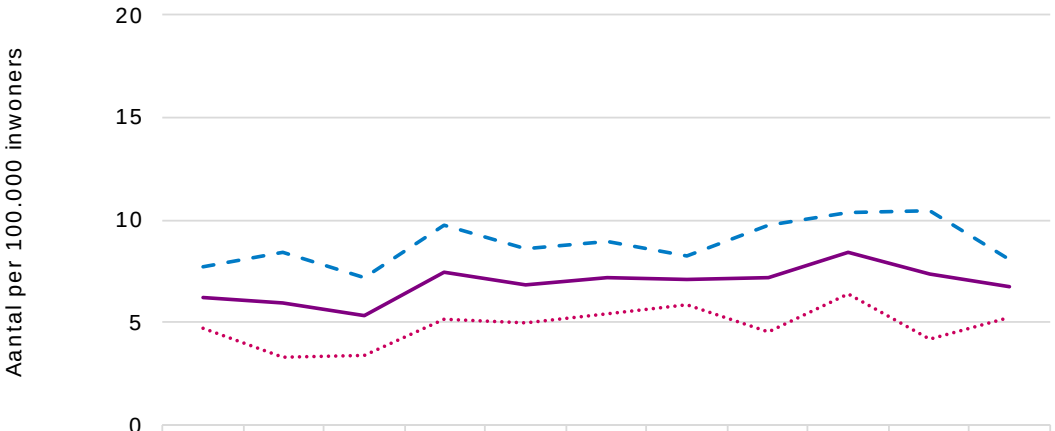


	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Totaal	0,2	0,6	0,5	0,6	0,8	0,1	0,6	0,8	1,0	1,0	1,4
Man	0,1	0,8	0,4	0,6	0,9	0,0	0,5	0,5	0,7	0,6	1,0
Vrouw	0,3	0,4	0,7	0,6	0,6	0,3	0,7	1,0	1,3	1,3	1,9

*Voorlopige cijfers
Bron: Doodsoorzakenstatistiek

Sterfte als gevolg van zelfdoding
Onder personen van 15 tot en met 24 jaar zijn 148 personen in 2024 overleden als gevolg van zelfdoding, waarvan 48 15- tot en met 19-jarigen en 100 20- tot en met 24-jarigen (Doodsoorzakenstatistiek, 2024). Dit komt overeen met een sterftecijfer van 6,7 per 100.000 inwoners in de leeftijd van 15 tot en met 24 jaar (zie Tabel 5.7). In de periode 2014 tot en met 2024 lag het aantal overledenen als gevolg van zelfdoding per 100.000 15- tot en met 24-jarigen tussen 5,4 (2016) en 8,4 (2022). Er zijn relatief meer zelfdodingen onder mannen dan onder vrouwen (zie Figuur 5.9).

Figuur 5.9 Aantal overledenen als gevolg van zelfdoding per 100.000 inwoners van 15 t/m 24 jaar in de periode 2014 t/m 2024



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Totaal	6,2	5,9	5,4	7,5	6,8	7,2	7,1	7,2	8,4	7,4	6,7
Man	7,7	8,4	7,2	9,8	8,6	8,9	8,2	9,8	10,4	10,5	8,1
Vrouw	4,7	3,3	3,4	5,1	5,0	5,4	5,9	4,6	6,4	4,2	5,3

*Voorlopige cijfers
Bron: Doodsoorzakenstatistiek

5.5.5 *Duiding gevolgen mentale (on)gezondheid*

Hieronder staat samengevat wat er door de experts is ingebracht over de duiding van bovenstaande resultaten.

Hoog aantal zelfdodingen en genderverschillen
De experts vonden de sterftecijfers als gevolg van zelfdoding onder jongvolwassenen hoog, met name onder mannen.
Het was volgens de experts opvallend dat mannen vaker overlijden door zelfdoding dan vrouwen, terwijl vrouwen meer mentale problemen rapporteren en het aandeel huisartspatiënten met psychische problemen hoger is onder vrouwen. De experts gaven als mogelijke verklaring hiervoor dat mannen volgens hen over het algemeen minder snel hulp zoeken dan vrouwen. Ook denken de experts dat mannen effectiever zijn bij het daadwerkelijk uitvoeren van een suïcide. Vrouwen doen volgens hen echter wel vaker suïcide*pogingen* dan mannen. Cijfers daarover maken geen onderdeel uit van de huidige indicatorenset in deze monitor.

Gebrek aan inzicht in verzuim op werk en school
Het viel de experts op dat het recent verzuimcijfer door psychische klachten, overspannenheid en burn-out hoger is onder vrouwen dan mannen. De experts vonden de cijfers over werkverzuim echter lastig te interpreteren, omdat volgens hen het soort werk, aantal uren en de leeftijd hier invloed op kunnen hebben. Daarnaast is er volgens hen met deze cijfers geen zicht op personen die vanwege problemen met de mentale gezondheid helemaal niet werken en dus ook niet kunnen uitvallen.
Verder vinden de experts het belangrijk om voor jongvolwassenen ook te kijken naar school- of studieverzuim. Hierover bestaan echter geen landelijke registratiecijfers. School- of studie-uitval kan volgens de experts leiden tot een slechtere positie op de arbeidsmarkt.

Hoog zorggebruik en toename in aantal huisartspatiënten
Verder vonden de experts het hoge gebruik van huisartsenzorg en de toename hierin opvallend. Er werd afgevraagd in hoeverre de toename in het percentage jongvolwassenen dat contact had met de huisarts toe te wijzen is aan een daadwerkelijke toename in het aandeel personen met klachten of door bijvoorbeeld een lagere drempel om naar de huisarts te gaan. Daarnaast vroegen de experts zich af hoe volledig het beeld van zorggebruik op basis van huisartspatiënten is, omdat jongvolwassenen ook bij andere hulpverleners terecht komen.

Missende gegevens over gevolgen van mentale (on)gezondheid
Bij de zorgkosten werd onder andere afgevraagd door de experts hoe het zit met zorg vanuit het gemeentelijk domein, inflatie en stijgende zorgkosten. Experts stelden voor om ook te kijken naar uitkeringen, zoals Wajong. Tot slot werd aangegeven dat ongedocumenteerde jongvolwassenen buiten beeld blijven, omdat zij volgens de experts niet terugkomen in deze data.

5.6 Beleidsaanbevelingen voor mentale gezondheid jongvolwassenen volgens experts

Normaliseer het onderwerp mentale gezondheid
Eén van de aanbevelingen van de experts die duidelijk naar voren kwam is normaliseren: het is normaal en oké om je niet altijd goed te voelen of lekker in je vel te zitten. De experts vonden dat er open gepraat moet kunnen worden over mentale gezondheid en problemen. Daarnaast pleitten ze ervoor het taboe van mentale problemen onder mannen te doorbreken door dit bespreekbaar te maken.

Zet in op preventie en vroegsignalering
Verder moet er volgens de experts ingezet worden op preventie van mentale problemen. Daarbij moet er volgens hen ook aandacht zijn voor beschermende factoren en het versterken van weerbaarheid: problemen zijn normaal, maar hoe ga je daarmee om? Daarnaast is er volgens de experts aandacht nodig voor vroegsignalering van mentale problemen, zodat wanneer problemen wel zijn ontstaan, die tijdig kunnen worden aangepakt.

Geef onderwijs een rol in verbetering van mentale gezondheid
De experts vonden dat het onderwijs een belangrijk rol kan spelen bij het verbeteren van mentale gezondheid van jongvolwassenen. Er moet volgens hen meer aandacht komen voor mentale gezondheid op scholen en vervolgopleidingen, het thema moet daar bespreekbaar gemaakt worden. In het onderwijs moet volgens hen ingezet worden op het versterken van bepaalde basisvaardigheden en mentaal welzijn, bijvoorbeeld door lessen over onder andere fysieke, mentale, sociale en financiële gezondheid.
Verder dachten de experts dat er een rol is weggelegd voor docenten in signalering, hier zouden docenten in getraind kunnen worden. Ook moeten onderwijs en werk volgens hen passender gemaakt worden voor de huidige generaties. Daarbij is er ruimte nodig voor maatwerk bij verschillende behoeftes, bijvoorbeeld bij neurodiversiteit.

Zet rolmodellen in
Naast onderwijs kunnen volgens de experts ook rolmodellen worden ingezet om de mentale gezondheid van jongvolwassenen te verbeteren, zowel online als offline. Hiervoor kunne volgens hen bijvoorbeeld influencers ingezet worden om positieve boodschappen over te dragen, zoals het naar elkaar omkijken en praten over mentale problemen.

Stimuleer verbinding en een plek om terecht te kunnen
Het is volgens de experts voor jongvolwassenen belangrijk om plekken te hebben waar ze terecht kunnen voor verbinding met leeftijdsgenoten of voor laagdrempelige hulp, zoals inloopplekken. Experts stelden voor om te kijken hoe bestaande initiatieven hiervoor ingezet kunnen worden. De omgeving van de jongvolwassenen speelt een belangrijke rol in hun mentale gezondheid, volgens de experts. Veel personen willen anderen helpen, maar zij weten niet altijd hoe. Initiatieven waarbij mensen in verbinding worden gebracht en elkaar kunnen helpen moeten volgens hen daarom ondersteund worden. Ook stelden de experts voor om sleutelfiguren zoals sportcoaches in te zetten om een luisterend oor te bieden. Daarnaast gaven ze aan dat voor jongvolwassenen verbinding met peers belangrijk is voor de mentale gezondheid en om eenzaamheid tegen te gaan. Wat betreft laagdrempelige hulp stelden de experts voor ook te kijken naar online mogelijkheden, zoals een online gratis therapieplatform.

Kijk breder dan het individu
Experts pleitten ervoor om breder te kijken dan alleen de specifieke hulpvraag van jongvolwassenen: mentale klachten zijn niet alleen een kwetsbaarheid van het individu, maar ook een signaal over wat er in de gehele doelgroep en de samenleving speelt. Volgens de experts moet erkend worden dat er maatschappelijke problemen zijn. Ze pleitten ervoor om weg te gaan van het individualistische en meer te kijken naar het gedeelde belang.

Zet de kracht van jongvolwassenen zelf in
Een algemeen advies van de experts is om de doelgroep zelf te betrekken bij het maken van beleid. Jongvolwassenen moeten zelf kunnen aangeven wat nodig is en eigen regie hierop geven.

Verbeter toegankelijkheid van zorg, maar pas op met labels
De ggz moet volgens de experts toegankelijker worden voor acute en ernstige problematiek. In het professionele zorgsysteem is de huisarts volgens hen de ‘poortwachter' voor mensen met mentale problematiek. Dat betekent dat zij goed getraind moeten zijn om te bepalen wie wel en geen hulp nodig heeft, aldus de experts. Een label is nu nog te vaak nodig om zorg gefinancierd te krijgen, dit beperkt de toegankelijkheid van de zorg en werkt labelen in de hand. Echter pleitten de experts er voor om in de zorg voorzichtig te zijn met labelen: jongvolwassenen zijn meer dan hun probleem.

Verdere verbetering van monitoring en informatie voor effectief beleid
De experts raadden aan om bij onderzoek naar de mentale gezondheid van jongvolwassenen gegevens te verzamelen binnen de hele groep, dus ook bij jongvolwassenen met minder taalvaardigheden. Daarnaast is er volgens de experts meer onderzoek nodig naar de zorgbehoeften van jonge mannen. Ook riep een expert op om jongvolwassenen als aparte groep te blijven monitoren, omdat het een groep in kwetsbare omstandigheden is. Continuïteit hiervan is op dit moment niet geborgd: het is nog onduidelijk of de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen een vervolg krijgt.

6 De mentale gezondheid van volwassenen

Dit hoofdstuk start in Paragraaf 1 met een samenvatting van de bevindingen in de vorm van kernboodschappen. Vervolgens wordt in Paragraaf 2 de populatie beschreven waar het hoofdstuk over gaat. In Paragraaf 3 worden de meest recente cijfers en de belangrijkste ontwikkelingen (trends) in de mentale gezondheid gegeven. In Paragraaf 4 wordt ingegaan op de resultaten van de verdiepende analyses, waarbij is gekeken naar de samenhang tussen de factoren en mentale gezondheid. In Paragraaf 5 wordt gekeken naar de belangrijkste gevolgen van mentale (on)gezondheid. De resultaten in de Paragrafen 3 tot en met 5 zijn geduid met 19 experts. Het hoofdstuk sluit in Paragraaf 6 af met aanbevelingen voor beleid, aangedragen door de experts. De duidingsinformatie per deelpopulatie is gebaseerd op expert opinion en is niet door de onderzoekers in de literatuur gecheckt, zie hiervoor Hoofdstuk 10.

6.1 Kernboodschappen voor de mentale gezondheid van volwassenen

6.1.1 Huidige situatie en trends

- Uit de cijfers blijkt dat het merendeel van de volwassenen (18 t/m 64 jaar) tevreden is met het eigen leven. Daarnaast zijn er ook mentale problemen. Bijna de helft heeft angst- of depressiegevoelens in afgelopen 4 weken. Een op de 10 heeft een hoog risico op een angststoornis of depressie en 1 op de 10 mensen voelt zich sterk eenzaam. Deze schijnbare tegenstelling roept bij de experts vragen op over de mate waarin mensen open zijn over hun problemen en ernst van hun ervaren problemen. Experts geven daarbij aan dat de problemen die mensen rapporteren mogelijk niet allemaal ontwrichtend zijn.
- Er zijn verschillen tussen mannen en vrouwen voor mentale problemen. Experts valt ook op dat volwassenen met alleen basisonderwijs vaker een minder goede mentale gezondheid hebben.
- De cijfers van sommige indicatoren zijn ongunstiger tijdens de coronapandemie en voor sommige indicatoren van mentale problemen is een ongunstige trend al ingezet vóór de coronapandemie. De cijfers van veel indicatoren zijn na de coronapandemie nog niet volledig terug op het niveau van voor de coronapandemie. Experts vragen zich af in hoeverre deze trends door de coronapandemie komen of door bredere maatschappelijke ontwikkelingen, die mogelijk al langer spelen.
- Kwaliteit en beschikbaarheid van data zijn niet optimaal. Experts signaleren dat er vooral cijfers zijn over mentale problemen, maar minder over mentaal welbevinden, zoals zingeving. Verschillen in definities, meetinstrumenten en (representativiteit van) databronnen beperken de vergelijkbaarheid en interpretatie.

6.1.2 Samenhangende factoren

- Indicatoren voor bestaanszekerheid, zoals zorgen over financiële toekomst en eerste inkomenskwintiel, en geen betaald werk

hebben hangen sterk samen met zowel lagere levenstevredenheid als meer angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken. Experts zien bestaanszekerheid als cruciaal voor de mentale gezondheid, waarbij het niet alleen gaat om financiële zorgen, maar ook om bijvoorbeeld huisvesting.

- Daarnaast hangt een matig of (zeer) slecht ervaren gezondheid sterk samen met zowel lagere levenstevredenheid als meer angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken.
- Herkomstland hangt matig samen met meer angst- en depressiegevoelens en, alleen bij vrouwen, met minder levenstevredenheid.
- Leefstijl hangt minder sterk samen met mentale gezondheid dan experts hadden verwacht. Zo is er geen samenhang gevonden met lichamelijke activiteit (alleen onderzocht voor levenstevredenheid) of alcoholgebruik. Volgens de experts komt dit mogelijk door de gehanteerde definities of de invloed van sociale context. Roken hangt matig samen met lagere levenstevredenheid en meer angst- of depressiegevoelens. Cannabisgebruik in de afgelopen maand hangt ook matig samen met meer angst- of depressiegevoelens, de samenhang met levenstevredenheid is niet onderzocht.
- Sociale aspecten van de omgeving zijn belangrijk volgens de experts. Zo hangt alleenstaand zijn, met of zonder kinderen, sterk samen met lagere levenstevredenheid en matig samen met meer angst- of depressiegevoelens. Volgens experts kan dit komen door een kleiner sociaal netwerk en minder steun. Verder hangen geen lid zijn van een vereniging, en geen dagelijks contact hebben met familie, vrienden of buren samen met lagere levenstevredenheid, de samenhang van deze factoren met angst- of depressiegevoelens is niet onderzocht.
- Zich onveilig voelen hangt sterk samen met lagere levenstevredenheid (niet onderzocht voor angst- of depressiegevoelens). Wonen in een (grote) stad hangt niet samen met levenstevredenheid, en alleen voor mannen matig met meer angst- of depressiegevoelens.
- Het is volgens de experts niet duidelijk welke factoren het belangrijkst zijn omdat de factoren één voor één zijn bekeken in de analyses. Daarnaast ontbreekt een aantal relevante factoren, zoals traumatische ervaringen en mantelzorg, en factoren op het gebied van werk, onderwijs en opvoeding.

6.1.3 Gevolgen van mentale (on)gezondheid

- Van de huisartspatiënten van 18 tot en met 64 jaar had bijna een kwart contact met de huisartsenpraktijk vanwege enigerlei psychisch probleem in 2023. Volgens de experts kan de lichte stijging die zij zien in huisartsenzorg vanaf 2014 komen door wachttijden in de ggz. Mogelijk zoeken mensen daarom vaker hulp bij de huisarts, soms ook in de vorm van psychosomatische klachten.
- Bijna 1 op de 16 inwoners van 18 tot en met 64 jaar was in behandeling bij de gespecialiseerde ggz vanwege enigerlei psychische diagnose in 2021, dit waren relatief meer vrouwen dan mannen. Het valt de experts op dat veel volwassenen die deze zorg krijgen dit niet specifiek krijgen voor angst- of

stemmingsstoornissen, hoewel deze stoornissen wel het meest voorkomen. Dit zou kunnen komen doordat de gespecialiseerde ggz met name bedoeld is voor ernstige en complexe stoornissen, wat bij angst- en stemmingsstoornissen niet altijd het geval hoeft te zijn. Lange wachttijden in de ggz zijn volgens experts een groot knelpunt en kunnen klachten verergeren of tot ernstige gevolgen leiden.

- Het aantal verloren gezonde levensjaren (DALY) voor het totaal aan psychische en gedragsstoornissen (exclusief dementie en verstandelijke beperking) in 2022 bedroeg 60,6 per 1000 inwoners van 20 tot en met 64 jaar. Voor bipolaire en depressieve stemmingsstoornissen bedroeg de ziektelast 21,8 DALY's, voor angst-, dwang en stressstoornissen 12,2 DALY's en voor burn-out 6,9 DALY's per 1000 inwoners.
- Per 100.000 inwoners van 20 tot en met 64 jaar zijn er 7,0 personen overleden als gevolg van psychische stoornissen en 12,7 personen overleden als gevolg van zelfdoding in 2024. Het valt experts op dat relatief meer vrouwen gebruikmaken van de ggz, terwijl relatief meer mannen overlijden aan de gevolgen van psychische stoornissen en suïcide.
- Experts hebben behoefte aan meer cijfers uitgesplitst naar leeftijd, diagnose en ernst van klachten. Ook is er behoefte aan inzicht in medicatiegebruik, alternatieve hulpbronnen en betere koppeling van registraties tussen de zorgdomeinen.

6.1.4 Aanbevelingen van experts

- Zet een collectieve, systeemgerichte en preventieve benadering in. Zoals een brede, preventieve aanpak voor gezin, werk, school en sociale omgeving. Experts pleiten voor aanpak van mentale gezondheid in alle beleidsdomeinen. Investeren in sociale voorzieningen en netwerken is hierbij essentieel.
- Zorg voor een aanpak van bestaanszekerheid, schulden en een gezonde leefomgeving. Structurele oplossingen zoals basisinkomen en inkomensgelijkheid worden hierbij genoemd.
- Heb aandacht voor werk-privébalans, autonomie en maatwerk. Werk, betaald of onbetaald, beschermt de mentale gezondheid en kan vaker als medicijn worden ingezet. Regionale mobiliteitsteams kunnen helpen bij begeleiding naar werk.
- Zet in op vroege en levenslange preventie van jeugd tot ouderdom. Het versterken van veerkracht, zelfregie en gezondheidsvaardigheden moet centraal staan. Positief en oplossingsgericht praten over mentale gezondheid helpt, net als normaliseren dat het soms minder goed gaat. Ook vroegsignalering op scholen, werk en in de wijk is belangrijk.
- Zorg voor toegankelijke en passende zorg en ondersteuning. Zorg moet laagdrempelig, breed toegankelijk en op maat zijn, vooral voor kwetsbare groepen. Alternatieve hulpbronnen in de wijk, zoals peersupport, kunnen wachttijden verkorten en negatieve gevolgen beperken.
- Werk aan de houdbaarheid van de ggz. Om de ggz toegankelijk te houden, is flexibiliteit en minder bureaucratie nodig. Meer regionale samenwerking en minder marktwerking worden aanbevolen. De ggz moet vooral beschikbaar blijven voor mensen met complexe problemen.

- Investeer in digitale middelen, innovatie en kennisdeling tussen zorg, onderzoek en beleid. Effectieve aanpakken moeten verder worden onderzocht. Samenwerking tussen verschillende domeinen is essentieel voor integraal beleid.

6.2 Volwassenen in Nederland

Op 1 januari 2025 woonden er bijna 11 miljoen volwassenen van 18 tot en met 64 jaar in Nederland, dat is 60,9% van de totale Nederlandse bevolking. Hiervan is 50,3% man en 49,7% vrouw (Bevolkingsstatistiek, 2025).

Volwassenen in de leeftijd van 18 tot en met 64 jaar vormen een diverse groep met verschillende levensfases en ervaringen. Volwassenheid wordt gekenmerkt door toenemende zelfstandigheid, meer verantwoordelijkheden en het vervullen van verschillende rollen, zoals werken, het runnen van een huishouden en gezinsvorming. De eerste jaren van volwassenheid kennen veel veranderingen, zoals de overgang van studeren naar werken en het zoeken naar zelfstandigheid en identiteit (zie Hoofdstuk 5. Jongvolwassenen). De middelbare leeftijd is een stabielere fase, maar kan nieuwe uitdagingen met zich meebrengen, zoals gezondheidsproblemen, het zorgen voor anderen en de voorbereiding op het pensioen. Mentale gezondheid kan onder druk staan door deze verantwoordelijkheden en is bovendien van invloed op anderen in het leven van de volwassene, zoals kinderen, collega's en partners.

6.3 Mentale gezondheid van volwassenen: huidige situatie en trends

Voor het beschrijven van de mentale gezondheid van volwassenen is data gebruikt uit de Sociale Samenhang en Welzijn (SSW) (2024), Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen (GMVO) (2024), Gezondheidsenquête (GE) (2024) en NEMESIS-3 (2019/2022). Uit deze databronnen zijn vijf indicatoren geselecteerd over mentaal welbevinden, mentale problemen en psychische aandoeningen (zie Tekstboxen 6.1 en 6.2). Voor iedere indicator worden cijfers gegeven voor de gehele doelgroep volwassenen en waar mogelijk ook uitsplitsingen naar geslacht/gender, opleidingsniveau, en wordt gekeken naar trends.

6.3.1 Huidige situatie en trends in mentaal welbevinden

Tekstbox 6.1 Indicatoren mentaal welbevinden

Levenstevredenheid is gemeten met de vraag 'Kunt u op een schaal van 1 tot en met 10 aangeven in welke mate u tevreden bent met het leven dat u nu leidt? Hierbij staat een 1 voor volledig ontevreden en 10 voor volledig tevreden'. Een cijfer van 7 tot en met 10 betekent tevreden.

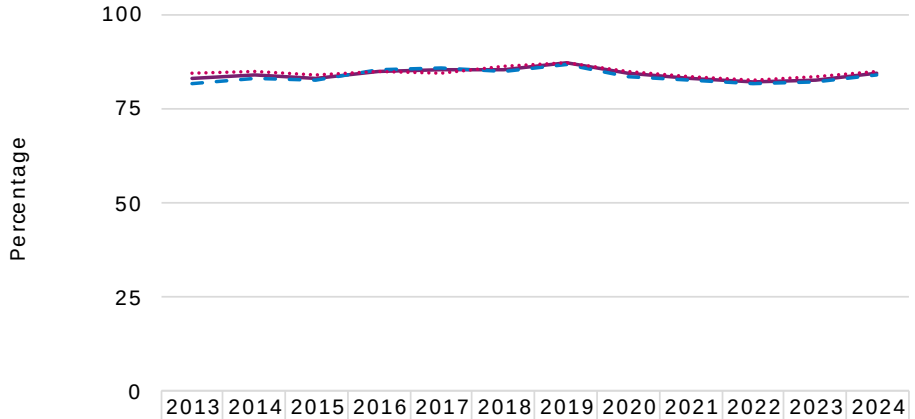
Tabel 6.1 Huidige situatie voor levenstevredenheid bij volwassenen

		Levenstevredenheid
	Jaartal gegevens	**2024**
	Bron	**SSW**
	Populatie	**18-64 jaar**
	Cijfer	**%**
	Totaal	84,3
Geslacht	Man	83,9
	Vrouw	84,7
Opleidingsniveau	Basisonderwijs	69,7
	Vmbo, mbo1, avo, onderbouw	77,7
	Havo, vwo, mbo	84,6
	Hbo, wo bachelor	86,4
	Wo, master, doctor	90,4

Levenstevredenheid

Iets meer dan 8 op de 10 (84,3%) volwassenen was tevreden over hun leven in 2024 (SSW, 2024; zie Tabel 6.1). Het percentage mannen dat tevreden was over het leven (83,9%) kwam ongeveer overeen met het percentage vrouwen (84,7%). Voor cijfers per opleidingsniveau zie Tabel 6.1. Het aandeel volwassenen dat tevreden was over het eigen leven lag in de periode van 2013 tot en met 2024 tussen de 82,0% en 86,9%, met de laagste percentages van 2021 tot en met 2023 (zie Figuur 6.1).

Figuur 6.1 Percentage volwassenen dat tevreden is over het eigen leven in de periode 2013 t/m 2024



	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totaal	83,0	84,0	83,2	84,9	85,1	85,4	86,9	84,2	82,9	82,0	82,7	84,3
Man	81,5	83,2	82,4	85,1	85,9	84,6	86,5	83,6	82,3	81,5	82,1	83,9
Vrouw	84,5	84,9	84,0	84,6	84,4	86,2	87,3	84,9	83,5	82,4	83,4	84,7

Bron: SSW

6.3.2 *Huidige situatie en trends in mentale problemen*

Tekstbox 6.2 Indicatoren mentale problemen

Angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken is gemeten met de Mental Health Inventory-5 (MHI-5). De MHI-5 bevat vijf vragen die gaan over hoe men zich in de afgelopen 4 weken voelde: 'Voelde u zich erg zenuwachtig?', 'Zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken?', 'Voelde u zich kalm en rustig?', 'Voelde u zich neerslachtig en somber?' en 'Voelde u zich gelukkig?'. Er zijn 6 antwoorden mogelijk, variërend van (0) 'nooit' tot (5) 'voortdurend'. Een somscore van 76 of lager (range 0-100) betekent de aanwezigheid van angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken [9–11].

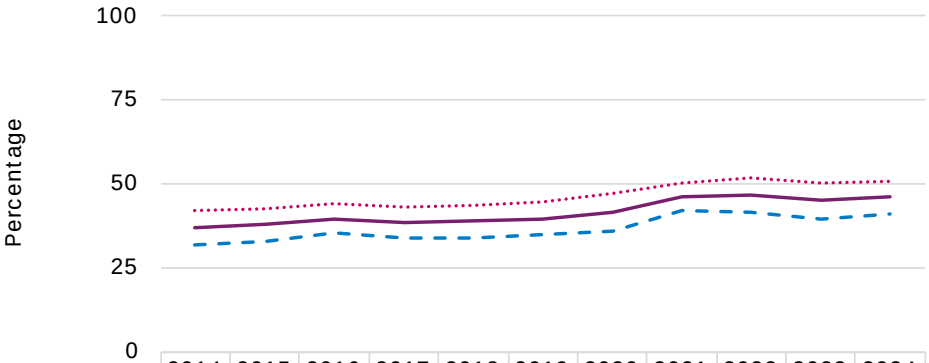
Beperkt voelen door emotionele problemen in werk of andere dagelijkse bezigheden is gemeten met de vraag 'Als u denkt aan uw werk of andere dagelijkse bezigheden, heeft u dan door een emotioneel probleem (bijvoorbeeld doordat u zich depressief of angstig voelde) in de afgelopen 4 weken minder bereikt dan u zou willen?'. Antwoordmogelijkheden zijn 'ja' en 'nee'.

Hoog risico op een angststoornis of depressie is gemeten met de Kessler-10 vragenlijst (K10). De vragenlijst bestaat uit tien vragen over hoe iemand zich voelde in de afgelopen 4 weken, zoals 'Hoe vaak voelde u zich hopeloos?', 'Hoe vaak vond u zichzelf afkeurenswaardig, minderwaardig of waardeloos?' en 'Hoe vaak voelde u zich zenuwachtig?'. Antwoordcategorieën variëren van (1) 'altijd' tot (5) 'nooit'. Een somscore van 30 en hoger (range 10-50) is een indicatie voor een hoog risico op een angststoornis of depressie [12].

Sterk eenzaam is gemeten met een verkorte versie van de eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld, bestaande uit zes uitspraken over sociale en emotionele eenzaamheid zoals 'Ik mis mensen om me heen' en 'Vaak voel ik me in de steek gelaten'. Er zijn drie antwoorden mogelijk: 'ja', 'min of meer' en 'nee'. Een somscore van 5 of 6 betekent sterk eenzaam (range 0-6) [13].

Angst- of depressiegevoelens
Bijna de helft (45,8%) van de volwassenen had angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken in 2024 (GE, 2024; zie Tabel 6.2). Bij vrouwen was dit percentage hoger (50,5%) dan bij mannen (41,1%). Voor cijfers per opleidingsniveau zie Tabel 6.2 Het percentage volwassenen met angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken ging in de periode van 2014 tot en met 2024 van 36,6% in 2014 naar 45,8% in 2024, waarbij het percentage het hoogst (46,4%) was in 2022, (zie Figuur 6.2). Het patroon voor mannen en vrouwen is hetzelfde, alleen meer vrouwen hebben angst- of depressiegevoelens dan mannen.

Figuur 6.2 Percentage volwassenen met angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken in de periode 2014 t/m 2024



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totaal	36,6	37,7	39,6	38,1	38,6	39,5	41,4	45,9	46,4	44,8	45,8
Man	31,6	32,8	35,1	33,5	33,9	34,6	35,9	41,9	41,2	39,5	41,1
Vrouw	41,7	42,5	44,2	42,7	43,3	44,4	47,1	50,0	51,7	50,0	50,5

Bron: GE

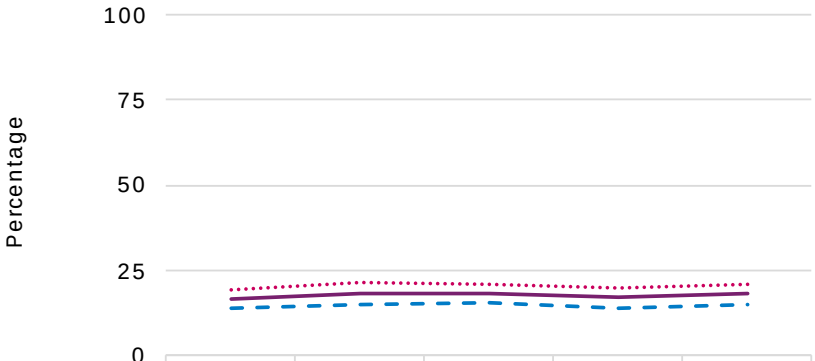
Tabel 6.2 Huidige situatie voor de vier indicatoren voor mentale problemen bij volwassenen

		Angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken	**Beperkt voelen door emotionele problemen in de afgelopen 4 weken**	**Hoog risico op een angststoornis of depressie**	**Sterk eenzaam**
	Jaartal gegevens	**2024**	**2024**	**2024**	**2024**
	Bron	**GE**	**GE**	**GMVO**	**SSW**
	Populatie	**18-64 jaar**	**18-64 jaar**	**18-64 jaar**	**18-64 jaar**
	Cijfer	**%**	**%**	**%**	**%**
	Totaal	45,8	18,1	10,5	10,6
Geslacht / gender	Man	41,1	15,3	8,7	10,1
	Vrouw	50,5	21,0	12,1	11,1
	Anders dan man of vrouw	-	-	38,1	-
Opleidingsniveau	Basisonderwijs	58,7	24,4	-	19,2
	Vmbo, mbo1, avo, onderbouw	49,9	18,1	-	13,1
	Havo, vwo, mbo	43,9	18,1	-	10,6
	Hbo, wo bachelor	44,0	16,6	-	9,6
	Wo, master, doctor	43,9	17,7	-	8,1
Opleidingsniveau	Lo, mavo, lbo	-	-	16,5	-
	Havo, vwo, mbo	-	-	11,6	-
	Hbo, wo	-	-	7,5	-

-: geen gegevens beschikbaar

Beperkt voelen door emotionele problemen
Ruim 1 op de 6 (18,1%) volwassenen voelde zich door emotionele problemen beperkt bij werk of andere dagelijkse bezigheden in de afgelopen 4 weken in 2024 (GE, 2024; zie Tabel 6.2). Zij hadden door emotionele problemen, zoals depressief of angstig voelen, in de afgelopen 4 weken minder bereikt bij werk of andere dagelijkse bezigheden dan ze zouden willen. Dit was 15,3% voor mannen en 21,0% voor vrouwen. Voor cijfers per opleidingsniveau zie Tabel 6.2. Het percentage volwassenen dat zich door emotionele problemen beperkt voelde bij werk of andere dagelijkse bezigheden in de afgelopen 4 weken lag in de periode van 2020 tot en met 2024 tussen de 16,5% en 18,4% (zie Figuur 6.3). Het patroon voor mannen en vrouwen is hetzelfde, alleen meer vrouwen voelen zich beperkt door emotionele problemen dan mannen.

Figuur 6.3 Percentage volwassenen dat zich beperkt voelt door emotionele problemen bij werk of andere dagelijkse bezigheden in de afgelopen 4 weken in de periode 2020 t/m 2024

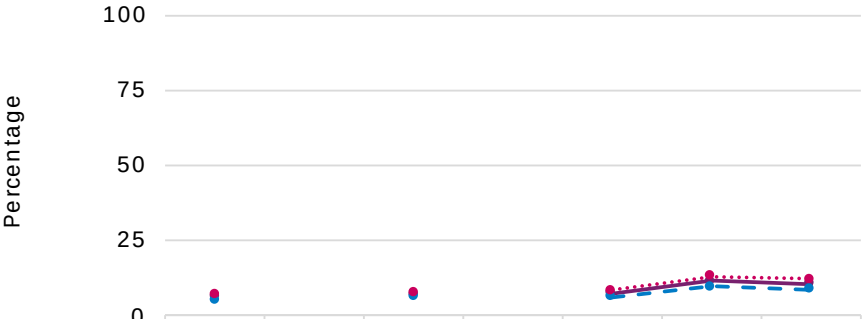


	2020	2021	2022	2023	2024
Totaal	16,5	18,3	18,4	17,1	18,1
Man	13,9	15,0	15,8	14,2	15,3
Vrouw	19,2	21,6	21,0	20,0	21,0

Bron: GE

Hoog risico op een angststoornis of depressie
Ruim 1 op de 10 (10,5%) volwassenen had een hoog risico op een angststoornis of depressie in 2024 (GMVO, 2024; zie Tabel 6.2).
Het percentage mannen met een hoog risico op een angststoornis of depressie was 8,7% en het percentage vrouwen was 12,1%. Voor mensen met een gender anders dan man of vrouw was dit 38,1%. Voor cijfers per opleidingsniveau zie Tabel 6.2. Het aandeel volwassenen met een hoog risico op een angststoornis of depressie lag in de periode 2012 tot en met 2020 tussen de 6,0% en 7,2%. In 2022 was het percentage 11,4% en in 2024 10,5% (zie Figuur 6.4). Het patroon voor mannen en vrouwen is hetzelfde.

Figuur 6.4 Percentage volwassenen met een hoog risico op een angststoornis of depressie in de periode 2012 t/m 2024



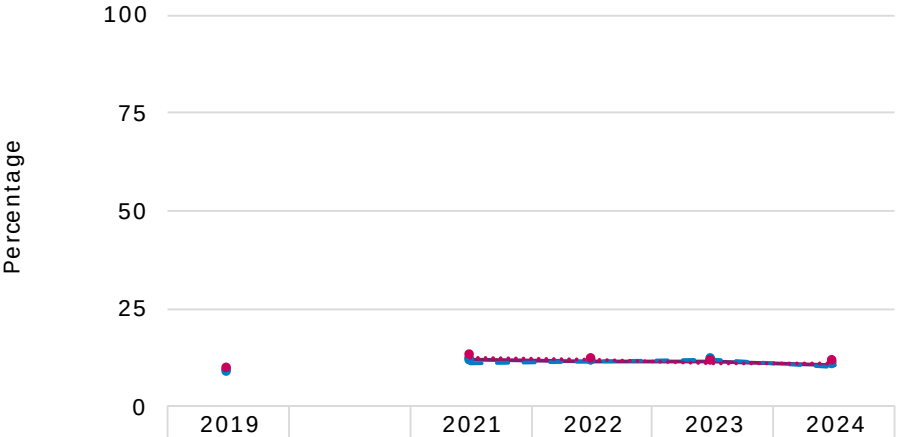
	2012	2014	2016	2018	2020	2022	2024
Totaal	6,0		7,1		7,2	11,4	10,5
Man	5,0		6,4		6,0	9,6	8,7
Vrouw	7,1		7,7		8,4	13,0	12,1

Bron: GMVO

Sterk eenzaam

Ruim 1 op de 10 (10,6%) volwassenen was sterk eenzaam in 2024 (SSW, 2024; zie Tabel 6.2). Het percentage mannen dat sterk eenzaam was (10,1%) kwam ongeveer overeen met het percentage vrouwen (11,1%). Voor cijfers per opleidingsniveau zie Tabel 6.2. Het aandeel sterk eenzame volwassenen lag in de periode 2019 tot en met 2024 tussen de 9,0% (2019) en 11,8% (2021) (zie Figuur 6.5).

Figuur 6.5 Percentage volwassenen dat sterk eenzaam is in de periode 2019 t/m 2024



	2019		2021	2022	2023	2024
Totaal	9,0		11,8	11,5	11,5	10,6
Man	8,5		11,1	11,3	11,8	10,1
Vrouw	9,5		12,5	11,8	11,2	11,1

Bron: SSW

6.3.3 *Huidige situatie en trends in psychische aandoeningen*

Voor volwassenen in de leeftijd van 18 tot en met 64 jaar zijn geen cijfers beschikbaar voor psychische aandoeningen. In het hoofdstuk over de algemene populatie worden voor psychische aandoeningen cijfers

gegeven voor de leeftijdsgroep van 18 jaar tot en met 75 jaar en de 10-jaars leeftijdsgroepen daarbinnen (Paragraaf 3.3.3).

6.3.4 *Duiding huidige situatie en trends mentale gezondheid volwassenen*

Hieronder staat samengevat wat er door de experts is ingebracht over de duiding van bovenstaande resultaten.

Merendeel is tevreden met het leven maar velen hebben ook mentale uitdagingen.
Het viel de experts op dat de resultaten rond mentale gezondheid bij volwassenen schijnbare tegenstellingen laten zien. Een merendeel van de volwassenen gaf aan (zeer) tevreden te zijn met het leven, terwijl tegelijkertijd bijna de helft aangaf angst- of depressiegevoelens te hebben ervaren. Experts vroegen zich af of dit bijvoorbeeld komt door een grotere openheid over mentale problemen. Daarnaast zouden ook problemen genoemd kunnen worden die niet of minder ontwrichtend zijn.

Trends in mentale gezondheid en de coronapandemie
De experts merkten op dat er een impact lijkt te zijn van de coronapandemie op de trends van mentale gezondheid. De cijfers van sommige indicatoren waren ongunstiger tijdens de coronapandemie, zoals angst- of depressiegevoelens, en andere indicatoren, zoals levenstevredenheid, bleken redelijk stabiel te zijn. Voor sommige indicatoren van mentale problemen was een stijging al ingezet vóór de coronapandemie. Over het algemeen lijken de cijfers niet helemaal terug op het niveau van vóór de coronapandemie. Experts noemden dat dit onzekerheid geeft over in hoeverre recente trends het directe gevolg zijn van de pandemie en/of van andere, bredere maatschappelijke ontwikkelingen, bijvoorbeeld nadruk op mentale gezondheid en ontwikkelingen in het internationale politieke klimaat. Meer duidelijkheid over welke factoren hier een rol in spelen is nodig.

Verschillen in mentale gezondheid tussen opleidingsniveau, geslacht/gender en leeftijd
Experts viel op dat volwassenen met alleen basisonderwijs in het algemeen een slechtere mentale gezondheid hebben dan volwassenen met andere opleidingsniveaus. Verder viel hen op dat volwassenen met een ander gender dan man of vrouw een vaker een hoog risico op angststoornis of depressie hebben dan mannen en vrouwen. Ook zagen ze dat jongere leeftijdsgroepen vaker psychische aandoeningen hadden. Experts vroegen zich af of het hogere aandeel psychische aandoeningen in het afgelopen jaar bij jongvolwassenen komt doordat deze generatie er meer last van heeft (cohorteffect), of dat het te maken heeft met hun leeftijd (leeftijdseffect). Hierdoor is het nog onduidelijk of psychische aandoeningen in de komende jaren gaan toenemen in de hele bevolking, of dat ze juist zullen afnemen als deze jongeren ouder worden. Verder misten de experts uitsplitsingen voor de cijfers over mentaal welbevinden en mentale problemen naar leeftijd binnen de volwassenengroep.

Kwaliteit en beschikbaarheid van indicatoren en data niet optimaal
De experts signaleerden diverse tekortkomingen in de huidige monitoring van mentale gezondheid van volwassenen. Er zijn meer

cijfers over mentale problemen, terwijl aspecten van mentaal welbevinden, zoals zingeving, grotendeels ontbreken. Daarnaast zijn er verschillen in definities, meetinstrumenten en (de representativiteit van) databronnen. Dit riep bij de experts vragen op over de vergelijkbaarheid van de cijfers, en of populaties mogelijk overlappen tussen databronnen.

6.4 Factoren voor de mentale gezondheid van volwassenen

Deze paragraaf beschrijft factoren voor de mentale gezondheid bij volwassenen aan de hand van indicatoren voor individuele en omgevingsfactoren. De gebruikte data zijn afkomstig uit Sociale Samenhang en Welzijn (SSW) (2023) en de Gezondheidsenquête (GE) (2023). Per indicator is geanalyseerd of en in welke mate deze samenhangt met levenstevredenheid uit SSW en/of angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken uit de GE (zie ook Paragrafen 6.3.1 en 6.3.2). Bij de analyses is rekening gehouden met verschillen in geslacht, leeftijd en opleidingsniveau[9]. Voor mannen en vrouwen worden factoren apart besproken als er verschillen zijn in de aanwezigheid of de richting van de samenhang.

6.4.1 Individuele factoren

Voor individuele factoren in het conceptueel monitormodel mentale gezondheid zijn er in de SSW (2023) zes indicatoren en in de GE (2023) acht indicatoren beschikbaar, zie Tekstbox 6.3 en Tabel 6.3ab.

Tekstbox 6.3 Indicatoren individuele factoren

Demografisch

Herkomstland anders dan Nederland (SSW en GE) is bepaald op basis van geboorteland van de persoon en diens ouders. Bij personen met een herkomstland anders dan Nederland is de persoon zelf en/of ten minste één van beide ouders niet in Nederland geboren. Personen met herkomstland Nederland zijn in Nederland geboren, net als hun beide ouders.

Sociaaleconomisch

Zorgen over de financiële toekomst (SSW) is gemeten met de vraag ‘Kunt u op een schaal van 1 tot en met 10 aangeven hoe vaak u zich zorgen maakt over uw financiële toekomst? Een 1 staat voor nooit en een 10 voor voortdurend’. Een cijfer van 5 tot en met 10 betekent dat een volwassene zich zorgen maakt over hun financiële toekomst.
Eerste inkomenskwintiel (GE) is bepaald op het niveau van huishoudens en niet op individueel niveau. Personen in het eerste inkomenskwintiel maken deel uit van een huishouden uit de 20% huishoudens met de laagste huishoudinkomens.

[9] Hierdoor kan de samenhang tussen de indicator en mentale gezondheid niet meer worden verklaard door de mogelijke invloed van leeftijd, geslacht en/of opleidingsniveau.

Geen lid van een vereniging (SSW) is gemeten met de vraag 'Bent u lid van één of meer van de volgende verenigingen of organisaties (ja/nee)?' Hierbij is gevraagd naar sportverenigingen, zang-, muziek of toneelverengingen, hobbyverenigingen, jeugd- of jongerenorganisaties, gezelligheidsverenigingen of andere verenigingen. Een volwassene is geen lid van een vereniging als de betreffende volwassene niet op ten minste één van deze vragen met 'ja' heeft geantwoord.

Geen betaald werk (SSW en GE) is nagevraagd op basis van het aantal uren dat de volwassene meestal werkt per week. Een volwassene heeft geen betaald werk als de betreffende persoon minder dan 1 uur werken per week heeft geantwoord.

Leefstijl
Niet voldoen aan de beweegrichtlijnen (GE) van de Gezondheidsraad houdt in dat een persoon niet voldoende matig en/of zwaar intensieve activiteiten en niet voldoende spier- en botversterkende activiteiten doet [16].

Zware drinker (SSW en GE) is een volwassene die minstens één keer per week vier of meer glazen (voor vrouwen) of zes of meer glazen (voor mannen) alcohol op één dag drinkt.

Cannabis gebruikt in de afgelopen maand (GE) is bepaald door te vragen of een volwassene cannabis (hasj, wiet, marihuana) in de laatste 30 dagen heeft gebruikt.

Rookt (weleens) (SSW en GE) is vastgesteld met het antwoord 'Ja' op de vraag 'Rookt u weleens (het gaat daarbij om het roken van tabak, niet om een e-sigaret of vape)?' (GE). In de SSW is dit vastgesteld met het antwoord 'Ja' op de vraag 'Rookt u?'.

Gezondheid algemeen
Matige of (zeer) slechte ervaren gezondheid (SSW en GE) is gemeten met de vraag 'Hoe is over het algemeen uw gezondheid?. Er zijn vijf antwoorden mogelijk: 'zeer goed', 'goed', 'gaat wel', 'slecht' en 'zeer slecht'. De laatste drie antwoorden betekenen een matige of (zeer) slecht ervaren gezondheid.

Demografisch
Volwassenen met een herkomstland anders dan Nederland hebben een lagere levenstevredenheid en hebben vaker angst- of depressiegevoelens dan volwassenen met herkomstland Nederland (zie Tabel 6.3a). Deze samenhang is matig. De samenhang met lagere levenstevredenheid is alleen bij vrouwen aanwezig en niet bij mannen (zie Tabel 6.3b).

Sociaaleconomisch
Zorgen maken over de financiële toekomst (52,7%) hangt sterk samen met een lagere levenstevredenheid en behoren tot een huishouden in het eerste inkomenskwintiel (16,1%) hangt sterk samen met meer angst- of depressiegevoelens (zie Tabel 6.3a). Geen betaald werken hebben hangt sterk samen zowel met een lagere levenstevredenheid als

met meer angst- of depressiegevoelens. Geen lid zijn van een vereniging (31,9%) hangt matig samen met een lagere levenstevredenheid (zie Tabel 6.3a).

Leefstijl
Roken hangt matig samen met lagere levenstevredenheid en meer angst- of depressiegevoelens (zie Tabel 6.3a). Volwassenen die cannabis hebben gebruikt in de afgelopen maand (6,3%) hebben vaker angst- of depressiegevoelens dan volwassenen die geen cannabis hebben gebruikt in de afgelopen maand (samenhang met levenstevredenheid niet onderzocht). Zwaar drinken en niet voldoen aan de beweegrichtlijnen hangen niet samen met angst- of depressiegevoelens en zwaar drinken hangt ook niet samen met levenstevredenheid (niet onderzocht voor niet voldoen aan de beweegrichtlijnen).

Gezondheid algemeen
Een matige of (zeer) slechte ervaren gezondheid bij volwassenen hangt sterk samen met zowel een lagere levenstevredenheid als met meer angst- of depressiegevoelens (zie Tabel 6.3a).

*Tabel 6.3a Samenhang van individuele factoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder volwassenen (18 t/m 64 jaar)**

			SSW (2023)		GE (2023)	
			Levens-tevredenheid		Angst- of depressie gevoelens afgelopen 4 weken	
	Individuele factor	Indicator	Volwassenen %	OR	Volwassenen %	OR
Demografisch	Herkomst	Herkomstland anders dan Nederland	29,7	0,73	29,1	1,47
Sociaaleconomisch	Bestaanszekerheid	Zorgen over financiële toekomst	52,7	0,33	-	-
		Eerste inkomenskwintiel	-	-	16,1	2,44
	Meedoen in de samenleving	Geen lid van een vereniging	31,9	0,55	-	-
	Arbeidspositie	Geen betaald werk	15,5	0,32	15,6	2,45
Leefstijl	Lichamelijke activiteit	Voldoet niet aan de beweegrichtlijnen	-	-	54,6	ns
	Alcoholgebruik	Zware drinker	25,1	ns	9,0	ns
	Cannabisgebruik	Cannabis gebruikt in de afgelopen maand	-	-	6,3	1,72
	Roken	Rookt (weleens)	15,8	0,55	21,8	1,46
Gezondheid algemeen	Ervaren gezondheid	Matige of (zeer) slechte ervaren gezondheid	29,6	0,20	23,6	6,16

*Analyses zijn gecontroleerd voor geslacht, leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau
Oranje bolletje = statistisch significante, matige samenhang (levenstevredenheid: OR tussen 0,5 en 1,0; angst- of depressiegevoelens: OR tussen 1,0 en 2,0; $p<0,05$)
Rood bolletje = statistisch significante, sterke samenhang (levenstevredenheid: OR 0,5 of lager; angst- of depressiegevoelens: OR 2,0 of hoger; $p<0,05$)
OR = odds ratio, ns = niet significante samenhang ($p \geq 0,05$), - = geen gegevens beschikbaar
In Bijlage 8 staan de referentiegroepen en de 95% betrouwbaarheidsintervallen van de odds ratio's

*Tabel 6.3b Samenhang van individuele factoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder mannen en vrouwen van 18 tot en met 64 jaar**

			SSW (2023)		GE (2023)	
			Levenstevredenheid		Angst- of depressiegevoelens afgelopen 4 weken	
			Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
	Individuele factor	Indicator	OR	OR	OR	OR
Demografisch	Herkomst	Herkomstland anders dan Nederland	ns	0,66	1,52	1,42
Sociaaleconomisch	Bestaanszekerheid	Zorgen over financiële toekomst	0,36	0,29	-	-
		Eerste inkomenskwintiel	-	-	2,42	2,43
	Meedoen in de samenleving	Geen lid van een vereniging	0,62	0,49	-	-
	Arbeidspositie	Geen betaald werk	0,24	0,35	2,42	2,49
Leefstijl	Lichamelijke activiteit	Voldoet niet aan de beweegrichtlijnen	-	-	ns	ns
	Alcoholgebruik	Zware drinker	ns	ns	ns	ns
	Cannabisgebruik	Cannabis gebruikt in de afgelopen maand	-	-	1,44	1,49
	Roken	Rookt (weleens)	0,60	0,50	1,59	2,21
Gezondheid algemeen	Ervaren gezondheid	Matige of (zeer) slechte ervaren gezondheid	0,21	0,19	5,90	6,41

*Analyses zijn gecontroleerd voor leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau
Oranje bolletje = statistisch significante, matige samenhang (levenstevredenheid: OR tussen 0,5 en 1,0; angst- of depressiegevoelens: OR tussen 1,0 en 2,0; $p<0,05$)
Rood bolletje = statistisch significante, sterke samenhang (levenstevredenheid: OR 0,5 of lager; angst- of depressiegevoelens: OR 2,0 of hoger; $p<0,05$)
OR = odds ratio, ns = niet significante samenhang ($p \geq 0,05$), - = geen gegevens beschikbaar
In Bijlage 8 staan de referentiegroepen en de 95% betrouwbaarheidsintervallen van de odds ratio's

6.4.2 *Omgevingsfactoren*

Voor de omgevingsfactoren in het conceptueel monitormodel mentale gezondheid zijn in de SSW (2023) vier indicatoren en in de GE (2023) twee indicatoren beschikbaar, zie Tekstbox 6.4 en Tabel 6.4ab.

Tekstbox 6.4 Indicatoren omgevingsfactoren

Gezin

Alleenstaand of alleenstaande ouder (SSW en GE) is bepaald op basis van de positie in het huishouden. Hierbij is een samenvoeging gemaakt van ‘alleenstaande’ en ‘ouder in eenoudergezin’, oftewel een alleenstaande met of zonder kinderen. De andere mogelijke posities zijn ‘partner in paar zonder thuiswonende kinderen’, ‘partner in paar met thuiswonende kind(eren)’, ‘kind in gezin met (echt)paar’, ‘kind in eenoudergezin’ en ‘overig’.

Woon- en leefomgeving

Geen dagelijks contact met familie, vrienden of buren (SSW) is gebaseerd op drie vragen over hoe vaak de volwassene contact heeft met familie of gezinsleden die niet bij diegene thuis wonen, vriend(inn)en of echt goede kennissen, of buren. Hierbij kon geantwoord worden met ‘dagelijks’, ‘minstens 1x per week, maar niet dagelijks’, ‘minstens 1x per maand, maar niet wekelijks’, ‘minder dan 1x per maand’ of ‘zelden of nooit’. Een volwassene heeft geen dagelijks contact met familie, vrienden of buren als de betreffende persoon niet op ten minste één van deze vragen met ‘dagelijks’ heeft geantwoord.

Voelt zich (een beetje) onveilig (SSW) is gemeten met de vraag ‘Hoe vaak voelt u zich onveilig?’. Het gaat hierbij om veiligheid in het algemeen. Een cijfer van 5 tot en met 10 betekent dat een volwassene zich (een beetje) onveilig voelt.

In (grote) stad wonen (SSW en GE) is bepaald op basis van de omgevingsadressendichtheid van de woongemeente volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Een volwassene woont in een (grote) stad wanneer de stedelijkheid (zeer) sterk of matig is (code 1-3). Een volwassene woont niet in een (grote) stad wanneer de woongemeente weinig of niet stedelijk is (code 4-5) [17].

Gezin

Alleenstaand of alleenstaande ouder zijn hangt sterk samen met een lagere levenstevredenheid en hangt matig samen met meer angst- of depressiegevoelens (zie Tabel 6.4a).

Woon- en leefomgeving

Geen dagelijks contact hebben met familie, vrienden of buren (46,1%) en zich (een beetje) onveilig voelen (22,9%) hangen samen met een lagere levenstevredenheid (zie Tabel 6.4a). Alleen voor zich (een beetje) onveilig voelen gaat het om een sterke samenhang. Volwassenen die in een (grote) stad wonen (72,9%) hebben vaker angst- of depressiegevoelens dan volwassenen die in een (grote) stad wonen. Deze samenhang is alleen bij mannen aanwezig en niet bij vrouwen (zie Tabel 6.4b). Er is geen samenhang gevonden tussen in een grote stad wonen en levenstevredenheid.

*Tabel 6.4a Samenhang van omgevingsfactoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder volwassenen (18 t/m 64 jaar)**

			SSW (2023)		GE (2023)	
			Levens-tevredenheid		Angst- of depressie gevoelens afgelopen 4 weken	
	Omgevingsfactor	Indicator	Volwassenen %	OR	Volwassenen %	OR
Gezin	Thuissituatie	Alleenstaand of alleenstaande ouder	28,0	0,42	24,9	1,76
Woon- en leefomgeving	Sociale leefomgeving	Geen dagelijks contact met familie, vrienden of buren	46,1	0,76	-	-
	Veiligheid woonomgeving	Voelt zich (een beetje) onveilig	22,9	0,41	-	-
	Fysieke woonomgeving	In (grote) stad wonen	73,6	ns	72,9	1,25

*Tabel 6.4b Samenhang van omgevingsfactoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder mannen en vrouwen van 18 tot en met 64 jaar**

			SSW (2023)		GE (2023)	
			Levenstevredenheid		Angst- of depressiegevoelens afgelopen 4 weken	
	Omgevingsfactor	Indicator	Mannen OR	Vrouwen OR	Mannen OR	Vrouwen OR
Gezin	Thuissituatie	Alleenstaand of alleenstaande ouder	0,39	0,45	1,94	1,62
Woon- en leefomgeving	Sociale leefomgeving	Geen dagelijks contact met familie, vrienden of buren	0,77	0,74	-	-
	Veiligheid woonomgeving	Voelt zich (een beetje) onveilig	0,40	0,42	-	-
	Fysieke woonomgeving	In (grote) stad wonen	ns	ns	1,40	ns

*Analyses zijn gecontroleerd voor geslacht (alleen bij analyses op de totale groep), leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau
Oranje bolletje = statistisch significante, matige samenhang (levenstevredenheid: OR tussen 0,5 en 1,0; angst- of depressiegevoelens: OR tussen 1,0 en 2,0; $p<0,05$)
Rood bolletje = statistisch significante, sterke samenhang (levenstevredenheid: OR 0,5 of lager; angst- of depressiegevoelens: OR 2,0 of hoger; $p<0,05$)
OR = odds ratio, ns = niet significante samenhang ($p \geq 0,05$), - = geen gegevens beschikbaar
In Bijlage 8 staan de referentiegroepen en de 95% betrouwbaarheidsintervallen van de odds ratio's

6.4.3 *Duiding factoren voor mentale gezondheid*

Hieronder staat samengevat wat er door de experts is ingebracht over de duiding van bovenstaande resultaten.

Bestaanszekerheid is een belangrijke factor voor mentale gezondheid
Experts benadrukten het belang van bestaanszekerheid voor mentale gezondheid. De factoren die een indicatie geven van bestaanszekerheid en arbeidspositie hingen sterk samen met zowel levenstevredenheid als angst- of depressiegevoelens. Opgemerkt werd dat zorgen over de financiële toekomst ook veel voorkomen in deze doelgroep. Bestaanszekerheid is volgens de experts breder dan alleen de financiële situatie zoals hier gemeten, ook huisvestingszekerheid en andere structurele componenten horen daarbij.

Leefstijl hangt minder sterk samen met mentale gezondheid dan verwacht
In tegenstelling tot wat sommige experts hadden verwacht, bleken niet alle vier de geselecteerde leefstijlfactoren samen te hangen met indicatoren voor mentale gezondheid. Experts vonden het opvallend dat er geen samenhang werd gevonden tussen lichamelijke activiteit en mentale gezondheid, en opperden dat mogelijk de definitie aan de hand van de beweegrichtlijnen hier een rol in speelt. Ook het niet vinden van een samenhang tussen alcoholgebruik en mentale gezondheid viel op, mogelijk komt dit door de sociale context van alcoholgebruik. Ook kunnen de gekozen indicatoren voor mentale gezondheid en meetmethodes een rol spelen.

Overige individuele factoren lastig om te duiden
Herkomstland heeft een minder sterk samenhang met mentale gezondheid dan sommige experts verwachtten. Experts gaven aan hier meer inzicht in nodig te hebben om dit goed te kunnen duiden, bijvoorbeeld in hoeverre sociale, culturele of economische aspecten een rol spelen. Verder viel het de experts op dat ervaren gezondheid sterk samenhangt met mentale gezondheid, maar dat dit mogelijk komt omdat mensen hun mentale toestand hierin al meenemen.

Sociale aspecten als belangrijk
Volgens experts groeit het aandeel alleenstaanden in de samenleving. Dit is relevant omdat alleenstaanden vaker een minder goede mentale gezondheid hebben. Experts suggereerden als mogelijk oorzaken het ontbreken van een partner en een kleiner sociaal netwerk. Voor alleenstaande ouders kan het gebrek aan steun van een partner ook extra stress geven, doordat zij alleen verantwoordelijk zijn voor de dagelijkse zorg voor hun kinderen. In de woonomgeving viel bij de experts de samenhang tussen een onveilig gevoel en lagere levenstevredenheid op. Gesuggereerd werd dat dit mogelijk een signaal is van het huidige onveiligheidsgevoel in de wereld, wat zou kunnen wijzen op een verdere afname van levenstevredenheid in de toekomst. Tegelijkertijd was er ook onduidelijkheid over wat ‘voelt zich onveilig’ precies meet.

Onderlinge samenhang maakt het aanwijzen van de belangrijkste factoren onmogelijk
In de analyses is rekening gehouden met de invloed van leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, maar de verschillende factoren zijn afzonderlijk bekeken, en niet samen in één model. Daardoor is er geen inzicht in de onderlinge samenhang tussen de factoren en is het volgens experts niet duidelijk welke factoren het belangrijkst zijn voor mentale gezondheid. Ook gaven de experts aan dat de samenhangen tussen factoren en mentale gezondheid niet altijd eenduidig of één kant op zijn. Bijvoorbeeld, mentaal welbevinden kan een invloed hebben op leefstijl en andersom.

Gegevens over relevante factoren en onderlinge samenhang ontbreken
Van sommige factoren zijn er twee percentages beschikbaar die aangeven hoe vaak deze factoren bij volwassenen voorkwamen en die van elkaar verschilden. Dit komt omdat voor het bepalen van de samenhangen twee verschillende databronnen nodig waren: een voor de samenhang met levenstevredenheid en een voor de samenhang met angst- of depressiegevoelens. Verder waren er uit het conceptueel monitormodel mentale gezondheid (zie Paragraaf 1.2.2) geen indicatoren geschikt of beschikbaar voor het meten van traumatische ervaringen, slapen, problematisch sociaal mediagebruik, cannabisgebruik en kwaliteit van leven. Dit gold ook voor de omgevingsfactor opvoedklimaat en de omgevingsfactoren op het niveau van werk, onderwijs en samenleving. Experts misten daarnaast het geven van mantelzorg als belangrijke factor.

6.5 Gevolgen van mentale (on)gezondheid bij volwassenen

Deze paragraaf beschrijft gevolgen van mentale (on)gezondheid bij volwassenen aan de hand van 17 indicatoren voor zorggebruik, zorguitgaven en uitval van school of werk, ziektelast en sterfte (zie Tekstboxen 6.5 t/m 6.7). De gebruikte data voor dit hoofdstuk komen uit verschillende databronnen en jaren: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn (2023), Landelijke DBC-Informatiesysteem (DIS) (2021), RIVM Kosten van ziekten (2019), RIVM Ziektelast (2022), en Doodsoorzaken-statistieken (2024).

6.5.1 Huidige situatie en trends voor zorggebruik

Tekstbox 6.5 Indicatoren voor zorggebruik

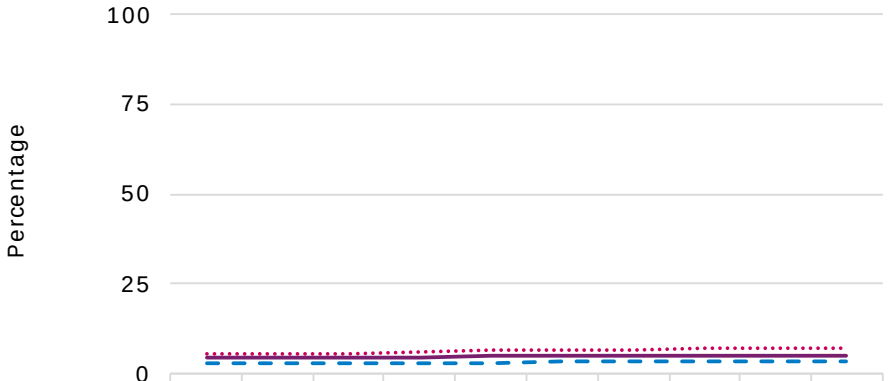
Huisartspatiënten
Huisartspatiënten met angstig/nerveus/gespannen gevoel of angst
Geregistreerd in de Nivel Zorgregistratie Eerste Lijn met ICPC-code ‘Angstige, nerveuze of gespannen gevoelens of angst’ (P01 of P74).
Huisartspatiënten met depressieve gevoelens of depressie
Geregistreerd in de Nivel Zorgregistratie Eerste Lijn met ICPC-code ‘Depressieve gevoelens of depressie’ (P03 of P76).
Huisartspatiënten met enigerlei psychisch probleem
Geregistreerd in de Nivel Zorgregistratie Eerste Lijn met ICPC-codes ‘Enigerlei psychisch probleem’ (P00-P99).

Specialistische ggz
Het gaat hierbij om de zorg die is gefinancierd in de vorm van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's), dat wil zeggen om ambulante zorg en zorg met verblijf tot maximaal een jaar.

Patiënten die behandeld zijn in de gespecialiseerde ggz voor stemmingsstoornissen betreft het aantal patiënten (18 t/m 64 jaar) per 100.000 inwoners dat behandeld is in de gespecialiseerde ggz voor een primaire diagnose stemmingsstoornis (depressieve stoornissen, bipolaire stoornissen en overige stemmingsstoornissen) volgens de DSM-IV.
Patiënten die behandeld zijn in de gespecialiseerde ggz voor angststoornissen betreft het aantal patiënten (18 t/m 64 jaar) per 100.000 inwoners dat behandeld is in de gespecialiseerde ggz voor een primaire diagnose angststoornis (paniekaanvallen en angsten en fobieën) volgens de DSM-IV.
Patiënten die behandeld zijn in de gespecialiseerde ggz voor enigerlei psychische diagnose betreft het aantal patiënten (18 t/m 64 jaar) per 100.000 inwoners dat behandeld is in de gespecialiseerde ggz voor een primaire diagnose van enigerlei psychische stoornis (alleen diagnoses uit as 1 (klinische stoornissen) of as 2 (persoonlijkheidsstoornissen, zwakzinnigheid) volgens de DSM-IV).

Huisartspatiënten met angstige/nerveuze/gespannen gevoelens of angst
Van de huisartspatiënten van 18 tot en met 64 jaar had 5,2% in 2023 contact met de huisartsenpraktijk vanwege angstige, nerveuze of gespannen gevoelens of angst (Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, 2023; zie Figuur 6.6). Voor vrouwen was dit 7,1% en voor mannen 3,3%. Het percentage huisartspatiënten van 18 tot en met 64 jaar dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege angstige, nerveuze of gespannen gevoelens of angst lag in de periode 2014 tot en met 2023 tussen de 4,2 en 5,2%.

Figuur 6.6 Percentage huisartspatiënten van 18 t/m 64 jaar dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege angstige, nerveuze of gespannen gevoelens of angst in de periode 2014 t/m 2023



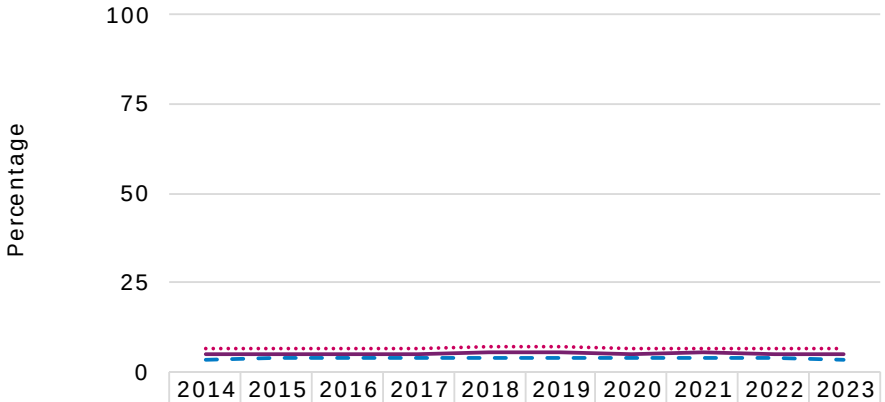
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Totaal	4,2	4,2	4,3	4,5	4,7	4,9	4,9	5,1	5,2	5,2
Man	2,8	2,8	2,8	3,0	3,1	3,3	3,2	3,3	3,3	3,3
Vrouw	5,5	5,6	5,7	6,0	6,3	6,6	6,6	6,8	7,0	7,1

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Huisartspatiënten met depressieve gevoelens of depressie

Van de huisartspatiënten van 18 tot en met 64 jaar had 5,0% in 2023 contact met de huisartsenpraktijk vanwege depressieve gevoelens of depressie (Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, 2023; zie Figuur 6.7). Voor vrouwen was dit 6,5% en voor mannen was dit 3,5%. Het percentage huisartspatiënten dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege depressieve gevoelens of depressie van 18 tot en met 64 jaar lag in de periode 2014 tot en met 2023 tussen de 5,0% en 5,3%.

Figuur 6.7 Percentage huisartspatiënten van 18 t/m 64 jaar dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege depressieve gevoelens of depressie in de periode 2014 t/m 2023

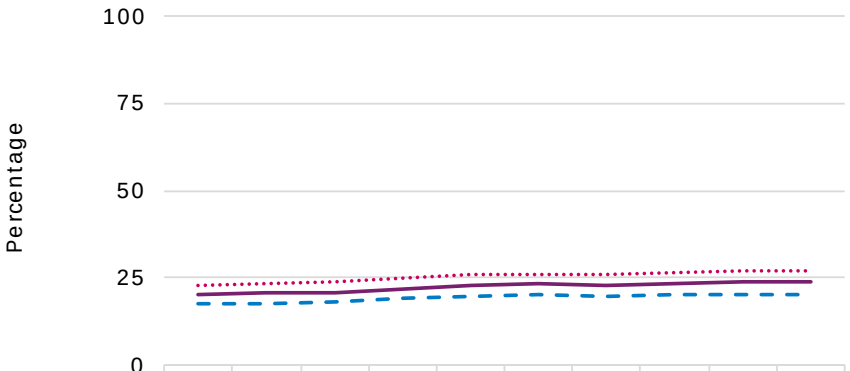


	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Totaal	5,0	5,1	5,1	5,1	5,3	5,3	5,2	5,3	5,1	5,0
Man	3,6	3,7	3,7	3,7	3,8	3,8	3,7	3,8	3,7	3,5
Vrouw	6,4	6,4	6,5	6,6	6,8	6,8	6,6	6,7	6,6	6,5

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Huisartspatiënten met enigerlei psychisch probleem
Van de huisartspatiënten van 18 tot en met 64 jaar had 23,7% in 2023 contact met de huisartsenpraktijk vanwege enigerlei psychisch probleem (Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, 2023; zie Figuur 6.8). Voor vrouwen was dit 27,1% en voor mannen 20,3%. Het percentage huisartspatiënten van 18 tot en met 64 jaar dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege enigerlei psychisch probleem ging in de periode 2014 tot en met 2023 van 20,2% naar 23,7%.

Figuur 6.8 Percentage huisartspatiënten van 18 t/m 64 jaar dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege enigerlei psychisch probleem in de periode 2014 t/m 2023



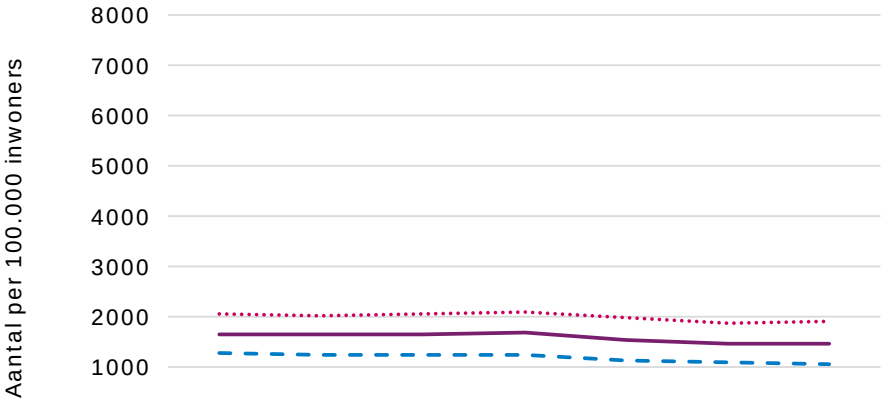
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Totaal	20,2	20,5	20,9	21,9	22,8	23,1	22,7	23,4	23,6	23,7
Man	17,5	17,7	18,2	19,0	19,6	20,0	19,8	20,1	20,2	20,3
Vrouw	23,0	23,2	23,7	24,8	25,9	26,1	25,7	26,6	26,9	27,1

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Patiënten die behandeld zijn in de gespecialiseerde ggz voor stemmingsstoornissen

In de gespecialiseerde ggz werden 1480 patiënten van 18 tot en met 64 jaar per 100.000 inwoners behandeld voor een stemmingsstoornis in 2021 (DIS, 2021; zie Figuur 6.9). Voor vrouwen was dit aantal 1908 patiënten en voor mannen 1480 patiënten per 100.000 inwoners. Het aantal volwassen patiënten per 100.000 inwoners dat behandeld werd voor een stemmingsstoornis lag in de periode 2015 tot en met 2021 tussen de 1473 patiënten (2020) en 1672 patiënten (2018).

Figuur 6.9 Aantal patiënten van 18 t/m 64 jaar dat behandeld is in de gespecialiseerde ggz voor stemmingsstoornissen in de periode 2015 t/m 2021 per 100.000 inwoners



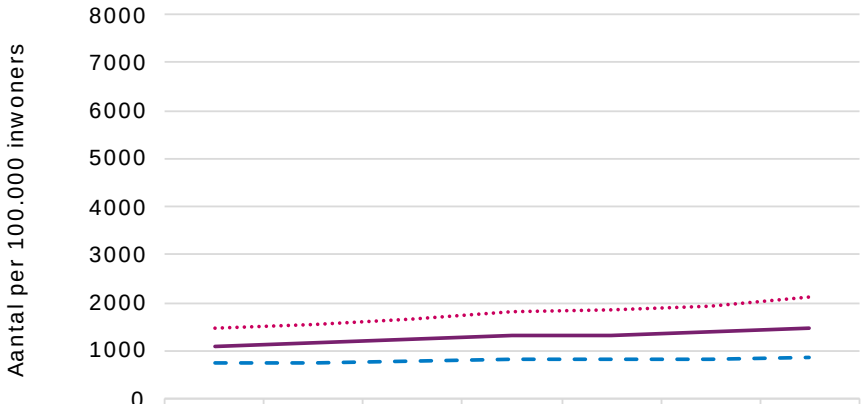
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Totaal	1665	1640	1657	1672	1551	1473	1480
Man	1290	1259	1249	1239	1138	1076	1058
Vrouw	2043	2024	2069	2109	1968	1875	1908

Bron: DIS. Geen cijfers na 2021 omdat DIS in de ggz per 1-1-2022 is afgeschaft.

Patiënten die behandeld zijn in de gespecialiseerde ggz voor angststoornissen

In de gespecialiseerde ggz werden 1479 patiënten van 18 tot en met 64 jaar per 100.000 inwoners behandeld voor een angststoornis in 2021 (DIS, 2021; zie Figuur 6.10). Voor vrouwen was dit aantal 2111 patiënten en voor mannen 854 patiënten per 100.000 inwoners. Het aantal volwassen patiënten per 100.000 volwassen inwoners dat behandeld werd in de gespecialiseerde ggz voor een angststoornis lag in de periode 2015 tot en met 2021 tussen de 1103 patiënten (2015) en 1479 patiënten (2021). Voor vrouwen nam dit meer toe dan voor mannen.

Figuur 6.10 Aantal patiënten van 18 t/m 64 jaar dat behandeld is in de gespecialiseerde ggz voor angststoornissen in de periode 2015 t/m 2021 per 100.000 inwoners

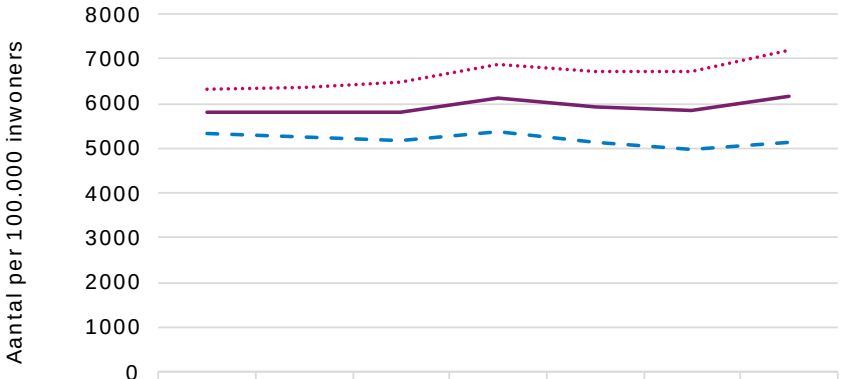


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Totaal	1103	1143	1228	1309	1329	1378	1479
Man	732	759	788	826	816	827	854
Vrouw	1478	1531	1671	1797	1848	1935	2111

Bron: DIS. Geen cijfers na 2021 omdat DIS in de ggz per 1-1-2022 is afgeschaft.

Patiënten die behandeld zijn in de gespecialiseerde ggz voor enigerlei psychische diagnose
In de gespecialiseerde ggz werden 6145 patiënten van 18 tot en met 64 jaar per 100.000 inwoners behandeld voor enigerlei psychische diagnose in 2021 (DIS, 2021; zie Figuur 6.11). Voor vrouwen was dit aantal 7177 patiënten en voor mannen 5127 patiënten per 100.000 inwoners. Het aantal volwassen patiënten per 100.000 inwoners dat behandeld werd in de gespecialiseerde ggz voor enigerlei psychische diagnose lag in de periode 2015 tot en met 2021 tussen de 5809 patiënten (2016) en 6145 patiënten (2021).

Figuur 6.11 Aantal patiënten van 18 t/m 64 jaar dat behandeld is in de gespecialiseerde ggz voor enigerlei psychische diagnose in de periode 2015 t/m 2021 per 100.000 inwoners



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Totaal	5810	5809	5824	6127	5910	5832	6145
Man	5320	5255	5163	5367	5113	4960	5127
Vrouw	6305	6368	6492	6895	6715	6715	7177

Bron: DIS. Geen cijfers na 2021 omdat DIS in de ggz per 1-1-2022 is afgeschaft.

6.5.2 *Huidige situatie en trends voor toegankelijkheid van de zorg*

Toegankelijkheid van de zorg als gevolg van mentale (on)gezondheid wordt beschreven aan de hand van twee indicatoren: wachtplekken in de ggz en wachttijd in de basis- en specialistische ggz. Deze worden beschreven bij de algemene populatie (zie Paragraaf 3.5.2).

6.5.3 *Huidige situatie voor zorguitgaven*

Tekstbox 6.6 Indicatoren voor zorguitgaven

Medische zorguitgaven voor psychische stoornissen
Zorguitgaven omvatten alle medische zorguitgaven, zowel collectief gefinancierde zorg (basisverzekering, WLZ (Wet Langdurige Zorg), Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning), preventieprogramma's) als de privaat gefinancierde zorg (aanvullende verzekeringen, eigen betalingen), maar ook uitgaven door andere overheden, burgers en bedrijven. Niet opgenomen zijn kosten van mantelzorg en indirecte zorgkosten, bijvoorbeeld door ziekteverzuim.

Zorguitgaven voor totaal psychische stoornissen
Zorguitgaven per inwoner (20 t/m 64 jaar) per jaar op basis van ICD10-codes F00-F99, exclusief dementie (ICD10-codes F00-F03, F05.1, G30, G31.0, G31.1, G31.8, G31.9) en verstandelijke beperking (ICD10-codes F70-F79, Q90).
Zorguitgaven voor angst-, dwang- en stressstoornissen
Zorguitgaven per inwoner (20 t/m 64 jaar) per jaar op basis van ICD10-codes F40-F43.
Zorguitgaven voor depressieve stoornissen, bipolaire en overige stemmingsstoornissen
Zorguitgaven per inwoner (20 t/m 64 jaar) per jaar op basis van ICD10-codes F30-F31, F32-F33, F34.0- 34.1, F34.8-F34.9, F38-F39.
Zorguitgaven voor burn-out
Zorguitgaven per inwoner (20 t/m 64 jaar) per jaar voor burn-out op basis van ICD10-codes F48.0, Z73.0.
Zorguitgaven voor ADHD en overige gedragsstoornissen
Zorguitgaven per inwoner (20 t/m 64 jaar) per jaar voor ADHD en overige gedragsstoornissen op basis van ICD10-codes F90 en F91.

Medische zorguitgaven voor psychische stoornissen
Voor volwassenen van 20 tot en met 64 jaar bedroegen in 2019 de zorguitgaven voor het totaal aan psychische stoornissen, exclusief dementie en verstandelijke beperking, €605 per inwoner per jaar (RIVM Kosten van ziekten, 2019; zie Tabel 6.5). Dit komt overeen met 14% van de totale zorguitgaven (ICD10-codes: A00-Z99) in deze leeftijdsgroep. Voor mannen werd €679 en voor vrouwen €530 per inwoner aan zorg voor psychische stoornissen uitgegeven. De zorguitgaven voor psychische stoornissen per inwoner per jaar waren voor 20- tot en met 44-jarigen €676 en voor 45- tot en met 64-jarigen €526.

De zorguitgaven in 2019 per inwoner waren €52 voor angst-, dwang- en stressstoornissen, €95 voor depressieve stoornissen, bipolaire en overige stemmingsstoornissen, €27 voor burn-out, en €14 voor ADHD en overige gedragsstoornissen per inwoner per jaar (zie Tabel 6.5).

Tabel 6.5 Medische zorguitgaven voor psychische stoornissen bij volwassenen van 20 t/m 64 jaar in euro's per inwoner per jaar

		Totaal psychische stoornissen*	Angst-, dwang- en stressstoornissen	Depressieve stoornissen, bipolaire en overige stemmings-stoornissen	Burn-out	ADHD en overige gedrags-stoornissen
	Jaartal gegevens	2019	2019	2019	2019	2019
	Bron	RIVM Kosten van ziekten	RIVM Kosten van ziekten	RIVM Kosten van ziekten	RIVM Kosten van ziekten	RIVM Kosten van ziekten
	Populatie	20-64 jaar	20-64 jaar	20-64 jaar	20-64 jaar	20-64 jaar
	Cijfer	Euro per inwoner per jaar	Euro per inwoner per jaar	Euro per inwoner per jaar	Euro per inwoner per jaar	Euro per inwoner per jaar
	Totaal	605	52	95	27	14
Geslacht	Man	679	34	74	29	18
	Vrouw	530	69	116	24	10
Leeftijd	20-44 jaar	676	62	79	25	21
	45-64 jaar	526	40	113	29	6

*Exclusief dementie en verstandelijke beperking

6.5.4 *Huidige situatie en trends uitval school of werk*

Voor volwassenen is geen specifieke informatie beschikbaar over uitval op school of werk. Zie voor informatie over uitval op werk de hoofdstukken over de algemene populatie (zie Paragraaf 3.5.4) en werkenden (zie Paragraaf 9.5.3) en voor informatie over uitval op school het hoofdstuk over kinderen en adolescenten (zie Paragraaf 4.5.3)

6.5.5 *Huidige situatie en trends ziektelast en sterfte*

Tekstbox 6.7 Indicatoren voor ziektelast en sterfte

Ziektelast als gevolg van psychische en gedragsstoornissen
Ziektelast is de hoeveelheid gezondheidsverlies in een populatie die veroorzaakt wordt door ziekten. De ziektelast wordt uitgedrukt in DALY's ('Disability-Adjusted Life-Years'). Een DALY is opgebouwd uit twee componenten: de jaren geleefd met ziekte waarbij de ernst van de ziekte wordt meegenomen en de jaren verloren door vroegtijdige sterfte. Ziektelast wordt hier gepresenteerd voor alle psychische stoornissen tezamen en voor vier hoofdgroepen van aandoeningen.

Ziektelast als gevolg van totaal psychische en gedragsstoornissen
Ziektelast in DALY's per 1000 inwoners (20 t/m 64 jaar) op basis van ICD10-codes F00-F99, exclusief dementie (ICD10-codes F00-F03, F05.1) en verstandelijke beperking (ICD10-codes F70-F79).
Ziektelast als gevolg van angst-, dwang- en stressstoornissen
Ziektelast in DALY's per 1000 inwoners (20 t/m 64 jaar) op basis van ICD10-codes F40-F43.
Ziektelast als gevolg van bipolaire en depressieve stemmingsstoornissen
Ziektelast in DALY's per 1000 inwoners (20 t/m 64 jaar) per jaar op basis van ICD10-codes F30-F31, F32-F33, F34.0, F34.1, F38.1, F92.0.
Ziektelast als gevolg van burn-out
Ziektelast in DALY's per 1000 inwoners (20 t/m 64 jaar) per jaar op basis van ICD10-code Z73.0.
Ziektelast als gevolg van ADHD en gedragsstoornissen
Ziektelast in DALY's per 1000 inwoners (20 t/m 64 jaar) per jaar op basis van ICD10-codes F90-F91.

Sterfte
Sterfte als gevolg van psychische stoornissen
Dit cijfer betreft het aantal overledenen per 100.000 inwoners als gevolg van psychische stoornissen (ICD10-codes F00-F99). Zelfdoding valt hier niet onder.
Sterfte als gevolg van zelfdoding
Dit cijfer betreft het aantal overledenen per 100.000 inwoners met als achterliggende doodsoorzaak zelfdoding (ICD10-codes X60-X84).

Ziektelast als gevolg van psychische en gedragsstoornissen
Het aantal verloren gezonde levensjaren (DALY) voor volwassenen van 20 tot en met 64 jaar als gevolg van het totaal aan psychische en gedragsstoornissen (exclusief dementie en verstandelijke beperking) bedroeg 60,6 per 1000 inwoners in 2022 (RIVM Ziektelast, 2022; zie

Tabel 6.6). De ziektelast voor mannen bedroeg dat jaar 55,4 DALY's en voor vrouwen 65,9 DALY's per 1000 inwoners. Voor de 20- tot en met 44- jarigen bedroeg de ziektelast als gevolg van psychische en gedragsstoornissen 67,2 DALY's in 2022 en voor 45- tot en met 65-jarigen 53,0 DALY's.

Het aantal verloren gezonde levensjaren (DALY) voor volwassenen van 20 tot en met 64 jaar als gevolg van angst-, dwang en stressstoornissen bedroeg 12,2 per 1000 inwoners in 2022 (RIVM Ziektelast, 2022; zie Tabel 6.6). De ziektelast voor mannen bedroeg dat jaar 8,8 DALY's en voor vrouwen 15,7 DALY's per 1000 inwoners.

Het aantal verloren gezonde levensjaren (DALY) voor volwassenen van 20 tot en met 64 jaar als gevolg van bipolaire en depressieve stemmingsstoornissen bedroeg 21,8 per 1000 inwoners in 2022 (Ziektelast, 2022; zie Tabel 6.6). Voor mannen bedroeg dit 17,6 DALY's en voor vrouwen 26,0 DALY's per 1000 inwoners.

Het aantal verloren gezonde levensjaren (DALY) voor volwassenen van 20 tot en met 64 jaar als gevolg van burn-out bedroeg 6,9 per 1000 inwoners in 2022 (Ziektelast, 2022; zie Tabel 6.6). Voor mannen bedroeg dit 5,9 DALY's en voor vrouwen 7,9 DALY's per 1000 inwoners.

Het aantal verloren gezonde levensjaren (DALY) voor volwassenen van 20 tot en met 64 jaar als gevolg van ADHD en gedragsstoornissen bedroeg 0,8 per 1000 inwoners in 2022 (Ziektelast, 2022; zie Tabel 6.6). Voor mannen bedroeg dit 0,7 DALY's en voor vrouwen 0,9 DALY's per 1000 inwoners.

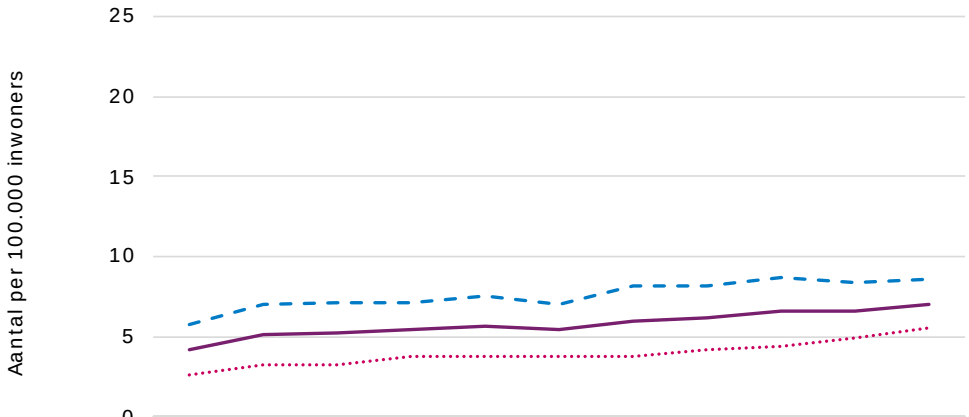
Tabel 6.6 Ziektelast bij volwassenen (20 t/m 64 jaar) als gevolg van psychische en gedragsstoornissen in DALY's per 1000 inwoners

		Totaal psychische en gedrags-stoornissen*	Angst-, dwang- en stress-stoornissen	Bipolaire en depressieve stemmings-stoornissen	Burn-out	ADHD en overige gedrags-stoornissen
	Jaartal gegevens	**2022**	**2022**	**2022**	**2022**	**2022**
	Bron	**RIVM Ziektelast**	**RIVM Ziektelast**	**RIVM Ziektelast**	**RIVM Ziektelast**	**RIVM Ziektelast**
	Populatie	**20-64 jaar**	**20-64 jaar**	**20-64 jaar**	**20-64 jaar**	**20-64 jaar**
	Cijfer	**DALY's per 1000 inwoners**	**DALY's per 1000 inwoners**	**DALY's per 1000 inwoners**	**DALY's per 1000 inwoners**	**DALY's per 1000 inwoners**
	Totaal	60,6	12,2	21,8	6,9	0,8
Geslacht	Man	55,4	8,8	17,6	5,9	0,7
	Vrouw	65,9	15,7	26,0	7,9	0,9
Leeftijd	20-44 jaar	67,2	13,5	23,8	7,3	1,0
	45-64 jaar	53,0	10,8	19,5	6,4	0,6

*Exclusief dementie en verstandelijke beperking

Sterfte als gevolg van psychische stoornissen
Onder volwassenen van 20 tot en met 64 jaar zijn 743 personen in 2024 overleden als gevolg van psychische stoornissen (Doodsoorzaken-statistiek, 2024). Dit komt overeen met een sterftecijfer van 7,0 per 100.000 inwoners in de leeftijd van 20 tot en met 64 jaar (zie Figuur 6.12). Voor mannen was dit sterftecijfer 8,5 en voor vrouwen 5,5 per 100.000 inwoners. In de periode 2014 tot en met 2024 ging het aantal overledenen per 100.000 inwoners onder volwassenen van 20 tot en met 64 jaar oud als gevolg van psychische stoornissen van 4,2 (2014) tot 7,0 (2024) (zie Figuur 6.12).

Figuur 6.12 Aantal overledenen als gevolg van psychische stoornissen per 100.000 inwoners van 20 t/m 64 jaar in de periode 2014 t/m 2024

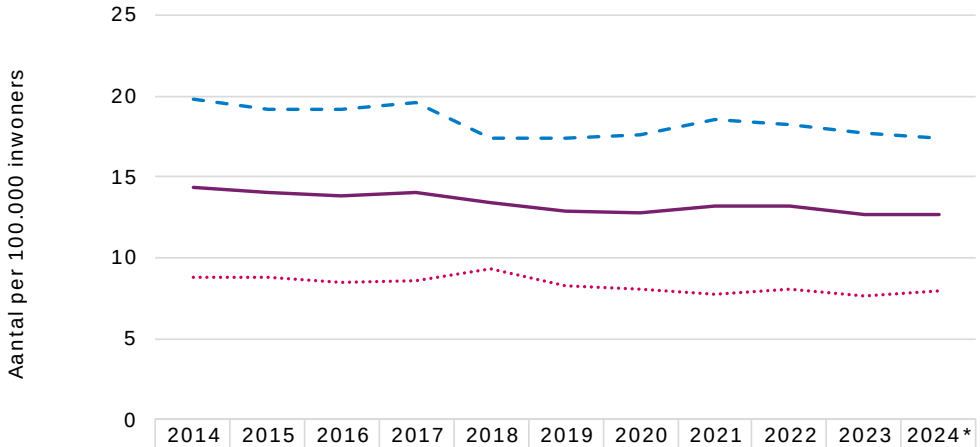


	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Totaal	4,2	5,1	5,2	5,5	5,7	5,4	6,0	6,2	6,5	6,6	7,0
Man	5,7	7,0	7,1	7,1	7,6	7,0	8,1	8,2	8,7	8,4	8,5
Vrouw	2,6	3,2	3,2	3,8	3,8	3,7	3,8	4,1	4,4	4,9	5,5

*Voorlopige cijfers
Bron: Doodsoorzakenstatistiek

Sterfte als gevolg van zelfdoding
Onder volwassenen van 20 tot en met 64 jaar zijn 1336 personen in 2024 overleden als gevolg van zelfdoding (Doodsoorzakenstatistiek, 2024). Dit komt overeen met een sterftecijfer van 12,7 per 100.000 inwoners in de leeftijd van 20 tot en met 64 jaar (zie Figuur 6.13). Voor mannen was dit sterftecijfer 17,3 en voor vrouwen 7,9 per 100.000 inwoners. In de periode 2014 tot en met 2024 lag het aantal overledenen als gevolg van zelfdoding per 100.000 volwassenen van 20 tot en met 64 jaar tussen 12,7 (2023, 2024) en 14,3 (2014) (zie Figuur 6.13).

Figuur 6.13 Aantal overledenen als gevolg van zelfdoding per 100.000 inwoners van 20 t/m 64 jaar in de periode 2014 t/m 2024



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Totaal	14,3	14,0	13,8	14,1	13,4	12,9	12,8	13,2	13,2	12,7	12,7
Man	19,8	19,2	19,2	19,5	17,4	17,4	17,5	18,5	18,2	17,6	17,3
Vrouw	8,8	8,7	8,4	8,5	9,4	8,3	8,1	7,7	8,1	7,6	7,9

*Voorlopige cijfers
Bron: Doodsoorzakenstatistiek

6.5.6 *Duiding gevolgen mentale (on)gezondheid*

Hieronder staat samengevat wat er door de experts is ingebracht over de duiding van bovenstaande resultaten.

Gebruik van huisartsenzorg voor mentale gezondheid
Experts vermoedden dat de door hen geconstateerde lichte stijging in het gebruik van huisartsenzorg (huisarts en praktijkondersteuner) als overbruggingszorg voor psychische problemen wordt ingezet vanwege de wachttijden in de ggz. Mogelijk gaan mensen hierdoor vaker naar de huisarts of andere eerstelijnszorg voor hulp. Volgens de experts is het daarnaast relevant om inzicht te krijgen in hoeveel mensen met psychische klachten zich met psychosomatische klachten bij de huisarts melden.

Meest voorkomende problemen leiden niet tot meeste zorggebruik
De experts vonden het opvallend dat een groot deel van de mensen die in zorg zijn voor psychische problemen, die zorg niet krijgen voor angst of depressie, terwijl deze stoornissen wel het meest voorkomen. Dit zou kunnen komen door dat specialistische ggz met name bedoeld is voor ernstige en complexe stoornissen, wat bij angst- en stemmingsstoornissen niet altijd het geval hoeft te zijn.

Zorgen over toegankelijkheid van zorg en gevolgen van wachttijd
De lange wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg werden door de experts gezien als een belangrijk knelpunt, vooral voor mensen met complexe psychische problemen. Zij gaven aan dat deze wachttijden kunnen leiden tot een verslechtering van klachten. Ook zou er een verband kunnen zijn met ernstige gevolgen, zoals suïcide en overlijden door psychische aandoeningen. De cijfers riepen vragen op over wie er precies op de wachtplekken staan. Experts vermoedden dat vooral

mondige, welvarende personen met minder complexe problemen sneller terechtkunnen bij vrijgevestigde hulpverleners.

Opvallende verschillen tussen mannen en vrouwen
De experts merkten een opvallend verschil op tussen mannen en vrouwen in relatie tot geestelijke gezondheidszorg. Ten eerste dat meer vrouwen gebruik maken van de ggz. Ten tweede dat meer mannen overlijden aan de gevolgen van psychische stoornissen en suïcide.

Behoefte aan meer gedetailleerde informatie
Er was bij de experts behoefte aan meer gedetailleerde informatie, zoals cijfers uitgesplitst naar leeftijd, zorgbehoefte, diagnose en ernst van de psychische problemen. Zij wilden meer inzicht in het gebruik van medicatie voor psychische problemen en het gebruik van alternatieve bronnen voor hulp, bijvoorbeeld tijdens het wachten op zorg. Ook wilden zij graag dat gegevens uit verschillende zorgdomeinen met elkaar worden verbonden, zodat er meer inzicht komt in hoe mensen door de zorg bewegen. Volgens de experts konden verschillen tussen groepen in combinatie met bevolkings- en gezondheidsprognoses ook helpen om beter te begrijpen wat de zorg in de toekomst nodig heeft.

6.6 Beleidsaanbevelingen voor mentale gezondheid volwassenen volgens experts

Zet een collectieve, systeemgerichte en preventieve benadering in
Experts benadrukten dat het verbeteren van mentale gezondheid niet alleen bij individuen gelegd zou moeten worden, maar dat dit vooral een collectieve, systeemgerichte en preventieve benadering vraagt. De nadruk zou gelegd moeten worden op het systeem om een individu heen. Dit kan in de omgeving en bredere samenleving, zoals gezin, sociale context, en werk. Daarom pleitten zij voor een aanpak die inzet op versterking van deze systemen, met maatregelen in wijken, scholen, werkplekken en gemeenschappen. Mentale gezondheid moet onderdeel zijn van alle beleidsterreinen (*mental health in all policies*: mentale gezondheid in alle beleidsdomeinen), niet alleen van de gezondheidszorg. Investeren in sociale voorzieningen, zoals zelfregiecentra, lotgenotencontact en een sterke sociale omgeving helpt om isolement te voorkomen, herstel en participatie te bevorderen en draagt zo bij aan een mentaal gezondere samenleving.
Deze collectieve, systeemgerichte benadering wordt gezien als een overkoepelend uitgangspunt. De andere aanbevelingen van de experts die hierna volgen zijn gebaseerd op deze benadering.

Bestaanszekerheid als basis
Experts gaven aan dat de basis voor mentaal gezonde volwassenen wordt gevormd door bestaanszekerheid, schuldenaanpak, werkbehoud en een gezonde en veilige leefomgeving. Een basisinkomen en gelijke inkomensverdeling werden genoemd als mogelijke structurele oplossingen.

Mentale gezond op de werkplek
Werk zou als medicijn meer ingezet kunnen worden in de zorg. Werk, zowel betaald als onbetaald, werd door de experts gezien als een beschermende factor voor mentale gezondheid. Belangrijke thema's

daarbij zijn: werk-privébalans, autonomie, veiligheid, zorgverlof en maatwerk in werktijden. Regionale mobiliteitsteams kunnen worden ingezet bij de begeleiding naar werk.

Inzetten op mentale gezondheid gedurende de hele levensloop
De mentale gezondheid van volwassenen is mede gevormd door ervaringen in eerdere levensfases. De experts gaven aan dat er ingezet moet worden op vroegsignalering: op scholen, werkplekken en in wijken. De experts gaven aan het belangrijk te vinden dat er al vroeg wordt begonnen met het bevorderen van mentale gezondheid, bijvoorbeeld bij kinderen en jongeren, en gedurende het hele leven preventief te blijven werken: van jeugd tot ouderdom. Ze noemden hierbij onder andere het versterken van zelfregie, weerbaarheid, veerkracht, ‘actorschap’ van mensen, en algemene gezondheidsvaardigheden. Niet alleen op school, op het werk, en in de sociale omgeving, maar ook in de zorg. Experts benadrukten ook het belang van een andere manier van praten over mentale gezondheid: positiever en oplossingsgericht. Daarbij hoort volgens hen ook het erkennen dat het soms even niet goed gaat, zonder dat dit meteen een psychisch probleem hoeft te zijn.

Toegankelijke en passende zorg en ondersteuning
Niet alle mentale gezondheidsproblemen kunnen worden voorkomen. Experts noemden dat toegang tot hulp en zorg op meerdere niveaus binnen en buiten de ggz essentieel is. Ook voor mensen in kwetsbare of achtergestelde posities. Het inzetten van laagdrempelige interventies en breed toegankelijke voorzieningen in de wijk, zoals Welzijn op Recept of peersupport, worden genoemd als mogelijke oplossingen. Ook kunnen deze alternatieve hulpbronnen bijdragen aan het verkorten van wachttijden en het beperken van de negatieve gevolgen van langere wachttijden op de mentale gezondheid. Volgens experts is er maatwerk nodig: oplossingen moeten aansluiten bij de context en hulpvraag behoeften van volwassenen. Experts noemden hierbij het belang van het onderscheiden van zorgvragen en andere vormen van ondersteuning, bijvoorbeeld hulpvragen die binnen het sociaal domein of via het informele netwerk kunnen worden opgepakt.

Werken aan de houdbaarheid van de ggz
Experts gaven aan dat het belangrijk is om aan de houdbaarheid van de ggz te werken. Dit om ervoor te zorgen dat de specialistische ggz toegankelijk blijft voor mensen die dit nodig hebben. Zij pleitten ervoor om de ggz flexibeler te maken, meer gericht op ondersteuning vanuit het ecosysteem van de cliënt[10], met minder bureaucratie om administratieve lasten en ingewikkelde procedures te verminderen, met snellere en effectievere hulpverlening (‘over minder schijven’), met meer regionale/collectieve verantwoordelijkheid om de zorg dichter bij mensen te kunnen organiseren en met minder marktwerking. Tot slot verwezen de experts naar de aanbevelingen van het rapport ‘Ggz uit de knel’ [29].

[10] Hier wordt waarschijnlijk gerefereerd aan het Ecosysteem Mentale Gezondheid [118].

Investeer in innovatie, samenwerking en kennisdeling
Experts adviseerden om te investeren in innovatie, samenwerking en kennisdeling om de mentale gezondheid van volwassenen te verbeteren. Dit betekent dat digitale zorg en (preventieve) interventies meer ingezet moeten worden in onder andere de geestelijke gezondheidszorg, maar wel met aandacht voor de digitale vaardigheden van mensen. Verder is het belangrijk om kennis uit te wisselen tussen zorgprofessionals, onderzoekers en maatschappelijke organisaties, zodat iedereen kan leren van elkaars ervaringen. Experts gaven aan dat meer onderzoek naar effectieve aanpakken, zoals *stepped care* en netwerkzorg, nodig is om te weten wat werkt. Ook is een nauwe samenwerking tussen verschillende domeinen, zoals zorg, werk, onderwijs en sociaal beleid, volgens hen van belang, naast het inzetten van integraal beleid (mentale gezondheid in alle beleidsdomeinen).

7 De mentale gezondheid van ouderen

Dit hoofdstuk start in Paragraaf 1 met een samenvatting van de bevindingen in de vorm van kernboodschappen. Vervolgens wordt in Paragraaf 2 de populatie beschreven waar het hoofdstuk over gaat. In Paragraaf 3 worden de meest recente cijfers en de belangrijkste ontwikkelingen (trends) in de mentale gezondheid gegeven. In Paragraaf 4 wordt ingegaan op de resultaten van de verdiepende analyses, waarbij is gekeken naar de samenhang tussen de factoren en mentale gezondheid. In Paragraaf 5 wordt gekeken naar de belangrijkste gevolgen van mentale (on)gezondheid. De resultaten in de Paragrafen 3 tot en met 5 zijn geduid met 12 experts. Het hoofdstuk sluit in Paragraaf 6 af met aanbevelingen voor beleid, aangedragen door de experts. De duidingsinformatie per deelpopulatie is gebaseerd op expert opinion en is niet door de onderzoekers in de literatuur gecheckt, zie hiervoor Hoofdstuk 10.

7.1 Kernboodschappen voor de mentale gezondheid van ouderen

7.1.1 Huidige situatie en trends

- Het merendeel van de ouderen (65 jaar en ouder) is tevreden over het leven, en 2 op de 5 ouderen ervaart angst- of depressiegevoelens. Ook is 10,8% van de ouderen beperkt door emotionele problemen, heeft 4,2% een hoog risico op een angststoornis of depressie en is 7,5% sterk eenzaam.
- Vrouwen rapporteren vaker angst- of depressiegevoelens dan mannen.
- De trends voor mentale gezondheid lijken over de jaren heen redelijk stabiel. Het valt experts op dat de cijfers voor angst- of depressiegevoelens hoog blijven, maar dat de oorzaken hiervoor niet duidelijk zijn. Daarbij stellen ze de vraag of er wel voldoende erkenning is voor mentale problemen bij ouderen en of mentale problemen mogelijk moeilijk te beïnvloeden zijn.
- Er is volgens experts nog onvoldoende aandacht voor verschillen binnen de totale groep ouderen. Daarbij gaat het volgens hen onder andere om verschillen tussen opleidingsniveaus en leeftijdsgroepen binnen de oudere populatie. Ook benadrukken ze dat een aantal subgroepen mogelijk ondervertegenwoordigd is in de gebruikte databronnen, zoals ouderen met dementie, mensen met een herkomstland anders dan Nederland en de oudste leeftijdsgroep (90+).

7.1.2 Samenhangende factoren

- Matige of (zeer) slechte ervaren gezondheid hangt sterk samen met zowel lagere levenstevredenheid als meer angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken. Een herkomstland anders dan Nederland hangt niet samen met levenstevredenheid en, alleen bij vrouwen, matig met meer angst- of depressiegevoelens.
- Roken en alleenstaand of alleenstaande ouder zijn hangen sterk samen met minder levenstevredenheid, maar respectievelijk niet en matig met meer angst- en depressiegevoelens. Betaald werk hebben en in een (grote) stad wonen hangen matig samen met zowel

levenstevredenheid als angst- of depressiegevoelens. Bestaanszekerheid hangt matig samen met levenstevredenheid (zorgen over financiële toekomst), maar niet met angst- of depressiegevoelens (eerste inkomenskwintiel).
- Voor een aantal indicatoren kan er alleen worden gekeken naar de samenhang met levenstevredenheid of angst-of depressiegevoelens. Daarvan hangt zich onveilig voelen sterk samen met lagere levenstevredenheid. Alcoholgebruik hangt niet samen met angst- of depressiegevoelens. De overige factoren laten een matige samenhang zien met levenstevredenheid (lidmaatschap vereniging en, alleen bij vrouwen, dagelijks contact met familie, vrienden of buren) of angst- en depressiegevoelens (voldoen aan beweegrichtlijnen, alleen bij vrouwen).
- Sociale en maatschappelijke participatie zijn volgens experts belangrijke factoren voor de mentale gezondheid van ouderen. Ze benadrukken dat de samenhang tussen het hebben van betaald werk of vrijwilligerswerk en een betere mentale gezondheid dit belang bevestigen. Volgens hen komt uit de monitor ook naar voren dat sociale cohesie, netwerk en contacten belangrijk zijn voor de levenstevredenheid van ouderen. Om de data goed te kunnen duiden is volgens experts verdiepend kwalitatief onderzoek nodig. Ook raden zij aan om gebruik te maken van theorie om verbanden beter te begrijpen.

7.1.3 Gevolgen van mentale (on)gezondheid

- Een op de 4 huisartspatiënten van 65 jaar en ouder had contact met de huisartsenpraktijk vanwege enigerlei psychisch probleem in 2023. Experts geven aan zich zorgen te maken dat ouderen het risico lopen om niet verwezen te worden, omdat problemen niet herkend worden of dat er andere ideeën zijn over welke zorg er nodig is voor ouderen.
- De zorgkosten voor het totaal aan psychische stoornissen (exclusief dementie en verstandelijke beperking) bedroegen €298 per inwoner (65 jaar en ouder) per jaar in 2019. De zorguitgaven voor dementie waren vele malen hoger, namelijk €2947 per inwoner (65 jaar en ouder) per jaar. De medische zorguitgaven zijn volgens experts slechts een deel van de zorguitgaven, omdat ouderen ook veel gebruik maken van zorg en ondersteuning binnen het sociaal en welzijnsdomein.
- Het aantal verloren gezonde levensjaren (DALY) voor het totaal aan psychische en gedragsstoornissen in 2022 bedroeg 28,2 per 1000 inwoners vanaf 65 jaar, exclusief dementie en verstandelijke beperking. De ziektelast voor dementie bedroeg 26,4 DALY's per 1000 inwoners, voor angst-, dwang-, en stressstoornissen 6,3 DALY's per 1000 inwoners en voor bipolaire en depressieve stemmingsstoornissen 10,0 DALY's per 1000 inwoners. Experts benadrukken dat het belangrijk is om dementie apart te benoemen, vanwege hoge ziektelast en ook hogere zorguitgaven.
- Er overleden 14.003 ouderen als gevolg van psychische stoornissen (inclusief dementie) en 451 als gevolg van zelfdoding in 2024. Het sterftecijfer als gevolg door een psychische stoornis is hoger onder vrouwen dan mannen. Voor het aantal overledenen door zelfdoding is het sterftecijfer hoger bij mannen dan vrouwen.

- Er ontbreekt volgens experts nog veel data over de gevolgen van mentale (on)gezondheid bij ouderen. Ze missen bijvoorbeeld informatie over bepaalde subgroepen, inzicht in kosten binnen het welzijns- en sociaal domein en kwalitatieve data. Hierdoor vinden ze het lastig om deze bevindingen te duiden.

7.1.4 Aanbevelingen van experts

- Creëer bewustwording over het belang van mentale gezondheid bij ouderen. De focus moet daarbij volgens experts liggen op preventie van mentale problemen, met speciale aandacht voor mensen met een kwetsbare gezondheid, alleenwonenden en vrouwen. Mensen zouden zich onder andere eerder bewust moeten zijn van wat het betekent om ouder te worden en hoe zij hierop kunnen anticiperen.
- Preventie is belangrijk in zowel het medisch als sociaal domein. Daarvoor dienen verschillende professionals werkzaam in deze domeinen kennis en middelen te hebben. Experts pleiten onder andere voor laagdrempelige interventies binnen de huisartsenpraktijk.
- Sociale cohesie en participatie dragen bij aan het bevorderen van de mentale gezondheid. Deze kunnen volgens experts onder andere worden bevorderd door verder in te zetten op wijkinitiatieven die de gemeenschapszin bevorderen. Het is belangrijk om daarbij te versterken wat er al is. Bestaanszekerheid is een basisvoorwaarde voor de mentale gezondheid van ouderen. De experts geven aan dat hiervoor onder meer betaalbare en geschikte woningen nodig zijn.
- De mentale gezondheid van ouderen is de verantwoordelijkheid van meerdere partijen. Het is belangrijk dat een goede mentale gezondheid van ouderen niet individueel benaderd wordt, maar als maatschappelijk vraagstuk. Het vraagt om structurele, domeinoverstijgende samenwerking, met aandacht voor preventie, participatie, en het versterken van bestaande netwerken, waaronder gemeenten, zorg en welzijn, buurtinitiatieven, mantelzorgers en professionals. Daarvoor moeten volgens experts de ‘schotten’ tussen financiering van deze domeinen verdwijnen.
- Positioneer ouderen als een actieve groep. Ouderen dienen nog veel meer betrokken te worden bij beleid en interventies en zelf verantwoordelijkheid te krijgen. Het delen van goede voorbeelden kan gebruikt worden om de bewustwording van ouderen als actieve groep te vergroten.

7.2 Ouderen in Nederland

Op 1 januari 2025 woonden er 3,8 miljoen ouderen van 65 jaar en ouder in Nederland, dat is 20,8% van de totale Nederlandse bevolking. Hiervan is 46,8% man en 53,2% vrouw. Het relatieve aandeel ouderen ten opzichte van de totale bevolking is in de periode van 2001 tot en met 2025 toegenomen van 13,6% naar 20,8%. De groep ouderen in Nederland neemt toe, onder meer doordat mensen gemiddeld langer leven dan voorheen.

De doelgroep ouderen (65+) vraagt om speciale aandacht als het gaat om mentale gezondheid. Zij hebben onder meer te maken met pensionering, veranderingen in hun sociaal netwerk en krijgen vaak meer fysieke gezondheidsproblemen. Ouderen lopen hierdoor

bijvoorbeeld meer risico op eenzaamheid en verlies van zingeving en identiteit.

7.3 Mentale gezondheid van ouderen: huidige situatie en trends

Deze paragraaf beschrijft de mentale gezondheid van ouderen (65+) aan de hand van negen indicatoren voor mentaal welbevinden, mentale problemen en psychische problemen (zie Tekstboxen 7.1 t/m 7.3). De gebruikte data zijn afkomstig uit de Sociale Samenhang en Welzijn (SSW) (2024), Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen (GMVO) (2024), Gezondheidsenquête (GE) (2024) en NEMESIS-3 (2019/2022). Sommige databronnen betreffen een deel van de populatie ouderen. Wanneer dit van toepassing is, wordt dit bij de resultaten aangegeven. Waar mogelijk worden uitsplitsingen gedaan naar geslacht/gender, opleidingsniveau en wordt gekeken naar trends.

7.3.1 Huidige situatie en trends in mentaal welbevinden

Tekstbox 7.1 Indicator mentaal welbevinden

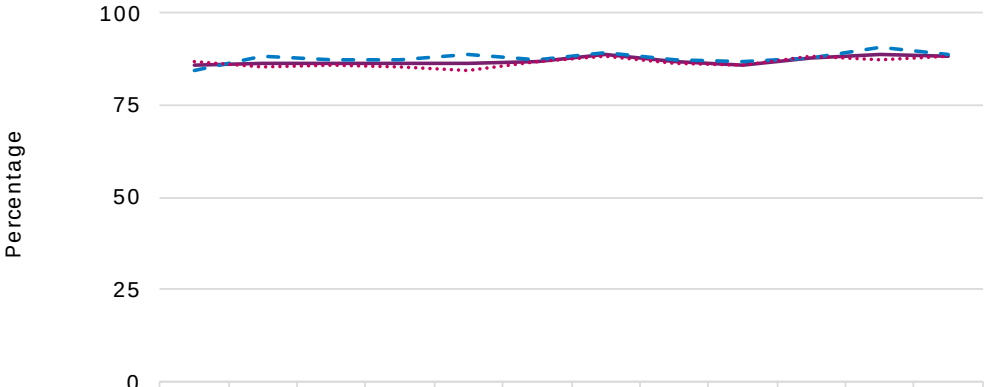
Levenstevredenheid is gemeten met de vraag 'Kunt u op een schaal van 1 tot en met 10 aangeven in welke mate u tevreden bent met het leven dat u nu leidt? Hierbij staat een 1 voor volledig ontevreden en 10 voor volledig tevreden'. Een cijfer van 7 tot en met 10 betekent tevreden.

Levenstevredenheid
Het merendeel (88,3%) van de ouderen was tevreden over het eigen leven in 2024 (SSW, 2024; zie Tabel 7.1). Dit percentage was 88,6% voor mannen en 88,0% voor vrouwen. In Tabel 7.1 staan ook cijfers naar opleidingsniveau. In de periode 2013 tot en met 2024 was het percentage ouderen dat tevreden is over het eigen leven tussen de 85,7% en 88,8% (zie Figuur 7.1).

Tabel 7.1 Huidige situatie voor levenstevredenheid bij ouderen

		Levenstevredenheid
	Jaartal gegevens	**2024**
	Bron	**SSW**
	Populatie	**65 jaar en ouder**
	Cijfer	**%**
	Totaal	88,3
Geslacht	Man	88,6
	Vrouw	88,0
Opleidingsniveau	Basisonderwijs	87,8
	Vmbo, mbo1, avo, onderbouw	87,6
	Havo, vwo, mbo	87,8
	Hbo, wo bachelor	90,7
	Wo, master, doctor	88,6

Figuur 7.1 Percentage ouderen dat tevreden is over het eigen leven in de periode 2013 t/m 2024



	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totaal	85,7	86,5	86,5	86,3	86,5	87,0	88,8	86,8	86,0	87,9	88,7	88,3
Man	84,5	88,1	87,2	87,5	88,8	87,2	89,3	87,3	86,6	87,7	90,5	88,6
Vrouw	86,8	85,2	85,9	85,2	84,5	86,8	88,4	86,4	85,6	88,0	87,1	88,0

Bron: SSW

7.3.2 *Huidige situatie en trends in mentale problemen*

Tekstbox 7.2 Indicatoren mentale problemen

Angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken is gemeten met de Mental Health Inventory-5 (MHI-5). De MHI-5 bevat vijf vragen die gaan over hoe men zich in de afgelopen 4 weken voelde: ‘Voelde u zich erg zenuwachtig?’, ‘Zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken?’, ‘Voelde u zich kalm en rustig?’, ‘Voelde u zich neerslachtig en somber?’ en ‘Voelde u zich gelukkig?’. Er zijn 6 antwoorden mogelijk, variërend van (0) ‘nooit’ tot (5) ‘voortdurend’. Een somscore van 76 of lager (range 0-100) betekent de aanwezigheid van angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken [9–11].

Beperkt voelen door emotionele problemen in werk of andere dagelijkse bezigheden is gemeten met de vraag 'Als u denkt aan uw werk of andere dagelijkse bezigheden, heeft u dan door een emotioneel probleem (bijvoorbeeld doordat u zich depressief of angstig voelde) in de afgelopen 4 weken minder bereikt dan u zou willen?’. Antwoordmogelijkheden zijn ‘ja’ en ‘nee’.

Hoog risico op angststoornis of depressie is gemeten met de Kessler-10 vragenlijst (K10). De vragenlijst bestaat uit tien vragen over hoe iemand zich voelde in de afgelopen 4 weken, zoals ‘Hoe vaak voelde u zich hopeloos?’, ‘Hoe vaak vond u zichzelf afkeurenswaardig, minderwaardig of waardeloos?’ en ‘Hoe vaak voelde u zich zenuwachtig?’. Antwoordcategorieën variëren van (1) ‘altijd’ tot (5) ‘nooit’. Een somscore van 30 en hoger (range 10-50) is een indicatie voor een hoog risico op een angststoornis of depressie [12].

Sterk eenzaam is gemeten met een verkorte versie van de eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld, bestaande uit zes uitspraken over sociale en emotionele eenzaamheid zoals ‘Ik mis mensen om me heen’ en ‘Vaak voel ik me in de steek gelaten’. Er zijn drie antwoorden mogelijk: ‘ja’, ‘min of meer’ en ‘nee’. Een somscore van 5 of 6 betekent sterk eenzaam (range 0-6) [13].

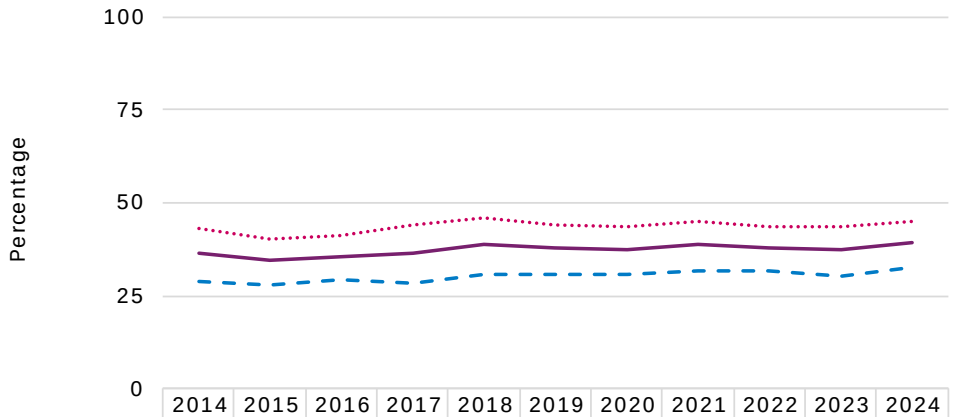
Tabel 7.2 Huidige situatie voor de vier indicatoren voor mentale problemen bij ouderen

		Angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken	Beperkt voelen door emotionele problemen in de afgelopen 4 weken	Hoog risico op een angststoornis of depressie	Sterk eenzaam
	Jaartal gegevens	**2024**	**2024**	**2024**	**2024**
	Bron	**GE**	**GE**	**GMVO**	**SSW**
	Populatie	**65 jaar en ouder**	**65 jaar en ouder**	**65 jaar en ouder**	**65 jaar en ouder**
	Cijfer	**%**	**%**	**%**	**%**
	Totaal	39,2	10,8	4,2	7,5
Geslacht / gender	Man	32,7	9,8	3,2	6,8
	Vrouw	45,1	11,8	5,0	8,1
	Anders dan man of vrouw	-	-	6,6	-
Opleidingsniveau	Basisonderwijs	52,0	12,5	-	6,0
	Vmbo, mbo1, avo, onderbouw	41,6	12,2	-	7,8
	Havo, vwo, mbo	34,4	9,3	-	7,4
	Hbo, wo bachelor	34,4	7,6	-	8,0
	Wo, master, doctor	35,4	10,2	-	9,1
Opleidingsniveau	Lo, mavo, lbo	-	-	5,7	-
	Havo, vwo, mbo	-	-	3,3	-
	Hbo, wo	-	-	2,3	-

-: geen gegevens beschikbaar

Angst- of depressiegevoelens
In 2024 had 39,2% van de ouderen angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken (GE, 2024; zie Tabel 7.2). Voor vrouwen was dit percentage hoger (45,1%) dan voor mannen (32,7%). In Tabel 7.2 staan ook cijfers naar opleidingsniveau. Het percentage ouderen met angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken lag in de periode 2014 tot en met 2024 tussen 34,5% en 39,2% (zie Figuur 7.2).

Figuur 7.2 Percentage ouderen met angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken in de periode 2014 t/m 2024

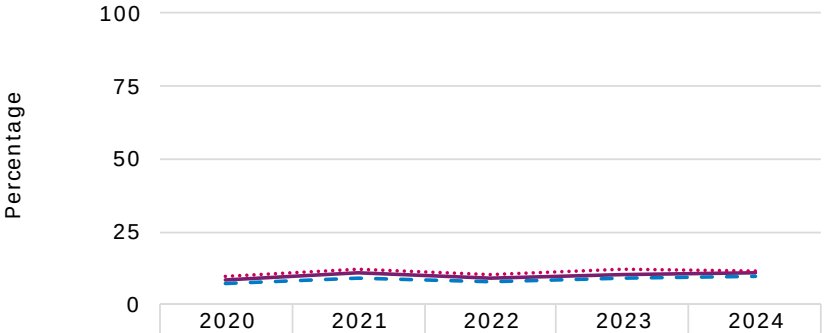


	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totaal	36,4	34,5	35,6	36,6	38,7	37,9	37,4	38,6	37,9	37,3	39,2
Man	28,8	27,8	29,1	28,3	30,8	30,7	30,7	31,5	31,5	30,5	32,7
Vrouw	43,0	40,2	41,1	43,8	45,8	44,2	43,4	45,0	43,7	43,4	45,1

Bron: GE

Beperkt voelen door emotionele problemen
Ongeveer 1 op de 10 (10,8%) ouderen voelde zich door emotionele problemen beperkt bij werk of andere dagelijkse bezigheden in de afgelopen 4 weken in 2024 (GE, 2024; zie Tabel 7.2). Dit percentage was 9,8% voor mannen en 11,8% voor vrouwen. In Tabel 7.2 staan ook cijfers naar opleidingsniveau. Het percentage ouderen dat zich beperkt voelde door emotionele problemen in de afgelopen 4 weken lag in de periode 2020 tot en met 2024 tussen 8,7% en 10,8% (zie Figuur 7.3).

Figuur 7.3 Percentage ouderen dat zich door emotionele problemen beperkt voelt in de afgelopen 4 weken in de periode 2020 t/m 2024



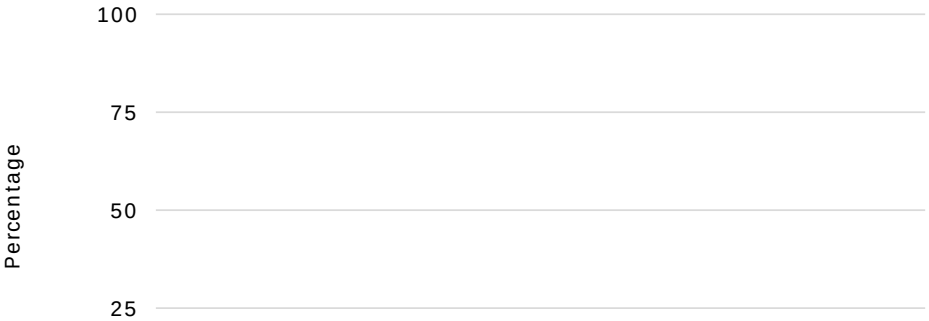
	2020	2021	2022	2023	2024
Totaal	8,7	10,7	9,0	10,6	10,8
Man	7,3	9,3	7,7	9,0	9,8
Vrouw	9,9	12,0	10,2	12,0	11,8

Bron: GE

Hoog risico op een angststoornis of depressie

In 2024 had 4,2% van de ouderen een hoog risico op een angststoornis of depressie (GMVO, 2022; zie Tabel 7.2). Dit percentage was 3,2% voor mannen, 5,0% voor vrouwen en 6,6% voor ouderen met een gender anders dan man of vrouw. In Tabel 7.2 staan ook cijfers naar opleidingsniveau. Het percentage ouderen met een hoog risico op een angststoornis of depressie lag in de periode 2012 tot en met 2024 tussen 3,9% en 4,6% (zie Figuur 7.4).

Figuur 7.4 Percentage ouderen met een hoog risico op een angststoornis of depressie in de periode 2012 t/m 2024

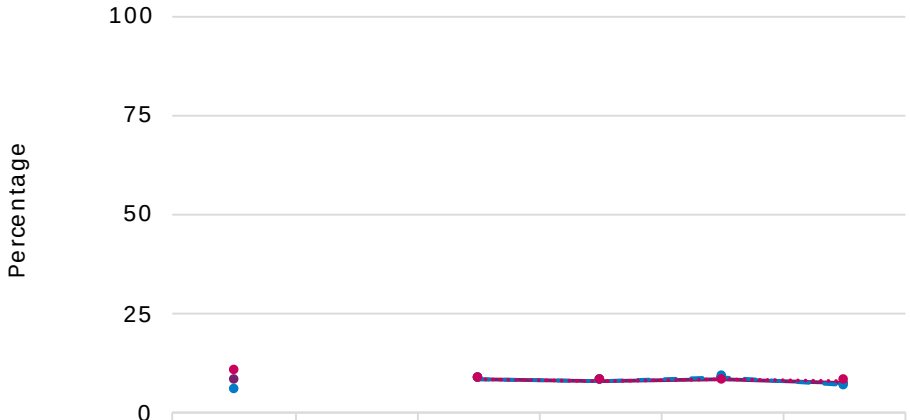


	2012	2014	2016	2018	2020	2022	2024
Totaal	4,3		4,6		3,9	4,5	4,2
Man	2,9		3,3		2,9	3,7	3,2
Vrouw	5,4		5,8		4,7	5,3	5,0

Bron: GMVO

Sterk eenzaam
Van alle ouderen was 7,5% sterk eenzaam in 2024 (SSW, 2024; zie Tabel 7.2). Dit percentage was 6,8% bij mannen en 8,1% bij vrouwen. In Tabel 7.2 staan ook cijfers naar opleidingsniveau. Het percentage sterk eenzame ouderen lag in de periode 2019 tot en met 2024 tussen 7,5% en 8,7% (zie Figuur 7.5).

Figuur 7.5 Percentage ouderen dat sterk eenzaam is in de periode 2019 t/m 2024



	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totaal	8,2		8,6	8,1	8,7	7,5
Man	5,7		8,6	8,1	9,0	6,8
Vrouw	10,5		8,6	8,2	8,4	8,1

Bron: SSW

7.3.3 *Huidige situatie en trends in psychische aandoeningen*

Tekstbox 7.3 Indicatoren psychische aandoeningen

Psychische aandoeningen zijn vastgesteld met de CIDI 3.0, een gevalideerd gestructureerd klinisch interview om veelvoorkomende psychische aandoeningen te bepalen. Bij het bepalen van de psychische aandoeningen wordt in de CIDI uitgegaan van de meest recente versie van het diagnostische en statistisch handboek van psychische aandoeningen, de Diagnostic and Statistical Manual (DSM). Voor de huidige situatie is gekeken naar DSM-5 [14,15].

Enige angststoornis is het percentage personen van 65 tot en met 75 jaar dat in de afgelopen 12 maanden voorafgaand aan het meten voldeed aan de DSM-5 criteria voor één of meer angststoornissen (paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie, specifieke fobie en/of gegeneraliseerde angststoornis).

Enige stemmingsstoornis is het percentage van de mensen van 65 tot en met 75 jaar dat in de 12 maanden voorafgaand aan het meten voldeed aan de DSM-5 criteria voor één of meer stemmingsstoornissen ((persisterende) depressieve stoornis en/of bipolaire stoornis).

Enige psychische aandoening is het percentage van de mensen van 65 tot en met 75 jaar dat in de 12 maanden voorafgaand aan het meten voldeed aan de DSM-5 criteria voor ten minste één van de volgende psychische aandoeningen: stemmingsstoornissen, angststoornissen, middelengerelateerde stoornissen en ADHD.

Twee of meer psychische aandoeningen is het percentage van de mensen van 65 tot en met 75 jaar dat in de 12 maanden voorafgaand aan het meten voldeed aan de DSM-5 criteria voor ten minste twee of meer psychische aandoeningen, zoals stemmingsstoornissen, angststoornissen, middelengerelateerde stoornissen en ADHD.

Psychische aandoeningen
In de periode van 2019 tot en met 2022 had ruim 1 op de 12 (8,7%) ouderen van 65 tot en met 75 jaar enige angststoornis in het voorgaande jaar (NEMESIS-3, 2019/2022). Voor enige stemmingsstoornis in het voorgaande jaar was dit bijna 10 op de 20 (4,9%) en voor enige psychische aandoening in het voorgaande jaar bijna 1 op de 7 (13,9%) (NEMESIS-3, 2019/2022). Bijna 1 op de 20 (4,9%) ouderen had twee of meer psychische aandoeningen in het voorgaande jaar (zie Tabel 3.3 in hoofdstuk algemene populatie).

7.3.4 *Duiding huidige situatie en trends mentale gezondheid ouderen*

Hieronder staat samengevat wat er door de experts is ingebracht over de duiding van bovenstaande resultaten.

Hoge levenstevredenheid maar ook een hoog aandeel mentale problemen
Een groot deel van de oudere gaf aan tevreden te zijn met het leven (88,3%). Tegelijkertijd ervaarde 2 op de 5 ouderen angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken. Dit leidt tot een ogenschijnlijke tegenstrijdigheid: hoe kunnen zoveel ouderen tevreden zijn, terwijl ook zovelen mentale klachten ervaren? Het viel de experts op dat deze cijfers over de jaren heen redelijk stabiel lijken te blijven.

Grote diversiteit binnen de groep ouderen niet weergegeven
De experts waarschuwden dat in de gemiddelde cijfers over de mentale gezondheid de verschillen tussen subgroepen van ouderen niet goed zichtbaar zijn. Zij gaven aan dat er grote variaties tussen subgroepen van ouderen zijn. Het is volgens experts belangrijk om meer oog te hebben voor diversiteit, bijvoorbeeld als het gaat om opleidingsniveau, leeftijd, geslacht, generatieverschillen (voor- versus naoorlogs) en wel of geen kinderen. Experts benadrukten dat belangrijke groepen ouderen waarschijnlijk niet goed vertegenwoordigd zijn in de data, zoals mensen met dementie, ouderen met een herkomstland anders dan Nederland en 90-plussers.

Behoefte aan verdieping en verklaringen
De experts vroegen zich met name af wat de oorzaken zijn van de hoge cijfers voor angst- of depressiegevoelens onder ouderen en welke verklaringen er zijn voor de stabiele trends in mentale gezondheid. Is er voldoende erkenning voor psychische problemen bij ouderen? Is er te weinig beleid of zijn de problemen moeilijk te beïnvloeden? Ook waren

de experts benieuwd hoe de cijfers voor ouderen zich verhouden tot die voor andere, jongere, leeftijdsgroepen. Ook vroegen zij zich af wat bijvoorbeeld de invloed is van leeftijdsstereotypering (‘ageism’) en andere maatschappelijke en sociale factoren, zoals sociale steun en zingeving, op de mentale gezondheid van ouderen.

7.4 Factoren voor de mentale gezondheid van ouderen

Deze paragraaf beschrijft factoren voor de mentale gezondheid bij ouderen aan de hand van indicatoren voor individuele en omgevingsfactoren. De gebruikte data zijn afkomstig uit Sociale Samenhang en Welzijn (SSW) (2023) en de Gezondheidsenquête (GE) (2023). Per indicator is geanalyseerd of en in welke mate deze samenhangt met levenstevredenheid uit SSW en/of angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken uit de GE (zie ook Paragrafen 7.3.1 en 7.3.2). Bij de analyses is rekening gehouden met verschillen in geslacht, leeftijd en opleidingsniveau[11]. Voor mannen en vrouwen worden factoren apart besproken als er verschillen zijn in de aanwezigheid of de richting van de samenhang.

7.4.1 Individuele factoren

Voor individuele factoren in het conceptueel monitormodel mentale gezondheid zijn er in de SSW (2023) zes indicatoren en in de GE (2023) zeven indicatoren beschikbaar, zie Tekstbox 7.4 en Tabel 7.3ab.

Tekstbox 7.4 Indicatoren individuele factoren

Demografisch

Herkomstland anders dan Nederland (SSW en GE) is bepaald op basis van geboorteland van de persoon en diens ouders. Bij personen met een herkomstland anders dan Nederland is de persoon zelf en/of ten minste één van beide ouders niet in Nederland geboren. Personen met herkomstland Nederland zijn in Nederland geboren, net als hun beide ouders.

Sociaaleconomisch

Zorgen over de financiële toekomst (SSW) is gemeten met de vraag ‘Kunt u op een schaal van 1 tot en met 10 aangeven hoe vaak u zich zorgen maakt over uw financiële toekomst? Een 1 staat voor nooit en een 10 voor voortdurend’. Een cijfer van 5 tot en met 10 betekent dat een persoon zich zorgen maakt over de financiële toekomst.

Eerste inkomenskwintiel (GE) is bepaald op het niveau van huishoudens, niet op individueel niveau. Personen in het eerste inkomenskwintiel maken deel uit van een huishouden uit de 20% huishoudens met de laagste huishoudinkomens.

[11] Hierdoor kan de samenhang tussen de indicator en mentale gezondheid niet meer worden verklaard door de mogelijke invloed van leeftijd, geslacht en/of opleidingsniveau.

Geen lid van een vereniging (SSW) is gemeten met de vraag 'Bent u lid van één of meer van de volgende verenigingen of organisaties (ja/nee)?' Hierbij is gevraagd naar sportverenigingen, zang-, muziek of toneelverengingen, hobbyverenigingen, jeugd- of jongerenorganisaties, gezelligheidsverenigingen of andere verenigingen. Een oudere is geen lid van een vereniging als de betreffende oudere niet op ten minste één van deze vragen met 'ja' heeft geantwoord.

Geen betaald werk en doet geen vrijwilligerswerk (SSW) is gemeten met een combinatie van twee vragen. Het wel of niet hebben van betaald werk is nagevraagd op basis van het aantal uren dat de oudere meestal werkt per week. Vrijwilligerswerk is gemeten meet de vraag 'Heeft u in de afgelopen 12 maanden weleens vrijwilligerswerk gedaan?' Een oudere heeft geen betaald werk en doet geen vrijwilligerswerk als hij/zij bij beide vragen heeft aangegeven dat hij/zij minder dan 1 uur per week werkt en geen vrijwilligerswerk doet.
Geen betaald werk (GE) is nagevraagd op basis van het aantal uren dat de oudere meestal werkt per week. Een oudere heeft geen betaald werk als de betreffende persoon minder dan 1 uur werken per week heeft geantwoord.

Leefstijl
Voldoet niet aan de beweegrichtlijnen (GE) van de Gezondheidsraad houdt in dat een persoon niet voldoende matig en/of zwaar intensieve activiteiten en niet voldoende spier- en botversterkende activiteiten doet [16].

Zware drinker (GE) is een persoon die minstens één keer per week vier of meer glazen (voor vrouwen) of zes of meer glazen (voor mannen) alcohol op één dag drinkt.

Rookt (weleens) is vastgesteld met het antwoord 'ja' op de vraag 'Rookt u weleens (het gaat daarbij om het roken van tabak, niet om een e-sigaret of vape)?' (GE). In de SSW is dit vastgesteld met het antwoord 'ja' op de vraag 'Rookt u?'.

Gezondheid algemeen
Matige of (zeer) slechte ervaren gezondheid (SSW en GE) is gemeten met de vraag 'Hoe is over het algemeen uw gezondheid?. Er zijn vijf antwoorden mogelijk: 'zeer goed', 'goed', 'gaat wel', 'slecht' en 'zeer slecht'. De laatste drie antwoorden betekenen een matige of (zeer) slecht ervaren gezondheid.

Demografisch
Voor de totale groep ouderen hangt herkomstland niet samen met levenstevredenheid en angst- of depressiegevoelens (zie Tabel 7.3a). Bij vrouwen hangt een herkomstland anders dan Nederland matig samen met meer angst- of depressiegevoelens, maar deze samenhang ontbreekt voor mannen (zie Tabel 7.3b).

Sociaaleconomisch
Voor bestaanszekerheid is er naar twee verschillende indicatoren gekeken: zorgen over financiële toekomst (40,1%) hangt matig samen

met een lagere levenstevredenheid. Behoren tot een huishouden van het eerste inkomenskwintiel (13,3%) hangt niet samen met meer angst- of depressiegevoelens. Geen lid zijn van een vereniging (25,8%) en geen betaald werk of vrijwilligerswerk hebben (45,0%) hangen matig samen met een lagere levenstevredenheid (zie Tabel 7.3a). Ook hebben ouderen zonder betaald werk (87,1%) vaker angst- of depressiegevoelens dan ouderen met betaald werk (matige samenhang) (zie Tabel 7.3a).

Leefstijl
Roken (9,0%) hangt sterk samen met een lagere levenstevredenheid, maar hangt niet samen met meer angst- of depressiegevoelens (zie Tabel 7.3a). Niet voldoen aan de beweegrichtlijnen hangt matig samen met meer angst- of depressiegevoelens (zie Tabel 7.3a). Deze samenhangt geldt voor vrouwen, maar ontbreekt voor mannen (zie Tabel 7.3b). Er is geen samenhang gevonden tussen alcoholgebruik en angst- of depressiegevoelens.

Gezondheid algemeen
Een matige of zeer slechte ervaren gezondheid bij ouderen hangt sterk samen met zowel een lagere levenstevredenheid als meer angst- of depressiegevoelens (zie Tabel 7.3a).

*Tabel 7.3a Samenhang van individuele factoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder ouderen (65 jaar en ouder)**

			SSW (2023)			GE (2023)		
			Ouderen	Levens-tevredenheid		Ouderen	Angst- of depressie gevoelens afgelopen 4 weken	
	Individuele factor	**Indicator**		**%**	**OR**		**%**	**OR**
Demografisch	Herkomst	Herkomstland anders dan Nederland		16,1	ns		17,3	ns
Sociaaleconomisch	Bestaanszekerheid	Zorgen over financiële toekomst		40,1	0,52		-	-
		Eerste inkomenskwintiel		-	-		13,3	ns
	Meedoen in de samenleving	Geen lid van een vereniging		25,8	0,65		-	-
	Arbeidspositie	Geen betaald werk en doet geen vrijwilligerswerk		45,0	0,56		-	-
		Geen betaald werk		-	-		87,1	1,39
Leefstijl	Lichamelijke activiteit	Voldoet niet aan de beweegrichtlijnen		-	-		60,2	1,34
	Alcoholgebruik	Zware drinker		-	-		4,6	ns
	Roken	Rookt (weleens)		9,0	0,46		10,3	ns
Gezondheid algemeen	Ervaren gezondheid	Matige of (zeer) slechte ervaren gezondheid		43,2	0,22		36,3	3,56

*Analyses zijn gecontroleerd voor geslacht, leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau
Oranje bolletje = statistisch significante, matige samenhang (levenstevredenheid: OR tussen 0,5 en 1,0; angst- of depressiegevoelens: OR tussen 1,0 en 2,0; p<0,05)
Rood bolletje = statistisch significante, sterke samenhang (levenstevredenheid: OR 0,5 of lager; angst- of depressiegevoelens: OR 2,0 of hoger; p<0,05)
OR = odds ratio, ns = niet significante samenhang (p ≥ 0,05), - = geen gegevens beschikbaar
In Bijlage 8 staan de referentiegroepen en de 95% betrouwbaarheidsintervallen van de odds ratio's

*Tabel 7.3b Samenhang van individuele factoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder mannen en vrouwen van 65 jaar en ouder**

			SSW (2023)		GE (2023)	
			Levenstevredenheid		Angst- of depressiegevoelens afgelopen 4 weken	
			Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
	Individuele factor	Indicator	OR	OR	OR	OR
Demografisch	Herkomst	Herkomstland anders dan Nederland	ns	ns	ns	1,45
Sociaaleconomisch	Bestaanszekerheid	Zorgen over financiële toekomst	0,46	0,58	-	-
		Eerste inkomenskwintiel	-	-	ns	ns
	Meedoen in de samenleving	Geen lid van een vereniging	ns	ns	-	-
	Arbeidspositie	Geen betaald werk en doet geen vrijwilligerswerk	0,57	0,55	-	-
		Geen betaald werk	-	-	ns	ns
Leefstijl	Lichamelijke activiteit	Voldoet niet aan de beweegrichtlijnen	-	-	ns	1,55
	Alcoholgebruik	Zware drinker	-	-	ns	ns
	Roken	Rookt (weleens)	0,42	0,52	ns	ns
Gezondheid algemeen	Ervaren gezondheid	Matige of (zeer) slechte ervaren gezondheid	0,15	0,30	3,55	3,63

*Analyses zijn gecontroleerd voor leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau.
Oranje bolletje = statistisch significante, matige samenhang (levenstevredenheid: OR tussen 0,5 en 1,0; angst- of depressiegevoelens: OR tussen 1,0 en 2,0; $p<0,05$)
Rood bolletje = statistisch significante, sterke samenhang (levenstevredenheid: OR 0,5 of lager; angst- of depressiegevoelens: OR 2,0 of hoger; $p<0,05$)
OR = odds ratio, ns = niet significante samenhang ($p \geq 0,05$), - = geen gegevens beschikbaar
In Bijlage 8 staan de referentiegroepen en de 95% betrouwbaarheidsintervallen van de odds ratio's.

7.4.2 *Omgevingsfactoren*

Voor omgevingsfactoren in het conceptueel monitormodel zijn in de SSW (2023) vier indicatoren en in de GE (2023) twee indicatoren beschikbaar, zie Tekstbox 7.5 en Tabel 7.4ab.

Tekstbox 7.5 Indicatoren omgevingsfactoren

Gezin

Alleenstaand of alleenstaande ouder (SSW en GE) is bepaald op basis van de positie in het huishouden. Hierbij is een samenvoeging gemaakt van 'alleenstaande' en 'ouder in eenoudergezin', oftewel een alleenstaande met of zonder kinderen. De andere mogelijke posities zijn 'partner in paar zonder thuiswonende kinderen', 'partner in paar met thuiswonende kind(eren)', 'kind in gezin met (echt)paar', 'kind in eenoudergezin' en 'overig'.

Woon- en leefomgeving

Geen dagelijks contact met familie, vrienden of buren (SSW) is bepaald op basis van 3 vragen over hoe vaak de oudere contact heeft met familie of gezinsleden die niet bij diegene thuis wonen, vriend(inn)en of echt goede kennissen, of buren. Hierbij kon geantwoord worden met 'dagelijks', 'minstens 1x per week, maar niet dagelijks', 'minstens 1x per maand, maar niet wekelijks', 'minder dan 1x per maand' of 'zelden of nooit'. Een oudere heeft geen dagelijks contact met familie, vrienden of buren als ze niet op ten minste één van deze vragen met 'dagelijks' hebben geantwoord.

Voelt zich (een beetje) onveilig (SSW) is gemeten met de vraag 'Hoe vaak voelt u zich onveilig?'. Het gaat hierbij om veiligheid in het algemeen. Een 1 staat voor nooit en een 10 voor voortdurend. Een cijfer van 5 tot en met 10 betekent dat een oudere zich (een beetje) onveilig voelt.

In (grote) stad wonen (SSW en GE) is bepaald op basis van de omgevingsadressendichtheid van de woongemeente volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Een persoon woont in een (grote) stad wanneer de stedelijkheid (zeer) sterk of matig is (code 1-3). Een persoon woont niet in een (grote) stad wanneer de woongemeente weinig of niet stedelijk is (code 4-5) [17].

Gezin

Alleenstaand of een alleenstaande ouder zijn hangt samen met een lagere levenstevredenheid en meer angst- of depressiegevoelens. Deze samenhang is sterk voor levenstevredenheid, en matig voor angst- of depressiegevoelens (zie Tabel 7.4a).

Woon- en leefomgeving

Zich (een beetje) onveilig voelen (30,9%) hangt sterk samen met een lagere levenstevredenheid (zie Tabel 7.4a). Ouderen die in een (grote) stad wonen hebben een lagere levenstevredenheid en vaker angst- of depressiegevoelens dan ouderen die niet in een (grote) stad wonen (matige samenhang) (zie Tabel 7.4a). Geen dagelijks contact met familie, vrienden of buren hangt matig samen met een lagere levenstevredenheid (zie Tabel 7.4a). Deze samenhang is alleen gevonden voor vrouwen en geldt niet voor mannen (zie Tabel 7.4b).

*Tabel 7.4a Samenhang van omgevingsfactoren met levenstevredenheid en angst- of depressiegevoelens onder ouderen (65 jaar en ouder)**

			SSW (2023)		GE (2023)	
			Levens-tevredenheid		Angst- of depressie gevoelens afgelopen 4 weken	
	Omgevingsfactor	Indicator	Ouderen %	OR	Ouderen %	OR
Gezin	Thuissituatie	Alleenstaand of alleenstaande ouder	34,4	0,38	33,6	1,60
Woon- en leefomgeving	Sociale leefomgeving	Geen dagelijks contact met familie, vrienden of buren	54,0	0,67	-	-
	Veiligheid woonomgeving	Voelt zich (een beetje) onveilig	30,9	0,50	-	-
	Fysieke woonomgeving	In (grote) stad wonen	67,1	0,71	68,3	1,41

*Tabel 7.4b Samenhang van omgevingsfactoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder mannen en vrouwen van 65 jaar en ouder**

			SSW (2023)		GE (2023)	
			Levenstevredenheid		Angst- of depressiegevoelens afgelopen 4 weken	
	Omgevingsfactor	Indicator	Mannen OR	Vrouwen OR	Mannen OR	Vrouwen OR
Gezin	Thuissituatie	Alleenstaand of alleenstaande ouder	0,32	0,43	2,03	1,38
Woon- en leefomgeving	Sociale leefomgeving	Geen dagelijks contact met familie, vrienden of buren	ns	0,62	-	-
	Veiligheid woonomgeving	Voelt zich (een beetje) onveilig	0,48	0,50	-	-
	Fysieke woonomgeving	In (grote) stad wonen	ns	ns	1,48	1,35

*Analyses zijn gecontroleerd voor geslacht (alleen bij analyses op de totale groep), leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau
Oranje bolletje = statistisch significante, matige samenhang (levenstevredenheid: OR tussen 0,5 en 1,0; angst- of depressiegevoelens: OR tussen 1,0 en 2,0; $p<0,05$)
Rood bolletje = statistisch significante, sterke samenhang (levenstevredenheid: OR 0,5 of lager; angst- of depressiegevoelens: OR 2,0 of hoger; $p<0,05$)
OR = odds ratio, ns = niet significante samenhang ($p \geq 0,05$), - = geen gegevens beschikbaar
In Bijlage 8 staan de referentiegroepen en de 95% betrouwbaarheidsintervallen van de odds ratio's

7.4.3 *Duiding factoren voor mentale gezondheid*

Hieronder staat samengevat wat er door de experts is ingebracht over de duiding van bovenstaande resultaten.

Ervaren gezondheid, participatie en sociale omgeving belangrijke factoren voor mentale gezondheid

Experts benoemden dat de sterke samenhang tussen de ervaren gezondheid en mentale problemen zoals angst- en depressiegevoelens opvalt. Daarbij merkten ze op dat dit (mede) te verklaren is doordat (fysieke en mentale) gezondheid ook andere factoren beïnvloedt, zoals participatie, werk en sociale contacten. De experts merkten op dat het hebben van betaald werk of vrijwilligerswerk duidelijk samenhangt met een betere mentale gezondheid. Deze bevindingen vonden zij logisch omdat volgens hen sociale en maatschappelijke participatie beschermende factoren zijn voor mentale gezondheid. Ook merkten experts op dat alleenstaand zijn samenhangt met meer angst- of depressiegevoelens en een lagere levenstevredenheid. Uit de monitorcijfers blijkt volgens de experts dat sociale cohesie, netwerk en contacten belangrijk zijn voor levenstevredenheid van ouderen.

Het belang van bestaanszekerheid

Het viel de experts op dat bestaanszekerheid, met als indicator zorgen over financiële toekomst, samenhangt met een lagere levenstevredenheid. De experts vroegen zich af hoeveel ouderen precies bestaansonzekerheid ervaren en welke sub-risicogroepen er onder hen nog meer te onderscheiden zijn. Experts waren ook benieuwd naar de samenhang tussen bestaanszekerheid en andere factoren, zoals wonen in een (grote) stad. Experts gaven aan dat bestaanszekerheid aan de basis staat van de mentale gezondheid van ouderen.

Opvallende bevindingen rondom alcoholgebruik en een herkomstland anders dan Nederland

Experts vonden het opvallend dat zwaar drinken niet samenhing met angst- of depressiegevoelens en dat het percentage zware drinkers ook laag was. Het viel experts ook op dat uit de analyses blijkt dat een herkomstland anders dan Nederland geen directe samenhang heeft met mentale gezondheid, terwijl dit volgens hen wel volgt uit ander onderzoek.

Mogelijkheden tot verdieping van de onderzoeksdata

De experts vonden de huidige data te beperkt om de factoren voor mentale gezondheid bij ouderen goed te duiden. Ze mistten onder andere een onderscheid naar leeftijd. Zij benadrukten dat de gevonden samenhangen niet per se causaal zijn en dat het belangrijk is dit te blijven benoemen. Om de data goed te kunnen duiden is volgens experts verdiepend kwalitatief onderzoek nodig. Ook raadden zij aan om gebruik te maken van theorie om de samenhangen beter te begrijpen. Experts misten daarnaast het thema digitalisering. Dit is mogelijk relevant als het gaat om toegang tot zorg en informatie. Experts gaven aan dat onvoldoende toegang namelijk kan leiden tot uitsluiting van ouderen of afhankelijkheid van kinderen en naasten. Ook misten experts in de analyses het effect van mantelzorger zijn en van het bieden of ontvangen van ondersteuning bij dagelijkse activiteiten. Experts vroegen

zich tot slot af of taalvaardigheid en laaggeletterdheid mogelijke verklarende factoren voor mentale (on)gezondheid zouden kunnen zijn.

7.5 Gevolgen van mentale (on)gezondheid bij ouderen

Voor het beschrijven van de gevolgen van mentale (on)gezondheid bij ouderen is gebruikgemaakt van 17 indicatoren voor zorggebruik, zorguitgaven, ziektelast en sterfte (zie Tekstboxen 7.6 t/m 7.8). De data die hiervoor is gebruikt komt uit de volgende databronnen: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn (2023), Landelijke DBC-Informatiesysteem (DIS) (2021), RIVM Kosten van ziekten (2019) en Doodsoorzakenstatistieken (2024).

7.5.1 Huidige situatie en trends voor zorggebruik

Tekstbox 7.6 Indicatoren voor zorggebruik

Huisartspatiënten

Huisartspatiënten met angstig/nerveus/gespannen gevoel of angst
Geregistreerd in de Nivel Zorgregistratie Eerste Lijn met ICPC-code 'Angstige, nerveuze of gespannen gevoelens of angst' (P01 of P74).

Huisartspatiënten met depressieve gevoelens of depressie
Geregistreerd in de Nivel Zorgregistratie Eerste Lijn met ICPC-code 'Depressieve gevoelens of depressie' (P03 of P76).

Huisartspatiënten met enigerlei psychisch probleem
Geregistreerd in de Nivel Zorgregistratie Eerste Lijn met ICPC-codes 'Enigerlei psychisch probleem' (P00-P99).

Specialistische ggz

Het gaat hierbij om de zorg die is gefinancierd in de vorm van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's), dat wil zeggen om ambulante zorg en zorg met verblijf tot maximaal een jaar.

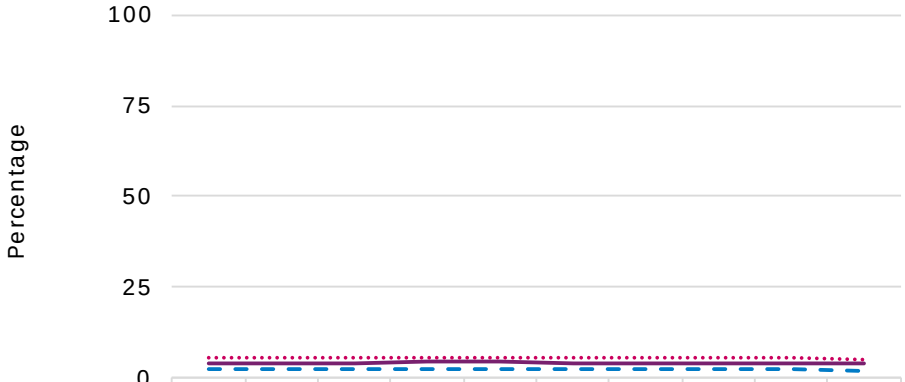
Patiënten die behandeld zijn in de gespecialiseerde ggz voor stemmingsstoornissen betreft het aantal patiënten (65 jaar en ouder) per 100.000 inwoners dat behandeld is in de gespecialiseerde ggz voor een primaire diagnose stemmingsstoornis (depressieve stoornissen, bipolaire stoornissen en overige stemmingsstoornissen) volgens de DSM-IV.

Patiënten die behandeld zijn in de gespecialiseerde ggz voor angststoornissen betreft het aantal patiënten (65 jaar en ouder) per 100.000 inwoners dat behandeld is in de gespecialiseerde ggz voor een primaire diagnose angststoornis (paniekaanvallen en angsten en fobieën) volgens de DSM-IV.

Patiënten die behandeld zijn in de gespecialiseerde ggz voor enigerlei psychische diagnose betreft het aantal patiënten (65 jaar en ouder) per 100.000 inwoners dat behandeld is in de gespecialiseerde ggz voor een primaire diagnose van enigerlei psychische stoornis (alleen diagnoses uit as 1 (klinische stoornissen) of as 2 (persoonlijkheidsstoornissen, zwakzinnigheid) volgens de DSM-IV).

Huisartspatiënten met angstig/nerveus/gespannen gevoel of angst
Van de huisartspatiënten van 65 jaar en ouder had 4,0% in 2023 contact met de huisartsenpraktijk vanwege angstige, nerveuze of gespannen gevoelens of angst (Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, 2023; zie Figuur 7.6). Dit percentage was 2,3% voor mannen en 5,4% voor vrouwen. Het percentage huisartspatiënten van 65 jaar en ouder dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege angstige, nerveuze of gespannen gevoelens of angst was tussen de 4,0% en 4,2% in de periode 2014 tot en met 2023 (zie Figuur 7.6).

Figuur 7.6 Percentage huisartspatiënten van 65 jaar en ouder dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege angstige, nerveuze of gespannen gevoelens of angst in de periode 2014 t/m 2023

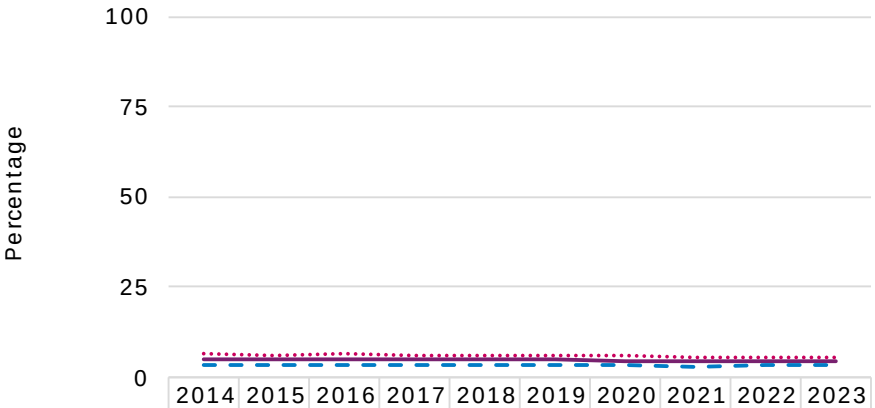


	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Totaal	4,1	4,1	4,1	4,2	4,2	4,2	4,1	4,1	4,1	4,0
Man	2,5	2,5	2,4	2,5	2,6	2,6	2,5	2,4	2,4	2,3
Vrouw	5,5	5,4	5,5	5,7	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6	5,4

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Huisartspatiënten met depressieve gevoelens of depressie
Van de huisartspatiënten van 65 jaar en ouder had 4,5% in 2023 contact met de huisartsenpraktijk vanwege depressieve gevoelens of depressie (Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, 2023; zie Figuur 7.7). Dit percentage was 3,2% voor mannen en 5,7% voor vrouwen. Het percentage huisartspatiënten van 65 jaar en ouder dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege depressieve gevoelens of depressie was tussen de 4,5% en 4,9% in de periode 2014 tot en met 2023 (zie Figuur 7.7).

Figuur 7.7 Percentage huisartspatiënten van 65 jaar en ouder dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege depressieve gevoelens of depressie in de periode 2014 t/m 2023



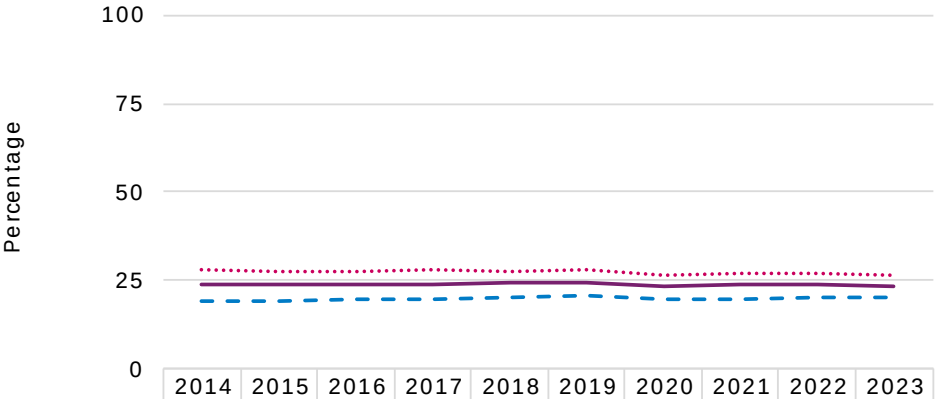
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Totaal	4,9	4,9	4,9	4,8	4,8	4,8	4,6	4,5	4,6	4,5
Man	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,2	3,1	3,2	3,2
Vrouw	6,3	6,3	6,3	6,1	6,2	6,1	5,8	5,8	5,8	5,7

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Huisartspatiënten met enigerlei psychisch probleem

Van de huisartspatiënten van 65 jaar en ouder had 23,4% in 2023 contact met de huisartsenpraktijk vanwege enigerlei psychisch probleem (Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, 2023; zie Figuur 7.8). Dit percentage was 20,0% voor mannen en 26,5% voor vrouwen. Het percentage huisartspatiënten van 65 jaar en ouder dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege enigerlei psychisch probleem was tussen de 23,2% en 24,3% in de periode 2014 tot en met 2023 (zie Figuur 7.8).

Figuur 7.8 Percentage huisartspatiënten van 65 jaar en ouder dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege enigerlei psychisch probleem in de periode 2014 t/m 2023



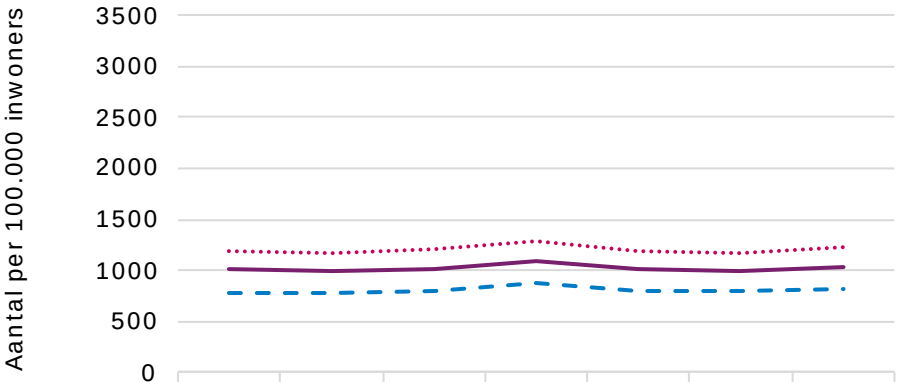
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Totaal	23,9	23,6	23,9	24,0	24,1	24,3	23,2	23,5	23,6	23,4
Man	19,1	19,1	19,4	19,6	20,0	20,4	19,5	19,8	19,9	20,0
Vrouw	27,9	27,5	27,7	27,8	27,7	27,8	26,5	26,8	26,9	26,5

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Patiënten die behandeld zijn in de gespecialiseerde ggz voor stemmingsstoornissen

In 2021 zijn er 1036 patiënten van 65 jaar en ouder behandeld in de specialistische ggz voor een stemmingsstoornis per 100.000 inwoners (DIS, 2021; zie Figuur 7.9). Voor mannen was dit aantal 823 en voor vrouwen 1222 per 100.000 inwoners. In de periode 2015 tot en met 2021 lag het aantal patiënten van 65 jaar en ouder dat behandeld is in de gespecialiseerde ggz voor een stemmingsstoornis tussen 995 (2016) en 1093 (2018) per 100.000 inwoners.

Figuur 7.9 Aantal patiënten van 65 jaar en ouder in de specialistische ggz die behandeld zijn voor een stemmingsstoornis in de periode 2015 t/m 2021 per 100.000 inwoners



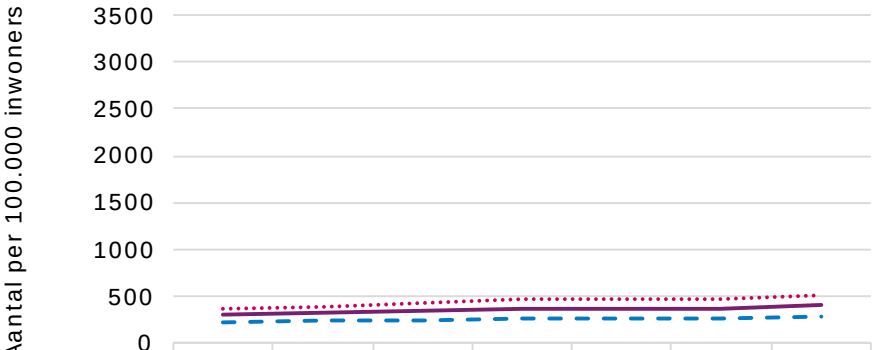
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Totaal	1006	995	1016	1093	1009	999	1036
Man	784	783	796	868	807	801	823
Vrouw	1192	1175	1203	1285	1185	1172	1222

Bron: DIS. Geen cijfers na 2021 omdat DIS in de ggz per 1-1-2022 is afgeschaft.

Patiënten die behandeld zijn in de gespecialiseerde ggz voor angststoornissen

Er zijn 408 patiënten van 65 jaar en ouder behandeld in de specialistische ggz voor een angststoornis per 100.000 inwoners in 2021 (DIS, 2021; zie Figuur 7.10). Voor mannen was dit aantal 284 en voor vrouwen 515 per 100.000 inwoners. In de periode 2015 tot en met 2021 ging het aantal patiënten van 65 jaar en ouder dat behandeld is in de specialistische ggz voor een angststoornis van 308 in 2015 naar 408 in 2021 per 100.000 inwoners.

Figuur 7.10 Aantal patiënten van 65 jaar en ouder in de specialistische ggz die behandeld zijn voor een angststoornis in de periode 2015 t/m 2021 per 100.000 inwoners



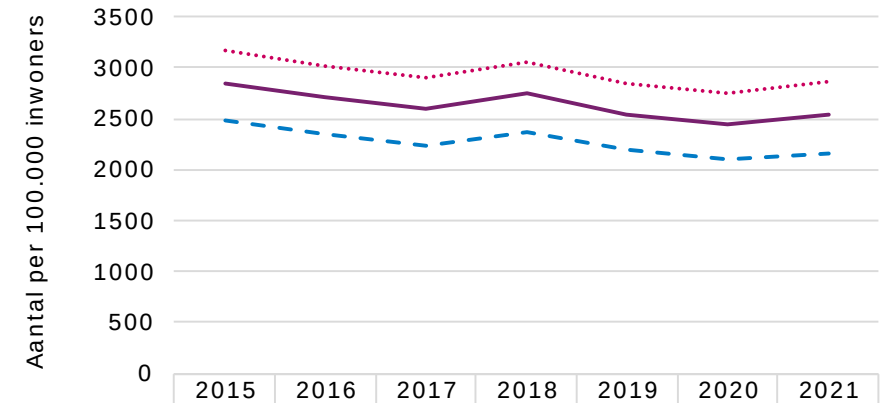
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Totaal	308	319	349	372	370	377	408
Man	230	237	251	266	263	267	284
Vrouw	373	389	431	463	462	474	515

Bron: DIS

Patiënten die behandeld zijn in de gespecialiseerde ggz voor enigerlei psychische diagnose

Er zijn 2534 patiënten van 65 jaar en ouder behandeld in de specialistische ggz voor enigerlei psychische diagnose per 100.000 inwoners in 2021 (DIS, 2021; zie Figuur 7.11). Voor mannen was dit aantal 2157 en voor vrouwen 2863 per 100.000 inwoners. In de periode 2015 tot en met 2021 lag het aantal patiënten van 65 jaar en ouder dat behandeld is in de specialistische ggz voor enigerlei psychische diagnose tussen 2443 (2020) en 2851 (2015) per 100.000 inwoners.

Figuur 7.11 Aantal patiënten van 65 jaar en ouder in de specialistische ggz die behandeld zijn voor enigerlei psychische aandoening in de periode 2015 t/m 2021 per 100.000 inwoners



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Totaal	2851	2704	2595	2743	2549	2443	2534
Man	2474	2344	2233	2376	2205	2092	2157
Vrouw	3166	3009	2903	3058	2845	2749	2863

Bron: DIS

7.5.2 Huidige situatie voor zorguitgaven

Tekstbox 7.7 Indicatoren voor zorguitgaven

Medische zorguitgaven voor psychische stoornissen
Zorguitgaven omvatten alle medische zorguitgaven, zowel collectief gefinancierde zorg (basisverzekering, WLZ (Wet Langdurige Zorg), Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning), preventieprogramma's) als de privaat gefinancierde zorg (aanvullende verzekeringen, eigen betalingen), maar ook uitgaven door andere overheden, burgers en bedrijven. Niet opgenomen zijn kosten van mantelzorg en indirecte zorgkosten, bijvoorbeeld door ziekteverzuim.

Zorguitgaven voor totaal psychische stoornissen
Zorguitgaven per inwoner (65 jaar en ouder) per jaar op basis van ICD10-codes F00-F99, exclusief dementie met ICD10 F-codes (F00-F03, F05.1) en verstandelijke beperking (ICD10-codes F70-F79).
Zorguitgaven voor depressieve stoornissen, bipolaire en overige stemmingsstoornissen
Zorguitgaven per inwoner (65 jaar en ouder) per jaar op basis van ICD10-codes F30-F31, F32-F33, F34.0- 34.1, F34.8-F34.9, F38-F39.
Zorguitgaven voor angst-, dwang- en stressstoornissen
Zorguitgaven per inwoner (65 jaar en ouder) per jaar op basis van ICD10-codes F40-F43.
Zorguitgaven voor dementie
Zorguitgaven per inwoner (65 jaar en ouder) per jaar voor dementie op basis van ICD10-codes F00-F03, F05.1, G30, G31.0, G31.1, G31.8, G31.9.

Medische zorguitgaven voor psychische stoornissen
De zorgkosten voor het totaal aan psychische stoornissen, zonder dementie en verstandelijke beperking, bedroegen €298 per inwoner (65 jaar en ouder) per jaar in 2019 (RIVM Kosten van ziekten, 2019; zie Tabel 7.5). Voor mannen werd €254 en voor vrouwen €338 per inwoner (65 jaar en ouder) per jaar uitgegeven. Opgesplitst naar psychische aandoening, bedroegen de zorgkosten voor angst-, dwang- en stressstoornissen €25, voor depressieve stoornissen, bipolaire en overige stemmingsstoornissen €128 en voor dementie €2947 per inwoner (65 jaar en ouder) per jaar. In Tabel 7.5 staan ook cijfers naar leeftijd vermeld.

Tabel 7.5 Medische zorguitgaven voor psychische stoornissen bij ouderen (65 jaar en ouder) in euro's per inwoner per jaar

		Totaal psychische stoornissen*	**Angst-, dwang- en stressstoornissen**	**Depressieve stoornissen, bipolaire en overige stemmings-stoornissen**	**Dementie**
	Jaartal gegevens	**2019**	**2019**	**2019**	**2019**
	Bron	**RIVM Kosten van ziekten**	**RIVM Kosten van ziekten**	**RIVM Kosten van ziekten**	**RIVM Kosten van ziekten**
	Populatie	**65 jaar en ouder**	**65 jaar en ouder**	**65 jaar en ouder**	**65 jaar en ouder**
	Cijfer	**Euro per inwoner per jaar**	**Euro per inwoner per jaar**	**Euro per inwoner per jaar**	**Euro per inwoner per jaar**
	Totaal	298	25	128	2947
Geslacht	Man	254	17	94	1916
	Vrouw	338	32	158	3834
Leeftijd	65-74 jaar	323	25	136	581
	75-84 jaar	281	28	135	3243
	85 jaar of ouder	227	17	74	14.054

*Exclusief dementie en verstandelijke beperking

7.5.3 Huidige situatie en trends ziektelast en sterfte

Tekstbox 7.8 Indicatoren voor ziektelast en sterfte

Ziektelast als gevolg van psychische en gedragsstoornissen
Ziektelast is de hoeveelheid gezondheidsverlies in een populatie die veroorzaakt wordt door ziekten. De ziektelast wordt uitgedrukt in DALY's ('Disability-Adjusted Life-Years'). Een DALY is opgebouwd uit twee componenten: de jaren geleefd met ziekte waarbij de ernst van de ziekte wordt meegenomen en de jaren verloren door vroegtijdige sterfte. Ziektelast wordt hier gepresenteerd voor alle psychische stoornissen tezamen en voor drie hoofdgroepen van aandoeningen

Ziektelast als gevolg van totaal psychische en gedragsstoornissen
Ziektelast in DALY's per 1000 inwoners (65 jaar en ouder) op basis van ICD10-codes F00-F99, exclusief dementie (ICD10-codes F00-F03, F05.1) en verstandelijke beperking (ICD10-codes F70-F79).
Ziektelast als gevolg van angst-, dwang- en stressstoornissen
Ziektelast in DALY's per 1000 inwoners (65 jaar en ouder) op basis van ICD10-codes F40-F43.
Ziektelast als gevolg van bipolaire en depressieve stemmingsstoornissen
Ziektelast in DALY's per 1000 inwoners (65 jaar en ouder) per jaar op basis van ICD10-codes F30-F31, F32-F33, F34.0, F34.1, F38.1, F92.0.
Ziektelast als gevolg van dementie
Ziektelast in DALY's per 1000 inwoners (65 jaar en ouder) per jaar op basis van ICD10-codes F00-F03, F05.1.

Sterfte
Sterfte als gevolg van psychische stoornissen
Dit cijfer betreft het aantal overledenen per 100.000 inwoners (65 jaar en ouder) als gevolg van psychische stoornissen (ICD10-codes F00-F99). Zelfdoding valt hier niet onder.
Sterfte als gevolg van zelfdoding
Dit cijfer betreft het aantal overledenen per 100.000 inwoners (65 jaar en ouder) met als achterliggende doodsoorzaak zelfdoding (ICD10-codes X60-X84).

Ziektelast als gevolg van psychische en gedragsstoornissen
Het aantal verloren gezonde levensjaren (DALY) voor ouderen als gevolg van het totaal aan psychische en gedragsstoornissen, exclusief dementie en verstandelijke beperking, bedroeg 28,2 per 1000 inwoners in 2022 (RIVM Ziektelast, 2022; zie Tabel 7.6). De ziektelast voor mannen bedroeg dat jaar 26,3 DALY's per 1000 inwoners en voor vrouwen 29,9 DALY's per 1000 inwoners. Opgesplitst naar psychische en gedragsstoornissen, bedroeg het aantal verloren gezonde levensjaren (DALY) als gevolg van angst-, dwang- en stressstoornissen 6,3 per 1000 inwoners, bipolaire en depressieve stemmingsstoornissen 10,0 per 1000 inwoners en dementie 26,4 per 1000 inwoners. In Tabel 7.6 staan ook cijfers naar leeftijd.

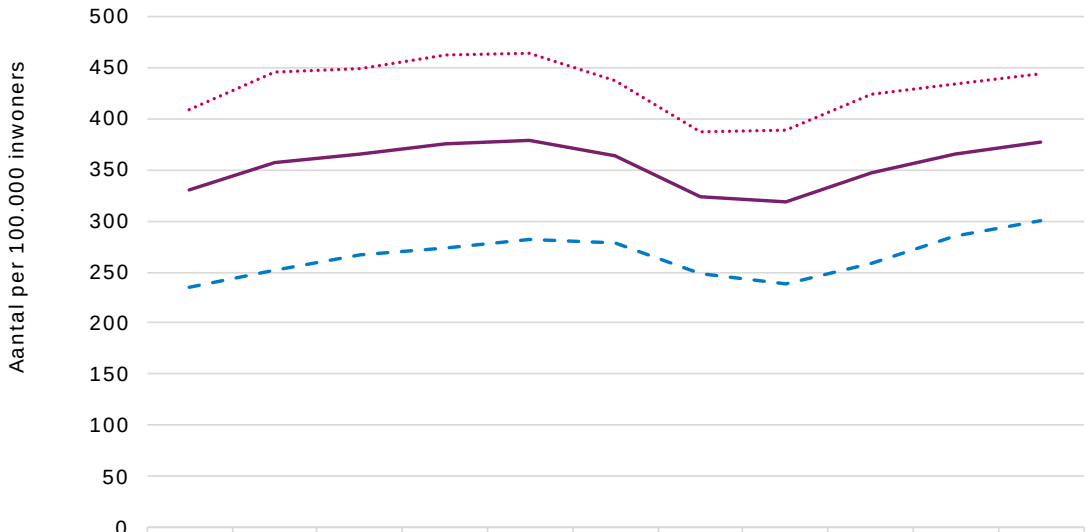
Tabel 7.6 Ziektelast bij ouderen (65 jaar en ouder) als gevolg van psychische en gedragsstoornissen in DALY's per 1000 inwoners

		Totaal psychische en gedrags-stoornissen*	**Angst-, dwang- en stress-stoornissen**	**Bipolaire en depressieve stemmings-stoornissen**	**Dementie**
	Jaartal gegevens	**2022**	**2022**	**2022**	**2022**
	Bron	**RIVM Ziektelast**	**RIVM Ziektelast**	**RIVM Ziektelast**	**RIVM Ziektelast**
	Populatie	**65 jaar en ouder**	**65 jaar en ouder**	**65 jaar en ouder**	**65 jaar en ouder**
	Cijfer	**DALY's per 1000 inwoners**	**DALY's per 1000 inwoners**	**DALY's per 1000 inwoners**	**DALY's per 1000 inwoners**
	Totaal	28,2	6,3	10,0	26,4
Geslacht	Man	26,3	4,3	8,4	20,3
	Vrouw	29,9	8,0	11,4	31,7
Leeftijd	65-74 jaar	30,7	6,8	11,0	6,1
	75-84 jaar	25,5	6,1	9,3	33,2
	85 jaar of ouder	24,1	4,8	7,1	102,3

*Exclusief dementie en verstandelijke beperking

Sterfte als gevolg van psychische stoornissen
In 2024 overleden 14.003 ouderen als gevolg van psychische stoornissen (Doodsoorzakenstatistiek, 2024). Dit komt overeen met een sterftecijfer van 376,8 per 100.000 inwoners in de leeftijd van 65 jaar en ouder (zie Figuur 7.12). Dit sterftecijfer was 300,6 bij mannen en 443,8 bij vrouwen per 100.000 inwoners. Het aantal overledenen als gevolg van psychische stoornissen lag in de periode van 2014 tot en met 2024 tussen 318,6 (2021) en 379,4 (2018) per 100.000 inwoners van 65 jaar en ouder.

Figuur 7.12 Aantal overledenen als gevolg van psychische stoornissen per 100.000 inwoners van 65 jaar en ouder in de periode 2014 t/m 2024

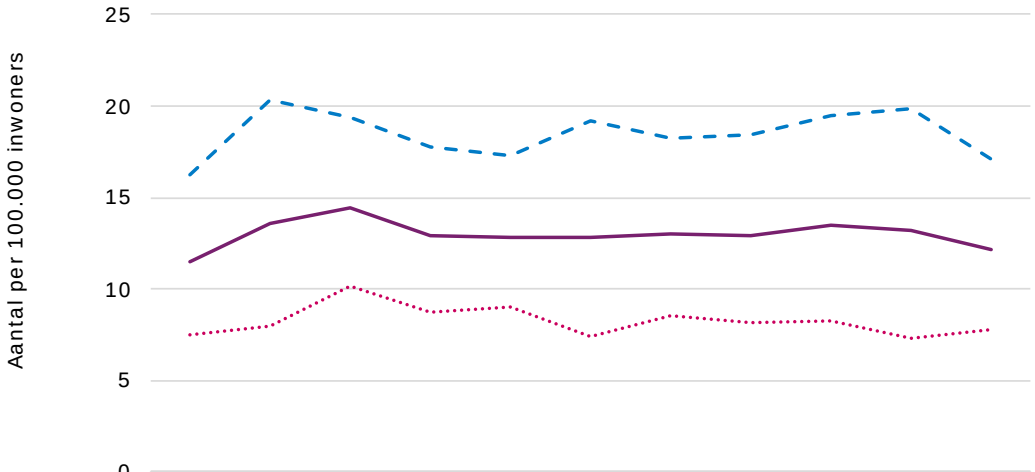


	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Totaal	329,5	357,0	365,8	376,1	379,4	363,8	322,8	318,6	346,4	364,9	376,8
Man	234,4	251,5	267,0	274,0	281,2	278,8	248,2	238,3	258,4	285,9	300,6
Vrouw	407,9	444,8	448,8	462,7	463,4	437,0	387,3	388,3	423,0	433,9	443,8

*Voorlopige cijfers
Bron: Doodsoorzakenstatistiek

Sterfte als gevolg van zelfdoding
In 2024 overleden 451 ouderen als gevolg van zelfdoding (Doodsoorzakenstatistiek, 2024). Dit komt overeen met een sterftecijfer van 12,1 per 100.000 inwoners in de leeftijd van 65 jaar en ouder (zie Figuur 7.13). In 2024 is het sterftecijfer als gevolg van zelfdoding bij mannen 17,1 en bij vrouwen 7,8 per 100.000 inwoners. In de periode van 2014 tot en met 2024 lag het aantal overledenen per 100.000 inwoners van 65 jaar en ouder als gevolg van zelfdoding tussen de 11,5 en 14,4.

Figuur 7.13 Aantal overledenen als gevolg van zelfdoding per 100.000 inwoners van 65 jaar en ouder in de periode 2014 t/m 2024



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Totaal	11,5	13,6	14,4	12,9	12,8	12,9	13,0	12,9	13,5	13,2	12,1
Man	16,3	20,4	19,4	17,8	17,3	19,2	18,2	18,4	19,5	19,9	17,1
Vrouw	7,5	8,0	10,2	8,8	9,0	7,4	8,5	8,1	8,2	7,3	7,8

*Voorlopige cijfers
Bron: Doodsoorzakenstatistiek

7.5.4 *Duiding gevolgen mentale (on)gezondheid*

Hieronder staat samengevat wat er door de experts is ingebracht over de duiding van bovenstaande resultaten.

Zorgen over onvoldoende herkenning van mentale problemen bij ouderen

Het viel de experts op dat 1 op de 4 huisartspatiënten van 65 jaar en ouder contact had met de huisartsenpraktijk vanwege enigerlei psychisch probleem. Experts gaven hiervoor als mogelijke verklaring dat het aantal lichamelijke klachten ook is toegenomen bij ouderen. Experts merkten in de praktijk dat ouderen het risico lopen om niet verwezen te worden voor psychische klachten, onder andere doordat symptomen bij hen niet herkend worden of omdat er andere opvattingen zijn over welke zorg nodig is.

Toegankelijkheid zorg voor ouderen onvoldoende

Experts gaven aan dat, als ze kijken naar de prevalentie en het zorggebruik voor angst- of depressieklachten, de zorgtoegankelijkheid onder maat lijkt. Dat de zorg niet voldoende toegankelijk is voor ouderen zagen experts ook in de praktijk terug, vooral bij thuiswonende ouderen. Volgens de experts komt dit mede door bezuinigingen en lange wachtlijsten. Tegelijk merkten de experts ook op dat de getoonde cijfers over zorggebruik slechts een deel van het zorggebruik voor mentale gezondheid omvatten: ouderen maken ook gebruik van hulp en zorg uit andere domeinen, waaronder het sociaal en welzijnsdomein.

Aanzienlijke gevolgen van dementie
Het viel de experts op dat dementie gepaard gaat met zeer hoge medische kosten en een hoge ziektelast. Het is daarom belangrijk om dementie apart te benoemen naast andere psychische aandoeningen.

Kwaliteit en bruikbaarheid van data
Veel opmerkingen die experts maakten over de gevolgen van mentale (on)gezondheid hebben te maken met het volgens hen ontbreken of onvolledig zijn van de gebruikte data ('witte vlekken'), zoals het ontbreken van data over intramuraal wonende ouderen en mensen met cognitieve beperkingen. Als het gaat om inzicht in gemaakte kosten als gevolg van mentale (on)gezondheid, dan misten experts inzicht in kosten in het welzijns- en sociaal domein. Deze kosten worden volgens hen vaak vergeten. Experts gaven aan dat het gebruik van de verschillende databronnen de vergelijking van de resultaten lastig maken. De experts benadrukten opnieuw dat kwalitatief onderzoek nodig is om meer context te geven, om zo ook beter onderbouwing te geven voor beleid.

7.6 Beleidsaanbevelingen voor mentale gezondheid ouderen volgens experts

Creëer bewustwording door middel van voorlichting
De experts raadden aan om bij ouderen in te zetten op preventie. Leefstijl en positieve gezondheid dienen daarbij als uitgangspunt gebruikt te worden. De focus bij ouderen zou moeten liggen op het bevorderen van zingeving en levenstevredenheid, met speciale aandacht voor ouderen met een kwetsbare gezondheid, alleenwonende ouderen, en vrouwen. Hiervoor is het volgens experts belangrijk om aan bewustwording te werken, onder andere via voorlichting. Mensen zouden zich eerder bewust moeten zijn over wat het betekent om ouder te worden en hoe zij hiermee om kunnen gaan. Overheden en de maatschappij in zijn geheel zouden minder stereotype opvattingen over ouderen moeten hebben ('ageism') en meer oog moeten hebben voor het sociaal kapitaal van ouderen.

Integreer preventie in zowel het sociaal als medisch domein
Naast bewustwording vonden experts het belangrijk om in te zetten op vroegsignalering van psychische klachten, zoals angst- of depressiegevoelens. Dit kan volgens hen het beste door preventie te integreren in het sociaal én het medisch domein. Huisartsenpraktijken zouden hier beter op toegerust moeten worden. Disciplines in deze domeinen (zoals huisartsen, POH's-ggz en welzijnswerkers) dienen voldoende kennis te hebben op het gebied van mentale gezondheid van ouderen. Daarnaast is het belangrijk om hen toe te rusten met effectieve laagdrempelige interventies gericht op angst en depressie bij ouderen.

Zet in op sociale cohesie en participatie
Voor de mentale gezondheid van ouderen is het volgens experts belangrijk om te werken aan netwerkontwikkeling en het versterken van sociale verbindingen. Experts benadrukten tevens dat sociale en maatschappelijke participatie gestimuleerd moeten worden, ook vóórdat mensen ouder zijn. Het is belangrijk om in te zetten op buurtgerichte

activiteiten en initiatieven die de gemeenschapszin en eigen regie bevorderen en om (samen)woonvormen en laagdrempelige ontmoetingsplekken te creëren. Experts pleitten er voor om daarbij te versterken wat er al is.

Bestaanszekerheid en passende woonvormen
Experts gaven aan dat bestaanszekerheid voor ouderen een basisvoorwaarde is voor mentale gezondheid. Hiervoor is volgens hen in ieder geval betaalbare, geschikte huisvesting voor ouderen nodig. Geschikte huisvesting voor ouderen, waaronder verschillende samenwoonvormen, helpen ook om eenzaamheid tegen te gaan. Onderdeel daarvan zijn ‘tussenvoorzieningen’ voor ouderen die nog zelfstandig thuis wonen, maar wel meer zorg of ondersteuning nodig hebben, ook op mentaal vlak.

Samenwerking en integrale aanpak
Het verbeteren van de mentale gezondheid van ouderen is volgens experts niet de verantwoordelijkheid van één partij. Daarbij is het belangrijk dat een goede mentale gezondheid van ouderen niet individueel benaderd wordt, maar als maatschappelijk vraagstuk. Het vraagt om structurele, domeinoverstijgende samenwerking, met aandacht voor preventie, participatie, en het versterken van bestaande netwerken. Denk aan samenwerking tussen gemeenten, zorg en welzijn, buurtinitiatieven, mantelzorgers en professionals. Vooral het medische en sociale domein dienen nauw samen te werken. De huidige ‘schotten’ tussen financiering van het zorg- en sociaal domein zouden hiervoor volgens de experts moeten verdwijnen. Daarnaast vroegen de experts om vooral ook de mentale gezondheid van de mantelzorgers rondom de ouderen te bewaken en te beschermen door hen goed te faciliteren bij de uitvoering van hun mantelzorgtaken.

Ouderen als actieve doelgroep
Experts benadrukten tenslotte dat het belangrijk is om ouderen te benaderen als actieve groep. Zij dienen nog veel meer betrokken te worden bij beleid en interventies dan nu het geval is. De ervaringsdeskundigheid van ouderen wordt volgens experts nu te weinig benut. Daaraan gerelateerd pleitten experts er voor om ouderen zo veel mogelijk zelf verantwoordelijkheid te geven, mits goed geïnformeerd, en niet over hen te bepalen. Goede voorbeelden delen worden genoemd om bewustwording van ouderen als actieve groep te vergroten.

8 De mentale gezondheid van studenten

Dit hoofdstuk start in Paragraaf 1 met een samenvatting van de bevindingen in de vorm van kernboodschappen. Vervolgens wordt in Paragraaf 2 de populatie beschreven waar het hoofdstuk over gaat. In Paragraaf 3 worden de meest recente cijfers en de belangrijkste ontwikkelingen (trends) in de mentale gezondheid gegeven. In Paragraaf 4 wordt ingegaan op de resultaten van de verdiepende analyses, waarbij is gekeken naar de samenhang tussen de factoren en mentale gezondheid. In Paragraaf 5 wordt gekeken naar de belangrijkste gevolgen van mentale (on)gezondheid. De resultaten in de Paragrafen 3 en 4 zijn geduid met 24 experts. Het hoofdstuk sluit in Paragraaf 6 af met aanbevelingen voor beleid, aangedragen door de experts. De duidingsinformatie per deelpopulatie is gebaseerd op expert opinion en is niet door de onderzoekers in de literatuur gecheckt, zie hiervoor Hoofdstuk 10.

8.1 Kernboodschappen voor de mentale gezondheid van studenten

8.1.1 Huidige situatie en trends

- Er zijn weinig geschikte monitorgegevens over de mentale gezondheid van mbo-studenten. Voor deze monitor is één indicator voor mbo-studenten beschikbaar.
- Experts valt op dat er sprake is van een diffuus beeld voor hbo- en wo-studenten: 2 op de 10 floreert, levenstevredenheid krijgt een gemiddelde score van bijna 7, en meer dan de helft rapporteert een gemiddelde tot hoge mate van veerkracht. Maar ook heeft ruim 8 op de 10 hbo- en wo- studenten angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken en meer dan de helft emotionele uitputtingsklachten, en zijn 2 op de 10 sterk eenzaam. Van de mbo-, hbo- en wo- studenten zijn ruim 4 op de 5 studenten voldoende weerbaar.
- Vrouwen en studenten die zich niet als man of vrouw identificeren ervaren minder mentaal welbevinden en meer mentale problemen dan mannen.
- Verschil in leeftijd speelt een rol. De experts valt op dat hbo- en wo- studenten van 26 tot en met 29 jaar een lager mentaal welbevinden en meer mentale problemen hebben dan jongere studenten van 16 tot en met 21 jaar.
- Bij hbo- en wo- studenten nemen met name emotionele uitputtingsklachten af tussen 2021 en 2025.

8.1.2 Samenhangende factoren

- Alle vijftien onderzochte factoren hangen samen met beide maten voor mentale gezondheid (floreren en angst- of depressiegevoelens) bij hbo-en wo-studenten. Er is een sterke samenhang met zowel minder floreren als met meer angst- of depressiegevoelens voor veel slaapproblemen in de afgelopen 4 weken, problematisch socialemediagebruik, (heel) weinig steun van ouders ervaren, weinig steun van sociale omgeving (vrienden/partner /familie/vereniging) ervaren, veel stress door studie, en vaak prestatiedruk ervaren vanuit zichzelf en/of

anderen. Zwaar alcoholgebruik hangt samen met meer floreren en, alleen bij mannen, met minder angst- of depressiegevoelens.
- Het valt de experts op dat veel studenten stress door studie of maatschappelijke problemen en prestatiedruk ervaren vanuit zich zelf en vanuit hun omgeving. Ook slaapproblemen wordt door de experts als belangrijke indicator voor mentale problemen gezien.
- Daarnaast zijn volgens de experts sociale steun en sociaal vangnet belangrijk voor studenten. Hierbij valt het de experts op dat sociale steun sterk samenhangt met minder floreren én meer angst- of depressiegevoelens, maar dat studenten minder steun ervaren vanuit hun studie, mogelijk omdat ze het moeilijk vinden hulp te vragen.
- Experts vinden de tegengestelde samenhang tussen alcoholgebruik en mentale gezondheid complex. Een verklaring die de experts daarvoor noemen, is dat studenten vooral drinken tijdens sociale gelegenheden.

8.1.3 Aanbevelingen van experts

- Normaliseer dat praten over mentale gezondheid vanzelfsprekend is en dat problemen in zekere mate erbij horen. Doorbreek het taboe en maak mentale gezondheid bespreekbaar in het onderwijs en het dagelijkse gesprek.
- Creëer een vaste plek in het onderwijs. Mentale gezondheid moet vanaf de basisschool tot en met het hoger onderwijs een structureel onderdeel zijn in het curriculum.
- Verlaag de prestatiedruk door meer maatwerk in het curriculum te bieden, door meer flexibiliteit en keuzevrijheid. Normaliseer daarnaast het ‘goed genoeg’ zijn.
- Ga voor collectieve en structurele oplossingen. Zie verminderde mentale gezondheid niet (alleen) als individueel probleem, maar als maatschappelijk vraagstuk. Zorg voor samenwerking tussen onderwijs, preventie en zorg, overheid en studenten.
- Stimuleer sociale verbinding via clubs, verenigingen en studie. Er is aandacht nodig voor inclusie en het ondersteunen van groepen in kwetsbare omstandigheden.
- Zorg voor toegankelijke ondersteuning, zorg dat hulp dichtbij is, makkelijk vindbaar, gratis of goedkoop en niet-stigmatiserend is. Investeer in meer preventieve inzet door coaches of studentpsychologen.
- Doe onderzoek naar oorzaken van verminderde mentale gezondheid en verschillen tussen groepen, betrek studenten bij beleid, en evalueer continu de effectiviteit van interventies en beleid.
- Doe verdiepend onderzoek en beleidsevaluaties voor een effectieve aanpak. Met daarin ook aandacht voor de witte vlekken, zoals ontbreken van gegevens over mbo-studenten, mantelzorg, bewegen en sporten, en gevolgen van mentale (on)gezondheid bij studenten.

8.2 Studenten in Nederland

Bij studenten gaat het om personen die studeren aan het middelbaar beroepsonderwijs (mbo), hoger beroepsonderwijs (hbo) of wetenschappelijk onderwijs (wo). In het schooljaar 2023/2024 waren er 1,27 miljoen studenten in Nederland. Hiervan was 52% vrouw en 48%

man. In dat schooljaar studeerden er ongeveer 470.000 studenten aan het mbo, 461.000 aan het hbo en 344.000 aan de universiteit. Studenten uit het buitenland die in Nederland studeren, zijn hierbij ook meegeteld [30].

De studententijd is een belangrijke maar kwetsbare periode omdat deze periode samenvalt met een ontwikkelingsfase waarin jongeren zich ontwikkelen van adolescent tot jongvolwassene. Jongeren die (voltijds) studeren lopen door verschillende factoren zoals druk door studieactiviteiten, prestatiedruk, financiële zorgen en het combineren van studie, werk en een eigen huishouden, meer risico op psychische klachten dan niet-studerende leeftijdsgenoten.

8.3 Mentale gezondheid van studenten: huidige situatie en trends

Deze paragraaf beschrijft de mentale gezondheid van studenten aan de hand van vier indicatoren voor mentaal welbevinden en drie voor mentale problemen (zie Tekstboxen 8.1 en 8.2). Voor psychische aandoeningen zijn geen indicatoren beschikbaar. De gebruikte data zijn afkomstig uit de Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten hbo en wo (MMMS) (2025) en de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen (GMJV) (2024). De MMMS gaat alleen over hbo- en wo-studenten (16 jaar en ouder). Gegevens van de GMJV gaan over studenten (16 tot en met 26 jaar) die aan het mbo, hbo of wo studeren.

8.3.1 Huidige situatie en trends in mentaal welbevinden

Tekstbox 8.1 Indicatoren voor mentaal welbevinden

Positieve mentale gezondheid is gebaseerd op veertien uitspraken over de afgelopen 4 weken over emotionele, psychologische en sociale aspecten van mentale gezondheid volgens de Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) 2.1. Studenten die bovengemiddeld scoren op positieve mentale gezondheid, zijn degenen die 'floreren' [31,32].

Levenstevredenheid is gemeten met de Cantril-ladder aan de hand van de vraag ‘Hieronder staat een ladder. Op welke plaats op de ladder staat jouw leven over het algemeen? Selecteer het cijfer dat het beste klopt met hoe jij je voelt over je leven’. Een 0 staat voor ‘het slechtste leven dat ik mij kan voorstellen’ en 10 ‘het beste leven dat ik mij kan voorstellen’ [19,20]

Veerkracht is gemeten met de BRS (Brief Resilience Scale). Aan studenten zijn zes stellingen voorgelegd waarbij ze vijf antwoordmogelijkheden hadden, lopend van ‘zeer mee oneens’ (1) tot ‘zeer mee eens’ (5). De indicator veerkracht betreft een gemiddelde score van 3 of hoger als een ‘gemiddelde tot hoge mate van veerkracht’ [33].

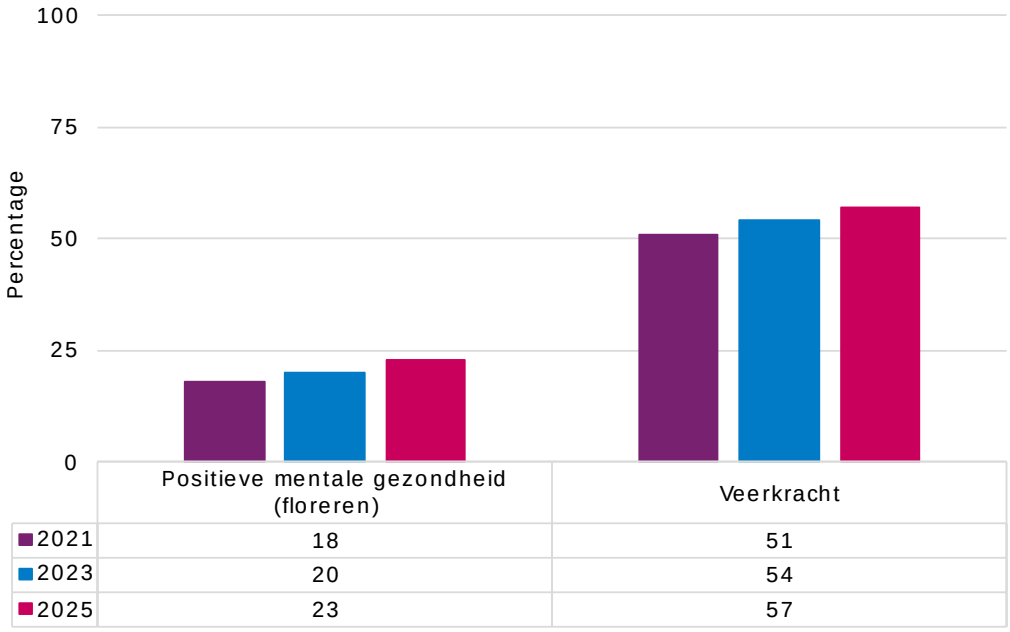
Weerbaarheid is gemeten met acht uitspraken over opkomen voor jezelf en het maken van keuzes op een 5-puntsschaal, variërend van (1) ‘helemaal oneens’ tot (5) ‘helemaal eens’. Een gemiddelde score (range 1 t/m 5) van meer dan 3 betekent voldoende weerbaar.

Positieve mentale gezondheid (floreren)
In 2025 gaf 23% van de hbo- en wo- studenten (16 jaar en ouder) aan bovengemiddeld te scoren op positieve mentale gezondheid en te ‘floreren’ (MMMS, 2025; zie Tabel 8.1). Het percentage mannen dat floreerde was 27%, voor vrouwen was dit 21%. Het percentage floreren onder mensen met een gender anders dan man of vrouw was 7%. Het percentage studenten dat floreerde varieerde naar leeftijd van 19% bij studenten van 26-29 jaar tot 31% bij studenten van 30 jaar en ouder. Voor de cijfers opgesplitst naar onderwijstype zie Tabel 8.1. Het aandeel studenten dat floreerde was tussen de 18% en 23% in periode 2021 en 2025 (Zie Figuur 8.1).

Tabel 8.1 Huidige situatie voor drie indicatoren voor mentaal welbevinden bij studenten

		Positieve mentale gezondheid (floreren)		**Levenstevredenheid**		**Veerkracht**		**Weerbaarheid**	
	Jaartal	**2025**		**2025**		**2025**		**2024**	
	Bron	**MMMS**		**MMMS**		**MMMS**		**GMJV**	
	Populatie	**Hbo- en wo-studenten**		**Hbo- en wo-studenten**		**Hbo- en wo-studenten**		**Mbo-, hbo- en wo-studenten (16-25 jaar)**	
	Cijfer		**%**		**Gemiddelde**		**%**		**%**
	Totaal		23		6,8		57		83,5
Gender	Man		27		6,9		70		87,6
	Vrouw		21		6,8		48		79,9
	Anders		7		6,1		37		72,0
Leeftijd	16-21 jaar		22		6,9		58		-
	22-25 jaar		23		6,8		57		-
	26-29 jaar		19		6,5		48		-
	30 jaar en ouder		31		6,8		61		-
	16 en 17 jaar		-	-	-	-	-		83,3
	18-21 jaar		-	-	-	-	-		83,7
	22-25 jaar		-	-	-	-	-		83,3
Onderwijstype	Mbo		-		-		-		83,2
	Hbo		24		6,8		54		84,2
	Wo		22		6,9		60		82,7

Figuur 8.1 Percentage positieve mentale gezondheid en veerkracht in de periode 2021 t/m 2025



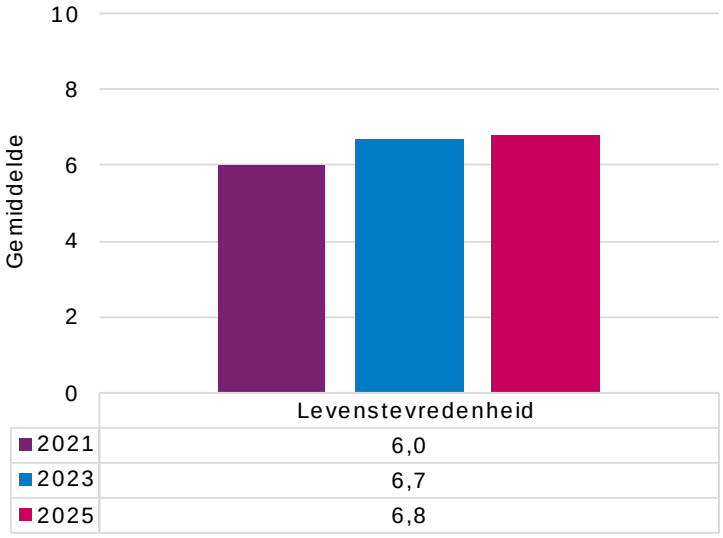
	Positieve mentale gezondheid (floreren)	Veerkracht
2021	18	51
2023	20	54
2025	23	57

Bron: MMMS

Levenstevredenheid

In 2025 gaven hbo- en wo- studenten (16 jaar en ouder) hun leven gemiddeld een 6,8 op een schaal van 0 tot en met 10 (MMMS, 2025; zie Tabel 8.1). Voor mannen was deze gemiddelde score 6,9, voor vrouwen 6,8 en voor gender anders dan man of vrouw 6,1. Per leeftijdsgroep lag de gemiddelde score op levenstevredenheid tussen 6,5 bij 26- tot en met 29-jarigen en 6,9 bij 16- tot en met 21-jarigen. Voor de cijfers opgesplitst naar onderwijstype zie Tabel 8.1. De gemiddelde score op levenstevredenheid van studenten ging van 6,0 in 2021 naar 6,8 in 2025 (Figuur 8.2).

Figuur 8.2 Gemiddelde score op levenstevredenheid in de periode 2021 t/m 2025



Bron: MMMS

Veerkracht
Meer dan de helft (57%) van de hbo- en wo- studenten heeft een gemiddelde tot hoge mate van veerkracht (MMMS, 2025; zie Tabel 8.1). Voor mannen was dit 70%, voor vrouwen 48% en voor mensen met een gender anders dan man of vrouw 37%. Per leeftijdsgroep lag het percentage met een gemiddelde tot hoge mate van veerkracht tussen 48% bij de 26- tot en met 29-jarigen en 61% bij de studenten vanaf 30 jaar. Voor de cijfers opgesplitst naar onderwijstype zie Tabel 8.1. Het aandeel studenten met een gemiddelde tot hoge mate van veerkracht was 51% in 2021 en 57% in 2025 (Figuur 8.1).

Weerbaarheid
Van de mbo-, hbo- en wo-studenten (16 t/m 25 jaar) is 83,5% voldoende weerbaar (GMJV, 2024; Tabel 8.1). Het percentage dat voldoende weerbaar is was 87,6% onder mannen, 79,9% onder vrouwen en 72,0% onder mensen met gender anders dan man of vrouw. Voor de cijfers opgesplitst naar leeftijd en onderwijstype zie Tabel 8.1. Er zijn geen trendcijfers beschikbaar.

8.3.2 Huidige situatie en trends in mentale problemen

Tekstbox 8.2 Indicatoren voor mentale problemen.

Angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken is gemeten met de Mental Health Inventory-5 (MHI-5). De MHI-5 bevat vijf vragen die gaan over hoe men zich in de afgelopen 4 weken voelde: ‘Voelde je je erg zenuwachtig?’, ‘Zat je zo erg in de put dat niets je kon opvrolijken?’, ‘Voelde je je kalm en rustig?’, ‘Voelde je je neerslachtig en somber?’ en ‘Voelde je je gelukkig?’ Er zijn 6 antwoorden mogelijk, variërend van (0) ‘nooit’ tot (5) ‘voortdurend’. Een somscore van 76 of lager (range 0-100) betekent de aanwezigheid van angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken [9–11].

Emotionele uitputtingsklachten zijn gemeten aan de hand van een voor studenten aangepaste subschaal van de Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS). Er zijn vijf stellingen voorgelegd over emotionele uitputtingsklachten door studie. Er waren zeven antwoordopties, lopend van 'nooit' naar 'elke dag' [34].

Sterk eenzaam[12] is gemeten met een verkorte versie van de eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld, bestaande uit zes uitspraken over sociale en emotionele eenzaamheid zoals 'Ik mis mensen om me heen' en 'Vaak voel ik me in de steek gelaten'. Er zijn drie antwoorden mogelijk: 'ja', 'min of meer' en 'nee'. Een somscore van 5 of 6 betekent sterk eenzaam (range 0-6) [13].

Angst- of depressiegevoelens
In 2025 had 83% van de hbo- en wo-studenten in de laatste 4 weken angst- of depressiegevoelens (MMMS, 2025, zie Tabel 8.2). Het percentage studenten met angst- of depressiegevoelens was 75% onder mannen, 88% onder vrouwen en 95% onder mensen met gender anders dan man of vrouw. Het percentage studenten met angst- of depressiegevoelens per leeftijdsgroep lag tussen 79% bij 30 jaar en ouder en 88% bij de 26- tot en met 29-jarigen. Voor de cijfers opgesplitst naar onderwijstype zie Tabel 8.2. Het aandeel studenten met angst- of depressiegevoelens was in de periode van 2021 tot en met 2025 83% tot 84% (zie Figuur 8.3).

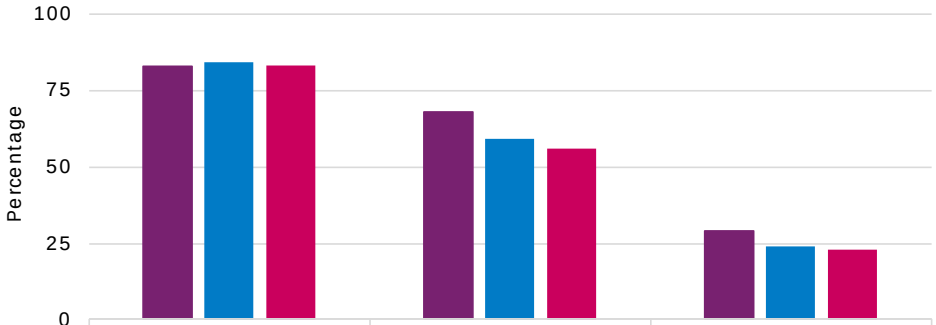
Emotionele uitputtingsklachten
In 2025 ervaarde 56% van de hbo- en wo-studenten emotionele uitputtingsklachten (MMMS 2025, zie Tabel 8.2). Voor mannen was het percentage met uitputtingsklachten 50%, voor vrouwen 59% en voor gender anders dan man of vrouw 77%. Het percentage studenten met emotionele uitputtingsklachten per leeftijdsgroep lag tussen 47% bij 30 jaar en ouder en 64% bij de 26- tot en met 29-jarigen. Voor de cijfers opgesplitst naar onderwijstype zie Tabel 8.2. Emotionele uitputtingsklachten gingen van 68% in 2021 naar 56% in 2025 (zie Figuur 8.3).

[12] In het MMMS 2025 rapport wordt 'enigszins of sterk eenzaam' gerapporteerd [43].

Tabel 8.2 Huidige situatie voor de drie indicatoren voor mentale problemen bij studenten

		Angst- of depressiegevoelens in laatste 4 weken		Emotionele uitputtingsklachten		Sterk eenzaam	
	Jaartal gegevens	**2025**		**2025**		**2025**	
	Bron	**MMMS**		**MMMS**		**MMMS**	
	Populatie	**Hbo- en wo-studenten**		**Hbo- en wo-studenten**		**Hbo- en wo-studenten**	
	Cijfer		**%**		**%**		**%**
	Totaal		83		56		23
Gender	Man		75		50		22
	Vrouw		88		59		23
	Anders		95		77		41
Leeftijd	16-21 jaar		81		54		22
	22-25 jaar		83		57		22
	26-29 jaar		88		64		29
	30 jaar en ouder		79		47		25
Onderwijstype	Hbo		81		52		22
	Wo		84		58		24

Figuur 8.3 Percentage studenten met mentale problemen in de periode 2021 t/m 2025



	Angst- of depressiegevoelens in laatste 4 weken	Emotionele uitputtingsklachten	Sterk eenzaam
2021	83	68	29
2023	84	59	24
2025	83	56	23

Bron: MMMS

Sterk eenzaam
Van de hbo- en wo-studenten had 23% van de studenten gevoelens van sterke eenzaamheid (MMMS, 2025; zie Tabel 8.2). Voor mannen was dit 22%, voor vrouwen 23% en voor gender anders dan man of vrouw 41%. Voor de cijfers opgesplitst naar leeftijd en onderwijstype zie Tabel 8.2. Het aandeel studenten dat zich sterk eenzaam voelt lag tussen de 23% en 29% in de periode van 2021 tot en met 2025 (zie Figuur 8.3).

8.3.3 *Huidige situatie en trends in psychische aandoeningen*

Voor studenten zijn geen indicatoren beschikbaar over psychische aandoeningen. Deze zijn wel beschikbaar voor jongvolwassenen (18 t/m 24 jaar), zie Paragraaf 5.3.3, en voor de algemene populatie (vanaf 18 jaar), zie Paragraaf 3.3.3.

8.3.4 *Duiding huidige situatie en trends mentale gezondheid studenten*

De duiding door de experts is gebaseerd op de cijfers van de MMMS 2023, omdat de cijfers van de MMMS 2025 nog niet beschikbaar waren toen de duidingssessie plaats vond. De cijfers van MMMS 2025 worden wel in dit rapport gebruikt. Hieronder staat samengevat wat er door de experts is ingebracht over de duiding.

Veerkracht én veel mentale klachten bestaan naast elkaar
De experts van de duidingssessie vonden het opvallend dat veel studenten zich veerkrachtig en weerbaar voelden en dat tegelijkertijd een groot deel mentale klachten (angst- of depressiegevoelens, emotionele uitputtingsklachten) rapporteerde. De experts stelden vast dat veerkracht niet de afwezigheid van psychische klachten is: veerkracht en het hebben van klachten kunnen naast elkaar bestaan. Als verklaring gaven de experts dat er mogelijk een andere beleving en definitie van veerkracht bij deze generatie is. De experts vroegen zich af wat studenten zelf verstaan onder veerkracht en weerbaarheid. Een andere verklaring kan volgens experts zijn dat studenten klachten normaliseren in de zin dat ze de klachten bij het leven vinden horen en als geaccepteerd ongemak zien. Dit roept volgens de experts ook de

vraag op wat de hoge percentages van mentale problemen betekenen en of deze hoge percentages per se problematisch zijn. Een andere verklaring kan volgens experts zijn dat studenten de klachten nog onvoldoende herkennen vanwege hun nog onontwikkelde mentale gezondheidsvaardigheden.

Meer problemen bij studenten van 26 tot en met 29 jaar
De experts vonden het ook opvallend dat studenten van 26 tot en met 29 jaar meer mentale problemen rapporteerden dan jongere studenten (16 t/m 21 jaar). Hiervoor gaven de experts meerdere verklaringen. Het kan volgens hen zijn dat deze groep studenten meer last ervaart van maatschappelijke problemen, zoals opgelopen schulden als gevolg van het leenstelsel en krapte op woningmarkt. Daarnaast kan het komen doordat zij, meer dan jongere studenten, bezig zijn met het maken van de overgang naar een levensfase na de universiteit of hogeschool, waarbij het gaat om het vinden van een baan, het zoeken van een eigen woning. Een mogelijke andere verklaring die de experts gaven is dat er sprake kan zijn van een selectie-effect: het kan zijn dat deze relatief oudere studenten studievertraging hebben opgelopen als gevolg van mentale problemen.

Meer problemen bij vrouwen en studenten die zich niet als man of vrouw identificeren
Een andere uitkomst die de experts opvallend vonden, is de bevinding dat onder vrouwen en studenten die zich niet als man of vrouw identificeren meer mentale problemen en eenzaamheid voorkwamen. Dat vrouwen meer mentale problemen rapporteerden, kan volgens de experts het gevolg zijn van de betere vaardigheid van vrouwen om problemen en klachten te herkennen en te benoemen. Ook kan het zo zijn dat doordat de metingen vooral gaan over internaliserende problemen, de aanwezigheid van mentale problemen bij mannen minder snel uit de cijfers naar voren komt. De minder gunstige mentale gezondheidsuitkomsten bij studenten die zich niet als man of vrouw identificeren, zijn volgens de experts mogelijk het gevolg van het gevoel minder maatschappelijk geaccepteerd te worden, een mindere mate aan (zelf)acceptatie, minder aansluiting bij de omgeving en mogelijk meer gepest worden.

Eenzaamheid blijvend hoog
Tot slot gaven de experts aan het opvallend te vinden dat een aanzienlijk deel van de studenten zich eenzaam voelde en dat dit in 2023, na de coronapandemie, niet minder is dan in 2021. Ook viel hen op dat eenzaamheid meer voorkwam onder studenten die zich niet als man of vrouw identificeren dan onder mannen en vrouwen. De experts vonden het opmerkelijk dat eenzaamheid zo wijdverbreid en hardnekkig was onder studenten. Vragen die opkwamen waren: hoe ontstaat eenzaamheid bij studenten, terwijl juist zij veel in aanwezigheid van anderen kunnen zijn (bijvoorbeeld bij het volgen van colleges)? Leiden digitale communicatie (minder face-to-face contact) en verminderde sociale vaardigheden (als gevolg van de coronapandemie) tot eenzaamheid? Wat betekent eenzaamheid voor studenten? Gaat het om aansluiting met anderen, jezelf kunnen zijn in een groep, sociale acceptatie?

Beschikbaarheid van indicatoren en data niet optimaal, met name voor mbo-studenten
De experts noemden verschillende tekortkomingen in de huidige monitoring bij studenten. Zo is er voor mbo-studenten maar informatie beschikbaar over drie bouwstenen van mentale gezondheid tegenover veertien bouwstenen voor hbo- en wo-studenten. Verder zijn er geen landelijke indicatoren van het voorkomen van psychische aandoeningen beschikbaar.

8.4 Factoren voor de mentale gezondheid van hbo- en wo-studenten

Deze paragraaf beschrijft factoren voor de mentale gezondheid bij studenten aan de hand van indicatoren voor individuele en omgevingsfactoren. De gebruikte data zijn afkomstig uit de MMMS (2023) en gaan dus alleen over hbo- en wo-studenten. Per factor is geanalyseerd of en in welke mate deze samenhangt met positieve mentale gezondheid (floreren) en met angst- of depressiegevoelens (zie ook Paragrafen 8.3.1 en 8.3.2). Bij de analyses is rekening gehouden met verschillen in gender, leeftijd en onderwijstype[13]. De analyses zijn ook apart voor mannen en vrouwen uitgevoerd[14], maar worden alleen apart besproken als er verschillen zijn gevonden. Hieronder wordt de samenhang tussen de factoren en mentale gezondheid beschreven, waarbij per factor ook het percentage studenten genoemd wordt waarbij die factor voorkomt (op basis van de MMMS).

8.4.1 Individuele factoren

Voor de individuele factoren in het conceptueel monitormodel mentale gezondheid zijn in de MMMS (2023) acht indicatoren beschikbaar, zie Tekstbox 8.3. en Tabel 8.3ab.

Tekstbox 8.3 Indicatoren individuele factoren

Demografisch
Student met een herkomstland anders dan Nederland of internationale student is bepaald op basis van het geboorteland van de student en dat van diens ouders. Bij studenten met een herkomstland anders dan Nederland is de student zelf en/of ten minste één van beide ouders niet in Nederland geboren. Studenten die naar Nederland zijn gekomen voor studie of stage worden gezien als internationale student.

Sociaaleconomisch
Geen lidmaatschap (sport)club of vereniging is bepaald met een vraag waarin is gevraagd van welke clubs of verenigingen de student lid is. De student kon ook aangeven geen lid te zijn van een club of vereniging.

[13] Hierdoor kan de samenhang tussen de indicator en mentale gezondheid niet meer worden verklaard door de mogelijke invloed van leeftijd, gender en/of onderwijstype.
[14] Vanwege te kleine aantallen was het niet mogelijk om de samenhangen apart te bekijken voor studenten die zich niet als man of vrouw identificeren.

Levensgebeurtenissen
Één of meer stressvolle ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt is bepaald door studenten te vragen of ze in de afgelopen 12 maanden een specifieke gebeurtenis hebben meegemaakt, en zo ja, hoeveel stress ze daarvan ervaren hebben. Er zijn negentien gebeurtenissen voorgelegd en drie andere antwoordopties: 'anders', 'wil ik niet zeggen' en 'geen van bovenstaande'. Voor de mate van ervaren stress konden ze kiezen uit 'nauwelijks tot geen', 'weinig', 'niet veel/niet weinig', 'veel' en 'heel veel'. Een gebeurtenis is als ingrijpend gescoord wanneer de student er 'veel' of 'heel veel' stress van ervaren heeft.

Leefstijl
(Heel) veel slaapproblemen (in de laatste 4 weken) is bepaald door een vraag naar de mate waarin studenten de afgelopen 4 weken problemen met slapen hebben gehad. Er waren vijf antwoordopties, lopend van 'nauwelijks tot geen' tot 'veel' en 'heel veel'. Er is sprake van slaapproblemen bij studenten die 'veel' of 'heel veel' hebben ingevuld.

Risicovol socialemediagebruik is bepaald aan de hand van vier stellingen over socialemediagedrag die aan studenten zijn voorgelegd. Twee van die stellingen waren: 'Ik blijf doorgaan met sociale media gebruiken terwijl dit problemen oplevert' en 'Mijn sociale mediagebruik levert al langer dan een jaar problemen op voor mij'. Als een of beide van deze stellingen met 'eens' of 'helemaal eens' is beantwoord, is dit als risicovol socialemediagebruik ingedeeld.

Zwaar alcoholgebruik is vastgesteld als wekelijks 6 of meer glazen op één dag voor mannen en wekelijks 4 of meer glazen op één dag voor vrouwen in de afgelopen zes maanden. Studenten die bij het geboortegeslacht 'intersekse persoon' hebben aangevinkt zijn meegenomen met het criterium van 4 glazen.

Wekelijks cannabisgebruik[15] is bepaald door studenten de vraag voor te leggen hoe vaak ze in de afgelopen twaalf maanden cannabis (hasj, wiet, marihuana) gebruikt hebben. De antwoordopties lopen van 'elke dag' tot één keer'. Wekelijks cannabisgebruik betekent minstens een keer per week cannabis gebruiken in de afgelopen 12 maanden.

Dagelijks roken en/of vapen is bepaald door te vragen of de student weleens sigaretten of shag rookt, waarbij de antwoordopties liepen van 'ja, elke dag' tot 'nee'. Ook is gevraagd of zij weleens een vape, e-smoker of elektronische sigaret gebruiken, met antwoordopties lopend van 'ja, elke dag' tot 'nee'. Deze twee vragen zijn samengenomen.

Demografisch
Studenten met een herkomstland anders dan Nederland of internationale studenten (31%) floreren minder vaak en hebben vaker angst- of depressiegevoelens dan studenten met herkomstland Nederland (matige samenhangen) (zie Tabel 8.3a).

[15] In MMMS wordt dit 'Frequent cannabisgebruik' genoemd.

Sociaaleconomisch
Studenten die geen lid zijn van een vereniging of club (36%) floreren minder vaak en hebben vaker angst- of depressiegevoelens dan studenten die wel lid zijn van een vereniging of club (matige samenhangen) (zie Tabel 8.3a).

Levensgebeurtenissen
Studenten die een of meer stressvolle ingrijpende gebeurtenissen hebben meegemaakt (55%) floreren minder vaak en hebben vaker angst- of depressiegevoelens dan studenten die geen stressvolle ingrijpende gebeurtenissen hebben meegemaakt. De samenhang met angst- en depressiegevoelens is sterk (zie Tabel 8.3b).

Leefstijl
Onder studenten hangen (heel) veel slaapproblemen (34%), risicovol socialemediagebruik (24%), wekelijks cannabis gebruiken (6%) en dagelijks roken en/of vapen (8%) samen met minder floreren en meer angst- of depressiegevoelens (zie Tabel 8.3a). De samenhang met slaapproblemen en risicovol socialemediagebruik is sterk voor zowel floreren als angst- of depressiegevoelens. De samenhang met wekelijks cannabisgebruik is alleen sterk voor angst- of depressiegevoelens (zie Tabel 8.3a).

Studenten met zwaar alcoholgebruik (16%) floreren vaker dan studenten die niet zwaar alcohol gebruiken (zie Tabel 8.3a). Mannelijke studenten met zwaar alcoholgebruik hebben minder vaak angst- of depressiegevoelens; dit geldt niet voor vrouwelijke studenten (zie Tabel 8.3b).

*Tabel 8.3a Samenhang van individuele factoren met positieve mentale gezondheid (floreren) en met angst- of depressiegevoelens onder hbo- en wo-studenten**

			MMMS (2023)		
			Hbo- en wo-studenten	Positieve mentale gezondheid (floreren)	Angst- of depressie gevoelens afgelopen 4 weken
	Individuele factor	**Indicator**	**%**	**OR**	**OR**
Demografisch	Herkomst	Student met herkomstland anders dan Nederland of internationale student	31	0,62	1,77
Sociaaleconomisch	Meedoen in de samenleving	Geen lidmaatschap (sport)club of vereniging	36	0,59	1,46
Levensgebeurtenissen	Traumatische ervaringen	Één of meer stressvolle ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt	55	0,54	4,14
Leefstijl	Slapen	(Heel) veel slaapproblemen (in de laatste vier weken)	34	0,37	5,00
	Socialemediagebruik	Risicovol socialemediagebruik	24	0,47	3,20
	Alcoholgebruik	Zwaar alcoholgebruik	16	1,45	0,86
	Cannabisgebruik	Wekelijks cannabisgebruik	6	0,61	2,18
	Roken	Dagelijks roken en/of vapen	8	0,69	1,97

*Analyses zijn gecontroleerd voor gender, leeftijd (in jaren) en onderwijstype
Oranje bolletje = statistisch significante, matige samenhang (floreren: OR tussen 0,5 en 1,0; angst- of depressiegevoelens: OR tussen 1,0 en 2,0; p<0,05)
Rood bolletje = statistisch significante, sterke samenhang (floreren: OR 0,5 of lager; angst- of depressiegevoelens: OR 2,0 of hoger; p<0,05)
Groen bolletje = statistisch significante gunstige samenhang (floreren: OR hoger dan 1,0; angst- of depressiegevoelens: OR lager dan 1,0; p<0,05)
OR = odds ratio, ns = niet significante samenhang (p ≥ 0,05), - = geen gegevens beschikbaar
In Bijlage 8 staan de referentiegroepen en de 95% betrouwbaarheidsintervallen van de odds ratio's

*Tabel 8.3b Samenhang van individuele factoren met positieve mentale gezondheid (floreren) en met angst- of depressiegevoelens voor mannen en vrouwen (hbo- en wo-studenten)**

			MMMS (2023)			
			Positieve mentale gezondheid (floreren)		Angst- of depressie gevoelens afgelopen 4 weken	
			Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
	Individuele factor	Indicator	OR	OR	OR	OR
Demografisch	Herkomst	Student met herkomstland anders dan Nederland of internationale student	0,55	0,68	1,86	1,65
Sociaaleconomisch	Meedoen in de samenleving	Geen lidmaatschap (sport)club of vereniging	0,57	0,62	1,38	1,60
Levensgebeurtenissen	Traumatische ervaringen	Één of meer stressvolle ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt	0,50	0,59	4,28	4,00
Leefstijl	Slapen	(Heel) veel slaapproblemen (in de laatste vier weken)	0,37	0,37	4,51	5,68
	Socialemediagebruik	Risicovol socialemediagebruik	0,43	0,50	2,94	3,73
	Alcoholgebruik	Zwaar alcoholgebruik	1,55	1,33	0,79	ns
	Cannabisgebruik	Wekelijks cannabisgebruik	0,63	0,52	1,93	4,81
	Roken	Dagelijks roken en/of vapen	0,65	0,74	1,99	1,92

*Analyses zijn gecontroleerd voor leeftijd (in jaren) en onderwijstype
Oranje bolletje = statistisch significante, matige samenhang (floreren: OR tussen 0,5 en 1,0; angst- of depressiegevoelens: OR tussen 1,0 en 2,0; p<0,05)
Rood bolletje = statistisch significante, sterke samenhang (floreren: OR 0,5 of lager; angst- of depressiegevoelens: OR 2,0 of hoger; p<0,05)
Groen bolletje = statistisch significante gunstige samenhang (floreren: OR hoger dan 1,0; angst- of depressiegevoelens: OR lager dan 1,0; p<0,05)
OR = odds ratio, ns = niet significante samenhang (p ≥ 0,05), - = geen gegevens beschikbaar
In Bijlage 8 staan de referentiegroepen en de 95% betrouwbaarheidsintervallen van de odds ratio's

8.4.2 Omgevingsfactoren

Voor de omgevingsfactoren in het conceptueel monitormodel mentale gezondheid zijn in de MMMS (2023) zeven indicatoren beschikbaar, zie Tekstbox 8.4 en Tabel 8.4ab.

Tekstbox 8.4 Indicatoren omgevingsfactoren

Gezin

(Heel) weinig steun ervaren van ouders is bepaald op basis van de vraag in hoeverre studenten steun ervaren van 'ouders/verzorgers´. Er waren zes antwoordopties, lopend van 'zeer mee oneens' tot 'zeer mee eens' en 'niet van toepassing'. Een student heeft (heel) weinig steun ervaren van ouders/verzorgers als de student heeft geantwoord met 'zeer mee oneens' of 'mee oneens'.

Alleen wonen is bepaald door studenten te vragen hoe hun woonsituatie is. Er is onderscheid gemaakt tussen 'wonen in een studentenhuis' en het 'samenwonen met anderen' op basis van het aantal medebewoners. 'Samenwonen met anderen' bevat ook studenten die samenwonen met een partner. Alleen wonen betekent dat iemand zelfstandig woont zonder medebewoner(s).

Woon- en leefomgeving

(Heel) weinig steun ervaren van de sociale omgeving (vrienden/partner/familie/vereniging) is bepaald op basis van de vraag in hoeverre studenten steun ervaren van 'partner of andere familieleden´, 'vrienden/vriendinnen', en 'verenigingen´. Er waren zes antwoordopties, lopend van 'zeer mee oneens' tot 'zeer mee eens' en 'niet van toepassing'. Een student heeft (heel) weinig steun ervaren van de sociale omgeving als de student op geen van de drie vragen heeft geantwoord met 'zeer mee eens', 'mee eens' of 'neutraal' oftewel op alle drie vragen heeft geantwoord met 'zeer mee oneens' of 'mee oneens'.

Onderwijsomgeving

(Heel) weinig steun ervaren van studie (docent/tutor/mentor) is bepaald op basis van de vraag in hoeverre studenten steun ervaren van 'docenten/tutor/mentor of studieloopbaanbegeleider'. Er waren zes antwoordopties, lopend van 'zeer mee oneens' tot 'zeer mee eens' en 'niet van toepassing'. Een student heeft (heel) weinig steun ervaren van de studie als de student heeft geantwoord met 'zeer mee oneens' of 'mee oneens'.

(Heel) veel stress door studie is bepaald op basis van de vraag in welke mate studenten in de afgelopen 4 weken stress hebben ervaren. Er waren vijf antwoordcategorieën: 'nauwelijks tot geen' tot 'heel veel'. De studenten die bij ervaren stress is de afgelopen 4 weken ten minste 'weinig' hebben geantwoord kregen de vervolgvraag: in welke mate heb je in de afgelopen 4 weken stress ervaren door […]. Er volgden zes items over het persoonlijk leven en zes items over maatschappelijke problemen. Er waren vijf antwoordcategorieën, lopend van 'nauwelijks tot geen' tot 'heel veel'. Een van deze items was stress door studie. Een student heeft (heel) veel stress door studie als de student heeft geantwoord met 'veel' of 'heel veel'.

Samenleving
Vaak prestatiedruk ervaren vanuit zichzelf en/of anderen is bepaald op basis van de vraag aan studenten of zij het gevoel hebben dat ze onder druk staat om 'Aan je eigen verwachtingen te voldoen' en 'Aan de verwachtingen van iemand anders te voldoen'. Zij konden hierbij kiezen uit vier antwoordcategorieën lopend van 'helemaal niet' tot en met 'vaak'. Een student heeft vaak prestatiedruk als de student heeft geantwoord met 'vaak' op een of beide subvragen.

(Heel) veel stress ervaren door ten minste twee maatschappelijke problemen is als volgt bepaald: studenten die bij ervaren stress is de afgelopen 4 weken ten minste 'weinig' hebben geantwoord kregen de vervolgvraag: in welke mate heb je in de afgelopen 4 weken stress ervaren door […]. Er volgden zes items over het persoonlijk leven en zes items over maatschappelijke problemen. Er waren vijf antwoordcategorieën, lopend van 'nauwelijks tot geen' tot 'heel veel'. Een student heeft (heel) veel stress door ten minste twee maatschappelijke problemen als de student minstens tweemaal heeft geantwoord met 'veel stress hebben ervaren' of 'heel veel stress hebben ervaren'.

Gezin
Onder studenten hangen (heel) weinig steun van hun ouders ervaren (9%) en alleen wonen (13%) samen met minder floreren en meer angst- of depressiegevoelens. Voor (heel) weinig steun van ouders ervaren zijn deze samenhangen sterk (zie Tabel 8.4a).

Woon- en leefomgeving
Onder studenten hangt (heel) weinig steun van hun sociale omgeving (vrienden/partner/familie/vereniging) ervaren (6%) sterk samen met minder floreren en meer angst- of depressiegevoelens (zie Tabel 8.4a).

Onderwijsomgeving
Onder studenten hangen (heel) weinig steun vanuit de studie (docent, tutor, mentor of studieloopbaanbegeleider) ervaren (26%) en (heel) veel stress door studie ervaren (62%) samen met minder floreren en meer angst- of depressiegevoelens (zie Tabel 8.4a). Deze samenhangen zijn sterk, behalve de samenhang tussen (heel) weinig steun vanuit de studie ervaren en floreren (zie Tabel 8.4b).

Samenleving
Onder studenten hangen vaak prestatiedruk ervaren vanuit zichzelf en/of anderen (44%) en (heel) veel stress ervaren door ten minste twee maatschappelijke problemen (36%) samen met minder floreren en meer angst- of depressiegevoelens (zie Tabel 8.4a). Deze samenhangen zijn sterk, behalve de samenhang tussen (heel) veel stress ervaren door ten minste twee maatschappelijke problemen en floreren (zie Tabel 8.4b).

*Tabel 8.4a Samenhang van omgevingsfactoren met positieve mentale gezondheid (floreren) en met angst- of depressiegevoelens onder hbo- en wo-studenten**

			MMMS (2023)		
			Hbo- en wo-studenten	Positieve mentale gezondheid (floreren)	Angst- of depressie gevoelens afgelopen 4 weken
	Omgevingsfactor	**Indicator**	**%**	**OR**	**OR**
Gezin	Opvoedklimaat	(Heel) weinig steun ervaren van ouders	9	0,43	3,10
	Thuissituatie	Alleen wonen	13	0,75	1,60
Woon- en leefomgeving	Sociale leefomgeving	(Heel) weinig steun ervaren van de sociale omgeving	6	0,36	2,41
Onderwijsomgeving	Sociale omgeving op school	(Heel) weinig steun ervaren van studie	26	0,54	2,48
	Belasting door school of studie	(Heel) veel stress door studie	62	0,50	4,17
Samenleving	Normen en waarden samenleving	Vaak prestatiedruk ervaren vanuit zichzelf en/of anderen	44	0,44	4,56
	Complexiteit maatschappij	(Heel) veel stress ervaren door ten minste twee maatschappelijke problemen	36	0,58	3,15

*Analyses zijn gecontroleerd voor gender, leeftijd (in jaren) en onderwijstype
Oranje bolletje = statistisch significante, matige samenhang (floreren: OR tussen 0,5 en 1,0; angst- of depressiegevoelens: OR tussen 1,0 en 2,0; p<0,05)
Rood bolletje = statistisch significante, sterke samenhang (floreren: OR 0,5 of lager; angst- of depressiegevoelens: OR 2,0 of hoger; p<0,05)
Groen bolletje = statistisch significante gunstige samenhang (floreren: OR hoger dan 1,0; angst- of depressiegevoelens: OR lager dan 1,0; p<0,05)
OR = odds ratio, ns = niet significante samenhang (p ≥ 0,05), - = geen gegevens beschikbaar
In Bijlage 8 staan de referentiegroepen en de 95% betrouwbaarheidsintervallen van de odds ratio's

*Tabel 8.4b Samenhang van omgevingsfactoren met positieve mentale gezondheid (floreren) en met angst- of depressiegevoelens voor mannen en vrouwen (hbo- en wo-studenten)**

			MMMS (2023)			
			Positieve mentale gezondheid (floreren)		Angst- of depressie gevoelens afgelopen 4 weken	
			Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
	Omgevingsfactor	Indicator	OR	OR	OR	OR
Gezin	Opvoedklimaat	(Heel) weinig steun ervaren van ouders	0,44	0,43	3,44	2,76
	Thuissituatie	Alleen wonen	0,79	0,69	1,60	1,64
Woon- en leefomgeving	Sociale leefomgeving	(Heel) weinig steun ervaren van de sociale omgeving	0,34	0,37	2,33	2,48
Onderwijsomgeving	Sociale omgeving op school	(Heel) weinig steun ervaren van studie	0,47	0,63	2,46	2,59
	Belasting door school of studie	(Heel) veel stress door studie	0,48	0,51	4,06	4,29
Samenleving	Normen en waarden samenleving	Vaak prestatiedruk ervaren vanuit zichzelf en/of anderen	0,44	0,44	3,79	5,85
	Complexiteit maatschappij	(Heel) veel stress ervaren door ten minste twee maatschappelijke probleme	0,51	0,66	3,42	2,81

*Analyses zijn gecontroleerd voor leeftijd (in jaren) en onderwijstype
Oranje bolletje = statistisch significante, matige samenhang (floreren: OR tussen 0,5 en 1,0; angst- of depressiegevoelens: OR tussen 1,0 en 2,0; p<0,05)
Rood bolletje = statistisch significante, sterke samenhang (floreren: OR 0,5 of lager; angst- of depressiegevoelens: OR 2,0 of hoger; p<0,05)
Groen bolletje = statistisch significante gunstige samenhang (floreren: OR hoger dan 1,0; angst- of depressiegevoelens: OR lager dan 1,0; p<0,05)
OR = odds ratio, ns = niet significante samenhang (p ≥ 0,05), - = geen gegevens beschikbaar
In Bijlage 8 staan de referentiegroepen en de 95% betrouwbaarheidsintervallen van de odds ratio's

8.4.3 Duiding factoren voor mentale gezondheid

Hieronder staat samengevat wat er door de experts is ingebracht over de duiding van bovenstaande resultaten.

Prestatiedruk en stress belangrijke factoren

Het viel de experts op dat veel studenten stress door studie of maatschappelijke problemen, en prestatiedruk ervaarden en dat deze factoren sterk samenhangen met een lager mentaal welbevinden en een hogere mate van angst- of depressiegevoelens. De experts vonden het relevant om onderscheid te maken tussen prestatiedruk vanuit de student zelf en de druk die studenten vanuit hun omgeving (ouders, docenten, maatschappij) ervaren. De experts noemden perfectionisme en hoge eigen verwachtingen als mogelijke oorzaak van druk die studenten vanuit zichzelf ervaren. De experts gaven aan dat naast deze studiegerelateerde druk mogelijk ook sprake is van sociale prestatiedruk, voortkomend uit bijvoorbeeld socialemediagebruik.

Slaapproblemen als indicator voor mentale problemen

De experts benoemden ook de sterke samenhang tussen slaapproblemen en minder floreren en meer angst- of depressiegevoelens als belangrijk resultaat. Uit de resultaten is niet op te maken wat hierbij oorzaak en gevolg zijn. Los hiervan concludeerden de experts, gezien de sterke samenhang, dat de aanwezigheid van slaapproblemen een van de belangrijkste signalen is voor een minder goede mentale gezondheid. De experts vroegen zich wel af hoe slaapproblemen gemeten zijn; het kan bijvoorbeeld gaan om problemen met slaapkwaliteit of -kwantiteit. Ze merkten op dat de beleefde kwaliteit en de hoeveelheid slaap kan afwijken van de feitelijke slaap.

Sociale steun en sociaal vangnet belangrijk voor studenten

Het viel de experts op dat sociale steun (van ouders, vrienden, partners, docenten) sterk samenhangt met de mentale gezondheid van studenten. De experts vonden het daarbij opvallend dat studenten minder steun ervaarden vanuit hun studie. De experts gaven aan dat studenten het mogelijk moeilijk vinden hulp te vragen, waardoor het sociale vangnet die onderwijsinstellingen bieden niet altijd effectief wordt benut.

Complexe samenhang tussen mentale gezondheid en alcoholgebruik

De experts benoemden dat de tegengestelde samenhang tussen zwaar alcoholgebruik en mentale gezondheid complex is. Zwaar drinken hangt samen met meer floreren en minder angst- of depressiegevoelens. Een verklaring die de experts daarvoor noemden, is dat studenten vooral drinken tijdens sociale gelegenheden. Dit zorgt volgens hen voor minder eenzaamheid en voor verbinding met anderen, wat kan dienen als bron van sociale steun. Bij zwaar of problematisch gebruik of in combinatie met het gebruik van andere middelen verwachtten de experts negatieve effecten op de mentale gezondheid.

8.5 Gevolgen van mentale (on)gezondheid bij studenten

Er is over studenten geen specifieke informatie beschikbaar over gevolgen van mentale (on)gezondheid. Deze selectie is in de gebruikte registraties niet mogelijk. In Hoofdstuk 5 kan wel gekeken worden naar

cijfers over gevolgen die beschikbaar zijn voor jongvolwassenen in de leeftijd van 16 tot en met 25 jaar.

8.6 Beleidsaanbevelingen voor mentale gezondheid studenten volgens experts

Praten over mentale gezondheid normaliseren en problemen horen er in zekere mate bij
Experts van de sessie gaven aan dat het belangrijk is om het taboe rond mentale problemen te verminderen en mentale problemen niet te medicaliseren. Ze adviseerden om te normaliseren dat (mentale) problemen erbij horen en praten over mentale gezondheid vanzelfsprekend is. Mentaal welzijn zou een onderwerp moeten zijn in het dagelijkse gesprek, de lesstof en nieuwsbrieven van de onderwijsinstellingen. Ook kan meer ingezet worden op intervisie onder studenten.

Aanpak van mentale gezondheid als vast onderdeel van het onderwijs
De experts van de sessies gaven aan dat mentaal welzijn vanaf het basisonderwijs tot en met het hoger onderwijs een vast, doorlopend onderdeel moet zijn van het curriculum. Dit kan door preventieve programma's in te zetten die gericht zijn op het vergroten van veerkracht, weerbaarheid en zelfbewustzijn, maar kan ook door het creëren van verbinding en bejegening van studenten in normale lessen. Ook adviseerden de experts oefeningen van de studentenpsycholoog standaard aan te bieden aan alle studenten. Docenten en onderwijsprofessionals hebben volgens de experts een belangrijke rol: als rolmodel voor mentale vaardigheden in de lessen, als signalerende schakel en als bron van steun. Door training, tijd en middelen zouden docenten toegerust moeten worden om die rol te vervullen. Een ander aandachtspunt binnen het onderwijs is volgens de experts het gebruik van sociale media. De experts adviseerden om studenten en leerlingen te leren om kritisch en bewust te zijn van hun socialemediagebruik.

Druk en prestatienorm verminderen, ruimte voor middelmatigheid
De experts gaven aan het belangrijk te vinden om de prestatiedruk onder studenten te verminderen door meer maatwerk in het curriculum. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door studenten meer keuzevrijheid te bieden, minder strakke normen te hanteren en flexibele studieprogramma's te bieden. Ze gaven ook het advies om 'goed genoeg zijn' te normaliseren en minder nadruk te leggen op perfectie, het behalen van cum laude, snel afstuderen en het opbouwen van een curriculum vitae tijdens de studie. In plaats daarvan zou er meer ruimte moeten zijn voor persoonlijke groei en het mogelijk maken van langer studeren.

Van individuele verantwoordelijkheid naar collectieve, structurele oplossingen
De experts van de sessie gaven aan dat mentale ongezondheid van studenten niet als losstaand probleem moet worden gezien maar als een breed en structureel probleem, waarvoor samenwerking tussen onderwijsinstellingen, zorg en ondersteuning, studenten en overheid nodig is (integrale benadering). De experts benadrukten het belang van structurele en collectieve maatregelen naast de inzet op persoonlijke

vaardigheden. Ze gaven het advies om maatschappelijke factoren aan te pakken door te zorgen voor goede basisvoorzieningen zoals voldoende betaalbare en veilige huisvesting en sportvoorzieningen, en (financiële) bestaanszekerheid (studiefinanciering, stagevergoeding).

Sociale verbondenheid als buffer voor het welzijn van studenten
De experts van de sessie gaven aan het gevoel van 'erbij horen' onder studenten belangrijk te vinden. Het gaat volgens de experts daarbij om het gevoel van verbondenheid met anderen door lidmaatschap van clubs en verenigingen en het doen van activiteiten met leeftijdsnoten. Maar ook om verbondenheid met de studie. Hierbij is specifiek aandacht nodig voor inclusie en het ondersteunen van groepen in kwetsbare omstandigheden, zoals een herkomstland anders dan Nederland, mantelzorgers en mbo'ers zonder lidmaatschap van een vereniging. De experts gaven het belang aan van informele steunstructuren waar stress en (mentale) problemen bespreekbaar zijn, zoals vrienden, studiegenoten, familie en verenigingen.

Toegankelijke en laagdrempelige zorg en ondersteuning
De experts gaven aan dat passende zorg en ondersteuning dichtbij, makkelijk vindbaar, gratis of goedkoop, en niet-stigmatiserend moet zijn. Toegankelijke en laagdrempelige ondersteuning kan volgens de experts ook in de vorm van peer-support en digitale hulpmiddelen. De experts raadden aan het aantal (plus)coaches en studentpsychologen voor preventieve inzet te vergroten, zeker ook in het mbo.

Verdiepend onderzoek en beleidsevaluatie als basis van effectieve aanpak
Experts adviseerden om onderzoek te doen naar oorzaken van een minder goede mentale gezondheid en naar verschillen tussen groepen studenten daarbij. En zij raadden aan verdiepend onderzoek te doen naar het tegelijk voorkomen van veerkracht én veel klachten. Ook de onderlinge samenhang tussen factoren die verband houden met mentale gezondheid vraagt om aanvullend onderzoek volgens de experts. De experts adviseerden studenten structureel te betrekken bij het ontwikkelen van beleid en interventies. Tot slot raadden de experts aan om interventies en beleid te evalueren en de inzichten uit deze evaluaties te gebruiken om bij te sturen, met als doel mentale problemen onder studenten te voorkomen en aan te pakken.

9 De mentale gezondheid van werkenden

Dit hoofdstuk start in Paragraaf 1 met een samenvatting van de bevindingen in de vorm van kernboodschappen. Vervolgens wordt in Paragraaf 2 de populatie beschreven waar het hoofdstuk over gaat. In Paragraaf 3 worden de meest recente cijfers en de belangrijkste ontwikkelingen (trends) in de mentale gezondheid gegeven. In Paragraaf 4 wordt ingegaan op de resultaten van de verdiepende analyses, waarbij is gekeken naar de samenhang tussen de factoren en mentale gezondheid. In Paragraaf 5 wordt gekeken naar de belangrijkste gevolgen van mentale (on)gezondheid. De resultaten in de Paragrafen 3 tot en met 5 zijn geduid met 16 experts. Het hoofdstuk sluit in Paragraaf 6 af met aanbevelingen voor beleid, aangedragen door de experts. De duidingsinformatie per deelpopulatie is gebaseerd op expert opinion en is niet door de onderzoekers in de literatuur gecheckt, zie hiervoor Hoofdstuk 10.

9.1 Kernboodschappen voor de mentale gezondheid van werkenden

9.1.1 Huidige situatie en trends

- Het grootste deel van de werkenden is tevreden over het leven. Echter ruim 4 op de 10 van de werkenden ervaart ook angst- of depressiegevoelens en 1 op de 5 werknemers rapporteert burn-out klachten. De experts zien dit als een paradox en het roept vragen bij ze op over hoe mensen hun welbevinden ervaren en hoe dit zich verhoudt tot de aanwezigheid van mentale problemen.
- Het valt experts op dat werkende vrouwen een minder goede mentale gezondheid dan werkende mannen hebben. Zo rapporteren vrouwen vaker angst- of depressiegevoelens en hebben ze vaker een angststoornis in het voorgaande jaar gehad.
- Het valt experts op dat jongere werkenden (18 t/m 34 jaar) vaker psychische aandoeningen hebben. Tegelijkertijd benadrukken zij dat de verschillen binnen generaties vaak groter zijn dan die tussen generaties en dat dit iets is om rekening mee te houden bij het ontwikkelen van beleid.
- Voor de interpretatie van de cijfers over de mentale gezondheid van werkenden moet volgens experts een opsplitsing worden gemaakt naar onder andere beroepsgroep. Ze geven aan dat de factoren die van belang zijn voor mentale gezondheid kunnen verschillen per beroepsgroep.

9.1.2 Samenhangende factoren

- Ervaren gezondheid hangt sterk samen met zowel levenstevredenheid als angst- of depressiegevoelens. Voor minder dan 35 uur per week werken en zwaar drinken is geen samenhang met deze uitkomstmaten gevonden. Alleen bij vrouwen hangt minder dan 35 uur per week werken samen met een lagere levenstevredenheid.
- Roken en herkomst laten een matige samenhang zien met levenstevredenheid en angst- of depressiegevoelens. Voor herkomst en levenstevredenheid is de samenhang er alleen bij

vrouwen. Voor bestaanszekerheid hangt zorgen over de financiële toekomst sterk samen met levenstevredenheid en een laag inkomen matig met angst- of depressiegevoelens. Alleenstaand(e ouder) zijn hangt eveneens sterk samen met levenstevredenheid en matig met angst- of depressiegevoelens. In een (grote) stad wonen hangt alleen matig samen met angst- of depressiegevoelens bij mannen.

- Voor een aantal factoren kan alleen worden gekeken naar de samenhang met levenstevredenheid of met angst- of depressiegevoelens. Daarvan hangt cannabisgebruik sterk samen met angst- of depressiegevoelens en zich onveilig voelen sterk met levenstevredenheid. Lichamelijke activiteit hangt niet samen met angst- of depressiegevoelens. Geen lid zijn van een vereniging en geen dagelijks contact hebben hangen matig samen met levenstevredenheid. Dit laatste geldt niet voor vrouwen.
- Experts geven aan dat deze uitkomsten het belang van ervaren gezondheid laten zien. Ze vinden het opvallend dat er geen samenhang met mentale gezondheid is voor lichamelijke activiteit en alcoholgebruik. Daarnaast geven ze aan dat de factoren lastig te interpreteren zijn. Ze missen nog werk-gerelateerde factoren, zoals werkeisen of regelmogelijkheden. Er is volgens hen ook meer verdiepend onderzoek nodig om de samenhang met de factoren te duiden. Experts willen graag meer inzicht in hoe alle factoren met elkaar samenhangen om de mechanismen achter mentale gezondheid beter te begrijpen.

9.1.3 Gevolgen van mentale (on)gezondheid

- De verzuimkosten door loondoorbetaling bij verzuim wegens psychosociale arbeidsbelasting was 4,9 miljard euro in 2023. Voor arbeidsongeschiktheidsuitkeringen wegens psychische problematiek was dit 4,6 miljard euro in 2022. Experts missen inzicht in waar de kosten van mentale problemen van werkenden precies vallen (maatschappij, werkgevers, individu).
- Het percentage van recent ziekteverzuim vanwege psychische klachten, overspannenheid of burn-out was 8,2% in 2024. Het percentage van langdurig verzuim vanwege psychische klachten was 40,1% in 2023. Het valt experts op dat beide vormen van ziekteverzuim hoger zijn bij vrouwen dan mannen en het hoogst bij de leeftijdsgroepen 25 tot en met 34 jaar en 35 tot en met 44 jaar.
- Het aantal verloren gezonde levensjaren (DALY) dat toe te schrijven is aan arbeid voor personen die werken of gepensioneerd zijn (werkgerelateerde ziektelast) bedroeg 0,6 per 1000 inwoners als gevolg van angst-, dwang-, en stressstoornissen, 2,2 per 1000 inwoners voor bipolaire en depressieve stemmingsstoornissen en 0,8 per 1000 inwoners voor burn-out in 2022. Er zijn geen grote verschillen zichtbaar tussen mannen en vrouwen.
- Er is volgens experts nog onvoldoende zicht op hoe het met de zelfstandigen gaat en wat zij nodig hebben aan ondersteuning. Ook is er volgens hen nog onvoldoende zicht op de toegang tot (arbeidsgerelateerde) zorg voor werkenden met mentale problemen. Vanwege een tekort aan arbo-professionals komen

werkenden met mentale problemen volgens de experts vaak te laat in beeld met langduriger verzuim als mogelijke gevolg. De overbelasting van de ggz vergroot volgens hen ook de vraag naar arbeidspsychologen waardoor hier ook overbelasting ontstaat.

9.1.4 Aanbevelingen van experts

- Creëer een mentaal gezonde werkomgeving en zet daarbij in op verschillende niveaus van de organisatie: management, team en individu. Focus op psychologische basisbehoeften, het verminderen van risicofactoren en het bevorderen van beschermende factoren.
- Heb aandacht voor verschillende levensfases en doelgroepen, omdat de factoren die mentale gezondheid beïnvloeden verschillen per levensfase, leeftijd en gender. Voor jongeren gaat het bijvoorbeeld om aandacht voor de transitie van opleiding naar werk.
- Zet in op preventie en vroegtijdige ondersteuning. Zowel werkgevers als werknemers hebben hierin een verantwoordelijkheid volgens experts. Het is belangrijk om tijdig te signaleren, dus ook al handelen bij signalen van stress.
- Zorg ervoor dat de beschikbare kennis wordt toegepast in werkprocessen en interventies. Er is al veel ontwikkeld, maar werkgevers weten niet altijd hoe ze dit kunnen toepassen in de praktijk. Onder andere het faciliteren van werkgevers bij de uitwisseling van ervaringen en goede voorbeelden kan hierbij volgens experts helpend zijn. Volgens experts is een gecombineerde top-down en bottom-up aanpak nodig voor de implementatie van bestaande kennis en interventies, waarbij overheid, gemeenten, organisaties en individuen samenwerken. Meer toezicht, stimulering en het naleven van de RI&E-cyclus kunnen implementatie verder bevorderen.
- Verbeter de toegankelijkheid van zorg voor werkenden. Hiervoor is het belangrijk dat er meer ruimte komt om te investeren in preventie van mentale problemen. Ook is meer onafhankelijkheid in de relatie tussen werkgevers en arbodiensten wenselijk.
- Heb aandacht voor de brede maatschappelijke context. Er zijn factoren buiten de werkcontext die ook invloed hebben op het functioneren van mensen in het werk.
- Er is meer kennis nodig over hoe verschillende factoren onderling samenhangen om zo inzicht te krijgen in de onderliggende verbanden die bijdragen aan de mentale (on)gezondheid van werkenden en hun functioneren op zowel werk- als privégebied.

9.2 Werkenden in Nederland

Eind 2024 hadden 9,8 miljoen personen van 15 tot 75 jaar woonachtig in Nederland betaald werk (seizoengecorrigeerd) (Beroepsbevolking, 2024), dat is 73,0% van de Nederlandse inwoners van 15 tot 75 jaar. Voor mannen was dit 76,9% en voor vrouwen 69,0%. Het gaat om inwoners van Nederland, maar zij kunnen zowel in Nederland als in het buitenland werkzaam zijn.

Veel mensen brengen een aanzienlijk deel van hun tijd door op het werk. Werken heeft over het algemeen een positieve invloed op mentale

gezondheid, maar kan ook een negatief effect hebben op mentale gezondheid. Daarnaast kunnen mentale problemen andersom ook leiden tot verminderd functioneren, verzuim en zelfs arbeidsongeschiktheid. Het gaat in dit hoofdstuk om de mentale (on)gezondheid bij werkenden maar deze hoeft niet per se te zijn ontstaan door blootstelling op de werkplek.

9.3 Mentale gezondheid van werkenden: huidige situatie en trends

De mentale gezondheid van werkenden (werknemers en zelfstandigen) wordt beschreven aan de hand van tien indicatoren voor mentaal welbevinden, mentale problemen en psychische aandoeningen (zie Tekstboxen 9.1 t/m 9.3). Voor deze beschrijving zijn de volgende databronnen gebruikt: Sociale Samenhang en Welzijn (SSW) (2024), Gezondheidsenquête (GE) (2024), Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen (GMVO) (2024), Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) (2024), Zelfstandigen Enquête Arbeidsomstandigheden (ZEA) (2025) en NEMESIS-3 (2019/2022). Sommige databronnen betreffen een deel van de populatie werkenden. Wanneer dit van toepassing is, wordt dit bij de resultaten aangegeven. Waar mogelijk worden uitsplitsingen gedaan naar geslacht/gender, leeftijd, opleidingsniveau en wordt gekeken naar trends.

9.3.1 Huidige situatie en trends in mentaal welbevinden

Tekstbox 9.1 Indicator mentaal welbevinden

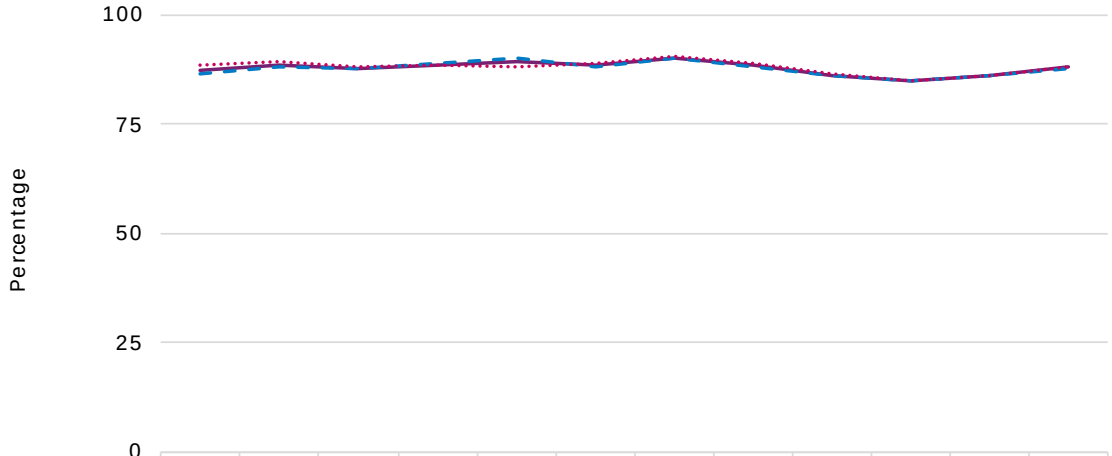
Levenstevredenheid is gemeten met de vraag 'Kunt u op een schaal van 1 tot en met 10 aangeven in welke mate u tevreden bent met het leven dat u nu leidt?. Een 1 staat voor volledig ontevreden en 10 voor volledig tevreden'. Een cijfer van 7 tot en met 10 betekent tevreden.

Levenstevredenheid
Het merendeel van werkenden vanaf 15 jaar (87,9%) was tevreden over het leven in 2024 (SSW, 2024; zie Tabel 9.1). Dit percentage was 87,6% voor mannen en 88,2% voor vrouwen. In Tabel 9.1 staan ook cijfers naar opleidingsniveau. Het percentage werkenden dat tevreden was over het eigen leven was tussen de 85,0% en 90,1% in de periode 2013 tot en met 2024 (zie Figuur 9.1).

Tabel 9.1 Huidige situatie voor levenstevredenheid bij werkenden

	Levenstevredenheid	
	Jaartal gegevens	**2024**
	Bron	**SSW**
	Populatie	**Werkende 15 jaar en ouder**
	Cijfer	**%**
	Totaal	87,9
Geslacht	Man	87,6
	Vrouw	88,2
Opleidingsniveau	Basisonderwijs	83,2
	Vmbo, mbo1, avo, onderbouw	85,0
	Havo, vwo, mbo	87,3
	Hbo, wo bachelor	88,6
	Wo, master, doctor	92,3

Figuur 9.1 Percentage werkenden (15 jaar en ouder) dat tevreden is over het eigen leven in de periode 2013 t/m 2024



	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totaal	87,3	88,6	87,8	88,6	89,1	88,3	90,1	88,3	86,1	85,0	86,2	87,9
Man	86,4	88,0	87,5	88,7	90,1	87,9	89,9	87,9	85,9	84,9	86,1	87,6
Vrouw	88,3	89,1	88,1	88,5	88,0	88,7	90,3	88,8	86,3	85,0	86,2	88,2

Bron: SSW

9.3.2 *Huidige situatie en trends in mentale problemen*

Tekstbox 9.2. Indicatoren mentale problemen

Angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken is gemeten met de Mental Health Inventory-5 (MHI-5). De MHI-5 bevat vijf vragen die gaan over hoe men zich in de afgelopen 4 weken voelde: Voelde u zich erg zenuwachtig?', 'Zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken?', 'Voelde u zich kalm en rustig?', 'Voelde u zich neerslachtig en somber?' en 'Voelde u zich gelukkig?'. Er zijn 6 antwoorden mogelijk, variërend van (0) 'nooit' tot (5) 'voortdurend'. Een somscore van 76 of

lager (range 0-100) betekent de aanwezigheid van angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken [9–11].

Beperkt voelen door emotionele problemen in werk of andere dagelijkse bezigheden is gemeten met de vraag 'Als u denkt aan uw werk of andere dagelijkse bezigheden, heeft u dan door een emotioneel probleem (bijvoorbeeld doordat u zich depressief of angstig voelde) in de afgelopen 4 weken minder bereikt dan u zou willen?'. Antwoordmogelijkheden zijn ‘ja’ en ‘nee’.

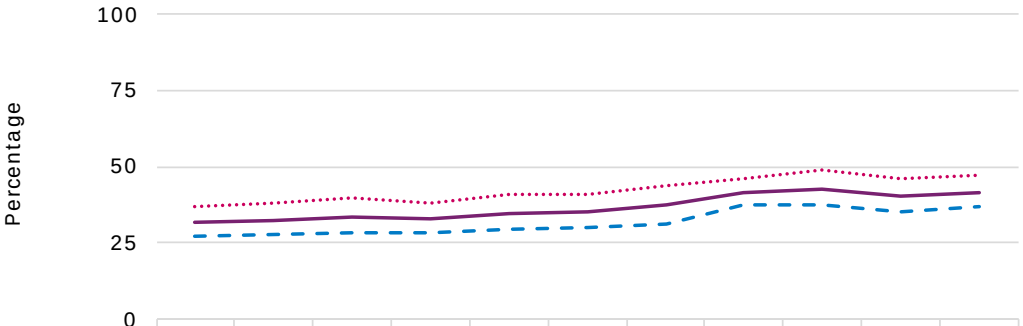
Hoog risico op angststoornis of depressie is gemeten met de Kessler-10 vragenlijst (K10). De vragenlijst bestaat uit tien vragen over hoe iemand zich voelde in de afgelopen 4 weken, zoals ‘Hoe vaak voelde u zich hopeloos?’, ‘Hoe vaak vond u zichzelf afkeurenswaardig, minderwaardig of waardeloos?’ en ‘Hoe vaak voelde u zich zenuwachtig?’. Antwoordcategorieën variëren van (1) ‘altijd’ tot (5) ‘nooit’. Een somscore van 30 en hoger (range 10-50) is een indicatie voor een hoog risico op een angststoornis of depressie [12].

Sterk eenzaam is gemeten met een verkorte versie van de eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld, bestaande uit zes uitspraken over sociale en emotionele eenzaamheid zoals ‘Ik mis mensen om me heen’ en ‘Vaak voel ik me in de steek gelaten’. Er zijn drie antwoorden mogelijk: ‘ja’, ‘min of meer’ en ‘nee’. Een somscore van 5 of 6 betekent sterk eenzaam (range 0-6) [13].

Burn-out klachten worden gemeten aan de hand van vijf uitspraken, zoals: ‘Ik voel me emotioneel uitgeput door mijn werk’ en ‘Ik voel me moe als ik ‘s morgens opsta en geconfronteerd word met mijn werk’. De zeven antwoordmogelijkheden hierbij zijn: ‘nooit’, ‘enkele keren per jaar’, ‘maandelijks’, ‘enkele keren per maand’, ‘wekelijks’, ‘enkele keren per week’ of ‘elke dag’. Als iemand gemiddeld over de vijf uitspraken enkele keren per maand of vaker antwoordt, dan worden deze gevoelens van vermoeidheid en uitputting aangemerkt als werk gerelateerde psychische vermoeidheid. De uitspraken zijn afgeleid van de Utrechtse Burn-out Schaal (UBOS) [35].

Angst- of depressiegevoelens
In 2024 had 41,5% van de werkenden vanaf 15 jaar angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken (GE, 2024; zie Tabel 9.2). Dit percentage was 36,6% voor mannen en 47,0% voor vrouwen. In Tabel 9.2 staan ook cijfers naar opleidingsniveau. Het percentage werkenden met angst- of depressiegevoelens lag in de periode van 2014 tot en met 2024 tussen de 31,7% en 42,8%, met percentages boven de 40,0% vanaf 2021 (zie Figuur 9.2).

Figuur 9.2 Percentage werkenden (15 jaar en ouder) met angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken in de periode 2014 t/m 2024



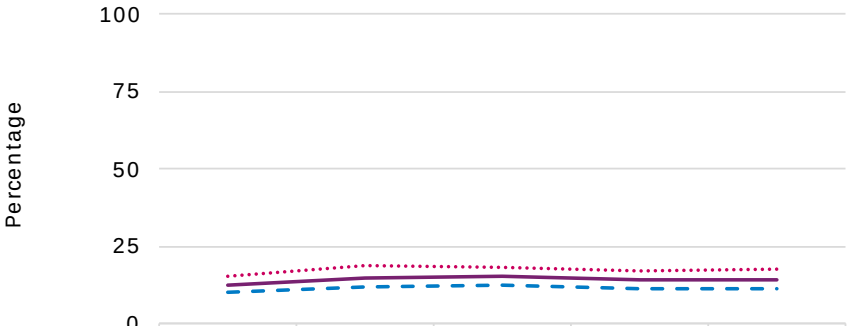
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totaal	31,7	32,4	33,5	32,8	34,7	35,0	37,2	41,5	42,8	40,4	41,5
Man	27,0	27,7	28,3	28,5	29,4	30,1	31,3	37,4	37,5	35,3	36,6
Vrouw	37,0	37,8	39,5	37,9	40,6	40,7	43,9	46,2	48,9	46,1	47,0

Bron: GE

Beperkt voelen door emotionele problemen

1 op de 7 werkenden vanaf 15 jaar (14,3%) voelde zich beperkt door emotionele problemen in de afgelopen 4 weken in 2024 (GE, 2024; zie Tabel 9.2). Dit percentage was 11,4% voor mannen en 17,5% voor vrouwen. In Tabel 9.2 staan ook cijfers naar opleidingsniveau. Het percentage werkenden dat zich beperkt voelde door emotionele problemen was tussen de 12,7% en 15,2% in de periode van 2020 tot 2024 (zie Figuur 9.3).

Figuur 9.3 Percentage werkenden (15 jaar en ouder) dat zich beperkt voelt door emotionele problemen in de afgelopen 4 weken in de periode 2020 t/m 2024



	2020	2021	2022	2023	2024
Totaal	12,7	15,0	15,2	14,0	14,3
Man	10,1	11,9	12,3	11,4	11,4
Vrouw	15,6	18,6	18,4	16,9	17,5

Bron: GE

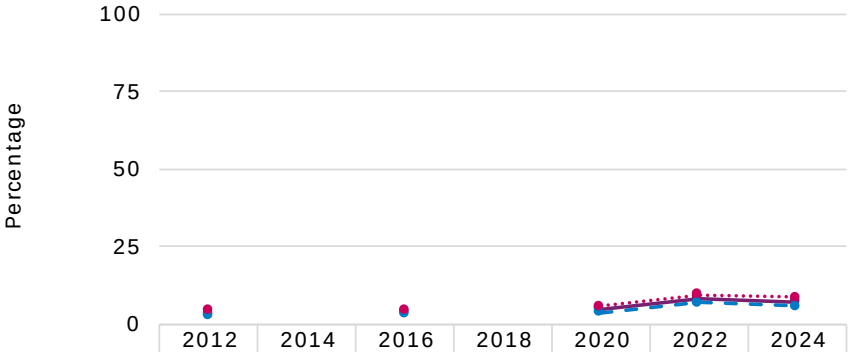
Tabel 9.2 Huidige situatie voor de indicatoren voor mentale problemen bij werkenden

		Angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken	Beperkt voelen door emotionele problemen in de afgelopen 4 weken	Hoog risico op een angststoornis of depressie	Sterk eenzaam
	Jaartal gegevens	**2024**	**2024**	**2024**	**2024**
	Bron	**GE**	**GE**	**GMVO**	**SSW**
	Populatie	**Werkende 15 jaar en ouder**	**Werkende 15 jaar en ouder**	**Werkende 18 jaar en ouder**	**Werkende 15 jaar en ouder**
	Cijfer	**%**	**%**	**%**	**%**
	Totaal	41,5	14,3	7,2	8,6
Geslacht / gender	Man	36,6	11,4	5,8	8,3
	Vrouw	47,0	17,5	8,5	9,0
	Anders dan man of vrouw	-	-	28,4	-
Opleidingsniveau	basisonderwijs	44,1	9,4	-	11,1
	onderbouw	44,3	13,1	-	9,7
	havo, vwo, mbo	40,3	14,4	-	8,7
	hbo, wo bachelor	40,6	13,9	-	8,4
	wo, master, doctor	41,6	16,2	-	7,3
Opleidingsniveau	lo, mavo, lbo	-	-	9,3	-
	havo, vwo, mbo	-	-	8,4	-
	hbo, wo	-	-	5,8	-

-: geen gegevens beschikbaar

Hoog risico op een angststoornis of depressie
1 op de 12 (7,2%) werkenden van 18 jaar en ouder had een hoog risico op een angststoornis of depressie in 2024 (GMVO, 2024; zie Tabel 9.2). Dit percentage was 5,8% voor mannen, 8,5% voor vrouwen en 28,4% voor werkenden met een gender anders dan man of vrouw. In Tabel 9.2 staan ook cijfers naar opleidingsniveau. In de periode 2012 tot en met 2024 lag het percentage werkenden met een hoog risico op een angststoornis of depressie tussen 3,5% (2012) en 8,0% (2022) (zie Figuur 9.4).

Figuur 9.4 Percentage werkenden (18 jaar en ouder) met een hoog risico op een angststoornis of depressie in de periode 2012 t/m 2024

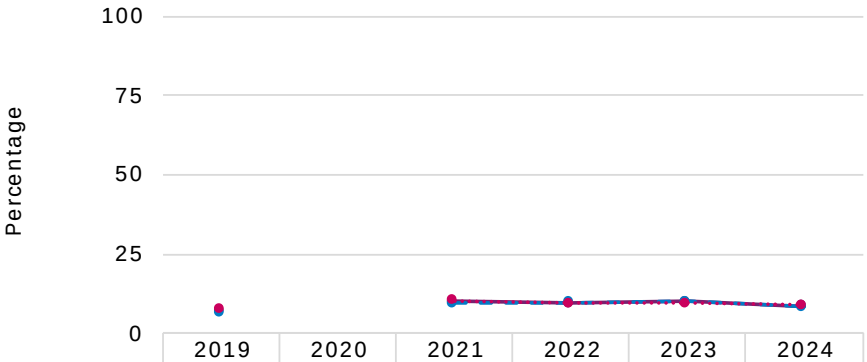


	2012	2014	2016	2018	2020	2022	2024
Totaal	3,5		3,7		4,7	8,0	7,2
Man	2,8		3,1		3,6	6,7	5,8
Vrouw	4,4		4,5		5,8	9,4	8,5

Bron: GMVO

Sterk eenzaam
In 2024 was 8,6% van de werkenden van 15 en ouder sterk eenzaam (SSW, 2024; zie Tabel 9.2). Dit percentage was 8,3% bij mannen en 9,0% bij vrouwen. Voor cijfers naar opleidingsniveau zie Tabel 9.2. Het percentage sterk eenzame werkenden lag in de periode 2019 tot en met 2024 tussen de 7,0% (2019) en 9,9% (2021 en 2023) (zie Figuur 9.5).

Figuur 9.5 Percentage werkenden (15 jaar en ouder) dat sterk eenzaam is in de periode 2019 t/m 2024



	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totaal	7,0		9,9	9,6	9,9	8,6
Man	6,7		9,5	9,7	10,1	8,3
Vrouw	7,5		10,3	9,6	9,6	9,0

Bron: SSW

Burn-out klachten

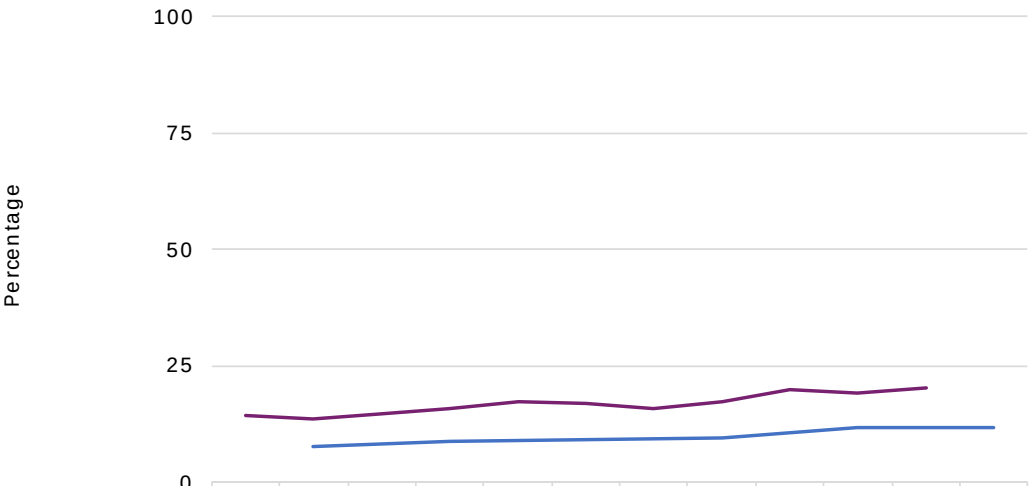
Ongeveer 1 op de 5 (20,1%) werknemers van 15 tot en met 74 jaar had burn-out klachten in 2024 (NEA, 2024; zie Tabel 9.3). Dit percentage was 18,2% bij mannen en 22,2% bij vrouwen. Van de zelfstandigen vanaf 15 jaar had 11,8% burn-out klachten in 2025 (ZEA, 2025; zie Tabel 9.3). Dit percentage was gelijk voor mannen (11,8%) en voor vrouwen (11,7%). Voor cijfers naar leeftijd en opleidingsniveau zie Tabel 9.3. Het percentage werknemers met burn-out klachten lag in de periode 2014 tot en met 2024 tussen de 13,4% (2015) en 20,1% (2024) (zie Figuur 9.6). Het percentage zelfstandigen met burn-out klachten ging in de periode 2015 tot en met 2025 van 7,5% (2015) naar 11,8% (2025).

Tabel 9.3 Huidige situatie voor burn-out klachten bij werknemers (15 t/m 74 jaar) en zelfstandigen (15 jaar en ouder)

	Jaartal gegevens	**Burn-out klachten 2024**	**Burn-out klachten 2025**
	Bron	**NEA**	**ZEA**
	Populatie	**Werknemers 15-74 jaar**	**Zelfstandigen 15 jaar en ouder**
	Cijfer	**%**	**%**
	Totaal	20,1	11,8
Geslacht	Man	18,2	11,8
	Vrouw	22,2	11,7
Leeftijd	15-24 jaar	18,0	-
	25-34 jaar	26,3	19,1
	35-44 jaar	21,8	13,9
	45-54 jaar	18,5	11,0
	55-64 jaar	17,3	8,3
	65-74 jaar	9,6	-
	65 jaar en ouder	-	4,3
Opleidingsniveau	t/m vbo	18,2	-
	havo, mbo	19,0	-
	hbo, wo	21,8	-
Opleidingsniveau	basisonderwijs, vmbo, mbo1	-	12,3
	havo, vwo, mbo2	-	10,1
	hbo, wo	-	12,9

-: geen gegevens beschikbaar

Figuur 9.6 Percentage werknemers (15 t/m 74 jaar) en zelfstandigen (15 jaar en ouder) met burn-out klachten in de periode 2014 t/m 2025



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Werknemers	14,4	13,4	14,6	15,9	17,3	17,0	15,7	17,3	20,0	19,0	20,1	
Zelfstandigen		7,5		8,8		9,2		9,5		11,7		11,8

Bron: NEA en ZEA

9.3.3 Huidige situatie en trends in psychische aandoeningen

Tekstbox 9.3 Indicatoren psychische aandoeningen

Psychische aandoeningen zijn vastgesteld met de CIDI 3.0, een gevalideerd gestructureerd klinisch interview om veelvoorkomende psychische aandoeningen te bepalen. Bij het bepalen van de psychische aandoeningen wordt in de CIDI uitgegaan van de meest recente versie van het diagnostische en statistisch handboek van psychische aandoeningen, de Diagnostic and Statistical Manual (DSM). Voor de huidige situatie is gekeken naar DSM-5 [14,15].

Enige angststoornis is het percentage werkenden van 18 tot en met 75 jaar dat in de afgelopen 12 maanden voorafgaand aan het meten voldeed aan de DSM-5 criteria voor één of meer angststoornissen (paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie, specifieke fobie en/of gegeneraliseerde angststoornis).

Enige stemmingsstoornis is het percentage werkenden van 18 tot en met 75 jaar dat in de 12 maanden voorafgaand aan het meten voldeed aan de DSM-5 criteria voor één of meer stemmingsstoornissen ((persisterende) depressieve stoornis en/of bipolaire stoornis).

Enige psychische aandoening is het percentage werkenden van 18 tot en met 75 jaar dat in de 12 maanden voorafgaand aan het meten voldeed aan de DSM-5 criteria voor ten minste één van de volgende psychische aandoeningen: stemmingsstoornissen, angststoornissen, middelengerelateerde stoornissen en ADHD.

Twee of meer psychische aandoeningen is het percentage werkenden van 18 tot en met 75 jaar dat in de 12 maanden voorafgaand aan het meten voldeed aan de DSM-5 criteria voor ten minste twee of meer psychische aandoeningen, zoals stemmingsstoornissen, angststoornissen, middelengerelateerde stoornissen en ADHD.

Psychische aandoeningen
In 2019/2022 had 13,5% van de werkenden van 18 tot en met 75 jaar enige angststoornis in het voorgaande jaar (NEMESIS-3, 2019/2022; zie Tabel 9.4). Dit percentage was 17,4% voor vrouwen en 9,9% voor mannen. Voor cijfers naar leeftijd en opleidingsniveau zie Tabel 9.4.

In 2019/2022 had 8,1% van de werkenden van 18 tot en met 75 jaar enige stemmingsstoornis in het voorgaande jaar (NEMESIS-3, 2019/2022; zie Tabel 9.4). Dit percentage was 9,8% voor vrouwen en 6,5% voor mannen. Voor cijfers naar leeftijd en opleidingsniveau zie Tabel 9.4.

Ongeveer een kwart van de werkenden van 18 tot en met 75 jaar (24,0%) had in 2019/2022 enige psychische aandoening in het voorgaande jaar (NEMESIS-3, 2019/2022; zie Tabel 9.4). Dit percentage komt ongeveer overeen voor mannen (22,7%) en vrouwen (25,3%). Voor cijfers naar leeftijd en opleidingsniveau zie Tabel 9.4.

In 2019/2022 had 8,9% van de werkenden van 18 tot en met 75 jaar twee of meer psychische aandoeningen in het voorgaande jaar (NEMESIS-3, 2019/2022; zie Tabel 9.4). Dit percentage was 10,4% voor vrouwen en 7,6% voor mannen. Voor cijfers naar leeftijd en opleidingsniveau zie Tabel 9.4.

Tabel 9.4 Huidige situatie voor de vier indicatoren voor psychische aandoeningen bij werkenden van 18 t/m 75 jaar

		Enige angststoornis laatste jaar	Enige stemmingsstoornis laatste jaar	Enige psychische aandoening laatste jaar	Twee of meer psychische aandoeningen laatste jaar
	Jaartal gegevens	**2019/2022**	**2019/2022**	**2019/2022**	**2019/2022**
	Bron	**NEMESIS-3**	**NEMESIS-3**	**NEMESIS-3**	**NEMESIS-3**
	Populatie	**Werkende 18-75 jaar**	**Werkende 18-75 jaar**	**Werkende 18-75 jaar**	**Werkende 18-75 jaar**
	Cijfer	**%**	**%**	**%**	**%**
	Totaal	13,5	8,1	24,0	8,9
Geslacht	Man	9,9	6,5	22,7	7,6
	Vrouw	17,4	9,8	25,3	10,4
Leeftijd	18-24 jaar	19,9	10,0	35,4	11,8
	25-34 jaar	19,8	12,0	33,7	13,4
	35-44 jaar	17,5	8,3	24,0	10,3
	45-54 jaar	13,3	5,9	16,2	5,2
	55-64 jaar	13,8	5,6	18,5	6,2
	65-75 jaar	8,7	4,0	11,2	4,0
Opleidingsniveau	Basisonderwijs, lbo, mavo, vmbo	17,0	8,9	24,5	9,9
	Mbo, havo, vwo	15,9	8,6	24,2	9,4
	Hbo, wo	13,3	7,1	23,4	7,9

9.3.4 *Duiding huidige situatie en trends mentale gezondheid* werkenden

Hieronder staat samengevat wat er door de experts is ingebracht over de duiding van bovenstaande resultaten.

Naast mentale problemen ook positieve aspecten
Het viel experts op dat ondanks dat veel werkenden mentale problemen ervaarden, er ook een overwegend stabiel en hoog niveau van levenstevredenheid te zien was. Deze paradox riep vragen op bij de experts over hoe mensen hun welbevinden ervaren en hoe dit zich verhoudt tot de aanwezigheid van mentale problemen.

Demografische factoren niet altijd eenduidig te interpreteren
De rol van opleiding en geslacht lijkt niet eenduidig te interpreteren hoewel de tendens is dat jonge werknemers en vrouwen een minder goede mentale gezondheid hebben. Experts zien geen duidelijke verschillen tussen opleidingsniveau en mentale gezondheid. Het viel de experts op dat er een lichte toename te zien was voor burn-out klachten en dat zelfstandigen minder burn-out klachten ervaren dan werknemers. Experts pleitten ervoor om burn-out klachten meer aandacht te geven, gezien de werkgerelateerde aard en hoge prevalentie van deze klachten.

Jongere werkenden ervaren vaker psychische aandoeningen en burn-out
De experts merkten op dat jongere werkenden, met name in de leeftijd van 18 tot 34 jaar, vaker psychische aandoeningen en burn-out rapporteerden. Experts gaven aan dat verschillende oorzaken hieraan ten grondslag kunnen liggen, zoals levensfasefactoren (studieloopbaan, de overgang naar betaald werk en de start van een carrière), werk-privébalans en toekomst(on)zekerheid. Deze bevinding vonden ze belangrijk tegen de achtergrond dat deze groep werkenden nog een groot deel van hun loopbaan voor zich heeft. Ze gaven aan nieuwsgierig te zijn naar hoe dit zich in de toekomst verder ontwikkelt. Tegelijkertijd waarschuwden experts ook voor mogelijke grotere verschillen binnen generaties dan tussen generaties, daarom is voorzichtigheid geboden bij generalisaties over ‘jongeren’.

Voorzichtigheid is geboden bij de interpretaties van de cijfers
De experts plaatsten meerdere kanttekeningen bij de wijze van meten en interpreteren van de mentale gezondheid van werkenden. Ze pleitten ervoor om bij de interpretatie duidelijk rekening te houden met het onderscheid tussen gevoelens, klachten en stoornissen. En ze vroegen aandacht voor het ‘healthy worker effect[16]’ bij de interpretatie van de bevindingen. Dit effect kan een vertekend beeld geven van bevindingen en associaties, omdat mensen met gezondheidsproblemen minder vaak of niet deelnemen aan de arbeidsmarkt. Het zou volgens hen helpend zijn voor de interpretatie om de bevindingen af te zetten tegen de algemene populatie en niet-werkenden. Ze misten nog de indicator stress en positieve indicatoren van mentale gezondheid, zoals veerkracht of zingeving. Tot slot pleitten experts voor een uitsplitsing naar beroepsgroep, omdat de cijfers zonder deze uitsplitsing nog moeilijk te interpreteren zijn. Experts gaven aan dat per beroepsgroep

[16] Een fenomeen waarbij werkenden gemiddeld gezonder zijn dan de algemene populatie of niet werkenden, omdat mensen met ernstige gezondheidsproblemen minder vaak (of niet) deelnemen aan de arbeidsmarkt.

andere factoren van belang zijn voor de mentale gezondheid van werkenden.

9.4 Factoren voor de mentale gezondheid van werkenden

Deze paragraaf beschrijft factoren voor de mentale gezondheid bij werkenden aan de hand van indicatoren voor individuele en omgevingsfactoren. De gebruikte data zijn afkomstig uit Sociale Samenhang en Welzijn (SSW) (2023) en de Gezondheidsenquête (GE) (2023). Per indicator is geanalyseerd of en in welke mate deze samenhangt met levenstevredenheid uit SSW en/of angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken uit de GE (zie ook Paragrafen 9.3.1 en 9.3.2). Bij de analyses is rekening gehouden met verschillen in geslacht, leeftijd en opleidingsniveau[17]. Voor mannen en vrouwen worden factoren apart besproken als er verschillen zijn in de aanwezigheid of de richting van de samenhang.

9.4.1 Individuele factoren

Voor individuele factoren in het conceptueel monitormodel mentale gezondheid zijn er in de SSW (2023) zes indicatoren beschikbaar en in de GE (2023) acht indicatoren, zie Tekstbox 9.4 en Tabel 9.5ab.

Tekstbox 9.4 Indicatoren individuele factoren

Demografisch

Herkomstland anders dan Nederland (SSW en GE) is bepaald op basis van geboorteland van de persoon en diens ouders. Bij personen met een herkomstland anders dan Nederland is de persoon zelf en/of ten minste één van beide ouders niet in Nederland geboren. Personen met herkomstland Nederland zijn in Nederland geboren, net als hun beide ouders.

Sociaaleconomisch

Zorgen over de financiële toekomst (SSW) is gemeten met de vraag ‘Kunt u op een schaal van 1 tot en met 10 aangeven hoe vaak u zich zorgen maakt over uw financiële toekomst? Een 1 staat voor nooit en een 10 voor voortdurend’. Een cijfer van 5 tot en met 10 betekent dat een persoon zich zorgen maakt over de financiële toekomst.
Eerste inkomenskwintiel (GE) is bepaald op het niveau van huishoudens en niet op individueel niveau. Personen in het eerste inkomenskwintiel maken deel uit van een huishouden uit de 20% huishoudens met de laagste huishoudinkomens.

Geen lid van een vereniging (SSW) is gemeten met de vraag ‘Bent u lid van één of meer van de volgende verenigingen of organisaties (ja/nee)?’ Hierbij is gevraagd naar sportverenigingen, zang-, muziek- of toneelverenigingen, hobbyverenigingen, jeugd- of jongerenorganisaties, gezelligheidsverenigingen of andere verenigingen. Een persoon is geen lid van een vereniging als de betreffende persoon niet op ten minste één van deze vragen met ‘ja’ heeft geantwoord.

[17] Hierdoor kan de samenhang tussen de indicator en mentale gezondheid niet meer worden verklaard door de mogelijke invloed van leeftijd, geslacht en/of opleidingsniveau.

Werkt minder dan 35 uur per week (SSW en GE) is uitgevraagd met de vraag ‘Hoeveel uur werkt u meestal per week?’. Deze vraag kon worden beantwoord met een aantal tussen 0 en 168 uur per week. Dit aantal uren is ingedeeld naar minder dan 35 uur per week.

Leefstijl
Voldoet niet aan beweegrichtlijnen (GE) van de Gezondheidsraad houdt in dat een persoon niet voldoende matig en/of zwaar intensieve activiteiten en niet voldoende spier- en botversterkende activiteiten doet [16].

Zware drinker (GE) is een persoon die minstens één keer per week vier of meer glazen (voor vrouwen) of zes of meer glazen (voor mannen) alcohol op één dag drinkt.

Cannabisgebruik in de afgelopen maand (GE) is bepaald door te vragen of een persoon cannabis (hasj, wiet, marihuana) in de laatste 30 dagen heeft gebruikt.

Rookt (weleens) is voor angst- of depressiegevoelens (GE) bepaald met de vraag ‘Rookt u weleens? (Ja/Nee)’. Het gaat daarbij om het roken van tabak, niet om een e-sigaret of vape. Voor levenstevredenheid (SSW) is dit bepaald met de vraag ‘Rookt u? (Ja/Nee)’.

Gezondheid algemeen
Matige of (zeer) slechte ervaren gezondheid (SSW en GE) is gemeten met de vraag ‘Hoe is over het algemeen uw gezondheid?. Er zijn vijf antwoorden mogelijk: ‘zeer goed’, ‘goed’, ‘gaat wel’, ‘slecht’ en ‘zeer slecht’. De laatste drie antwoorden betekenen een matige of (zeer) slecht ervaren gezondheid.

Demografisch
Werkenden met een herkomstland anders dan Nederland hebben een lagere levenstevredenheid en vaker angst- of depressiegevoelens vergeleken met werkenden met herkomstland Nederland (matige samenhang) (zie Tabel 9.5a). De samenhang tussen herkomst en levenstevredenheid geldt alleen voor vrouwen en niet voor mannen (zie Tabel 9.5b).

Sociaaleconomisch
Zorgen over de financiële toekomst (49,7%) hangt bij werkenden sterk samen met een lagere levenstevredenheid en behoren tot een huishouden in het eerste inkomenskwintiel (10,9%) hangt matig samen met meer angst- of depressiegevoelens (zie Tabel 9.5a). Werkenden die geen lid zijn van een vereniging (27,8%) hebben een lagere levenstevredenheid dan werkenden die wel lid zijn van een vereniging (matige samenhang) (zie Tabel 9.5a). Voor de totale groep werkenden hangt minder dan 35 uur per week werken niet samen met een lagere levenstevredenheid en ook niet met meer angst- of depressiegevoelens. Alleen vrouwen die minder dan 35 uur per week werken hebben een lagere levenstevredenheid dan vrouwen die minstens 35 uur per week werken (zie Tabel 9.5b). Dit geldt niet voor mannen.

Leefstijl
Gebruik van cannabis in de afgelopen maand (6,0%) hangt bij werkenden sterk samen met meer angst- of depressiegevoelens (zie Tabel 9.5a). Werkenden die (weleens) roken hebben een lagere levenstevredenheid en vaker angst- of depressiegevoelens dan werkenden die niet (weleens) roken (matige samenhang) (zie Tabel 9.5a). Alcoholgebruik hangt niet samen met levenstevredenheid en angst- of depressiegevoelens, en lichamelijk activiteit hangt niet samen met levenstevredenheid (zie Tabel 9.5a).

Gezondheid algemeen
Bij werkenden hangt een matige of (zeer) slechte ervaren gezondheid sterk samen met zowel een lagere levenstevredenheid als meer angst- of depressiegevoelens (zie Tabel 9.5a).

*Tabel 9.5a Samenhang van individuele factoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder werkenden (vanaf 15 jaar)**

			SSW (2023)		GE (2023)	
			Werkenden	Levens-tevredenheid	Werkenden	Angst- of depressie gevoelens afgelopen 4 weken
	Individuele factor	**Indicator**	**%**	**OR**	**%**	**OR**
Demografisch	Herkomst	Herkomstland anders dan Nederland	27,2	0,67	26,1	1,34
Sociaaleconomisch	Bestaanszekerheid	Zorgen over financiële toekomst	49,7	0,32	-	-
		Eerste inkomenskwintiel	-	-	10,9	1,91
	Meedoen in de samenleving	Geen lid van een vereniging	27,8	0,61	-	-
	Arbeidspositie	Werkt minder dan 35 uur per week	49,8	ns	48,8	ns
Leefstijl	Lichamelijke activiteit	Voldoet niet aan de beweegrichtlijnen	-	-	53,0	ns
	Alcoholgebruik	Zware drinker	24,7	ns	9,4	ns
	Cannabisgebruik	Cannabis gebruikt in de afgelopen maand	-	-	6,0	2,01
	Roken	Rookt (weleens)	14,1	0,53	20,4	1,51
Gezondheid algemeen	Ervaren gezondheid	Matige of (zeer) slechte ervaren gezondheid	25,0	0,22	17,5	5,26

*Analyses zijn gecontroleerd voor geslacht, leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau
Oranje bolletje = statistisch significante, matige samenhang (levenstevredenheid: OR tussen 0,5 en 1,0; angst- of depressiegevoelens: OR tussen 1,0 en 2,0; $p<0,05$)
Rood bolletje = statistisch significante, sterke samenhang (levenstevredenheid: OR 0,5 of lager; angst- of depressiegevoelens: OR 2,0 of hoger; $p<0,05$)
OR = odds ratio, ns = niet significante samenhang ($p \geq 0,05$), - = geen gegevens beschikbaar
In Bijlage 8 staan de referentiegroepen en de 95% betrouwbaarheidsintervallen van de odds ratio's

*Tabel 9.5b Samenhang van individuele factoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder werkende mannen en vrouwen (vanaf 15 jaar)**

			SSW (2023) Levenstevredenheid		GE (2023) Angst- of depressiegevoelens afgelopen 4 weken	
			Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
	Individuele factor	**Indicator**	**OR**	**OR**	**OR**	**OR**
Demografisch	Herkomst	Herkomstland anders dan Nederland	ns	0,60	1,34	1,36
Sociaaleconomisch	Bestaanszekerheid	Zorgen over financiële toekomst	0,34	0,30	-	-
		Eerste inkomenskwintiel	-	-	1,82	2,03
	Meedoen in de samenleving	Geen lid van een vereniging	0,65	0,56	-	-
	Arbeidspositie	Werkt minder dan 35 uur per week	ns	0,71	ns	ns
Leefstijl	Lichamelijke activiteit	Voldoet niet aan de beweegrichtlijnen	-	-	ns	ns
	Alcoholgebruik	Zware drinker	ns	ns	ns	ns
	Cannabisgebruik	Cannabis gebruikt in de afgelopen maand	0,55	0,51	1,62	1,41
	Roken	Rookt (weleens)	-	-	1,92	2,44
Gezondheid algemeen	Ervaren gezondheid	Matige of (zeer) slechte ervaren gezondheid	0,22	0,21	4,78	5,78

*Analyses zijn gecontroleerd voor leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau
Oranje bolletje = statistisch significante, matige samenhang (levenstevredenheid: OR tussen 0,5 en 1,0; angst- of depressiegevoelens: OR tussen 1,0 en 2,0; p<0,05)
Rood bolletje = statistisch significante, sterke samenhang (levenstevredenheid: OR 0,5 of lager; angst- of depressiegevoelens: OR 2,0 of hoger; p<0,05)
OR = odds ratio, ns = niet significante samenhang (p ≥ 0,05). - = geen gegevens beschikbaar
In Bijlage 8 staan de referentiegroepen en de 95% betrouwbaarheidsintervallen van de odds ratio's

9.4.2 *Omgevingsfactoren*

Voor omgevingsfactoren in het conceptueel monitormodel mentale gezondheid zijn er in de SSW (2023) vier indicatoren beschikbaar en in de GE (2023) twee indicatoren, zie Tekstbox 9.5 en Tabel 9.6ab.

Tekstbox 9.5 Indicatoren omgevingsfactoren

Gezin

Alleenstaand of alleenstaande ouder (SSW en GE) is bepaald op basis van de positie in het huishouden. Hierbij is een samenvoeging gemaakt van ‘alleenstaande’ en ‘ouder in eenoudergezin’. De andere mogelijke posities zijn ‘partner in paar zonder thuiswonende kinderen’, ‘partner in paar met thuiswonende kind(eren)’, ‘kind in gezin met (echt)paar’, ‘kind in eenoudergezin’ en ‘overig’.

Woon- en leefomgeving

Geen dagelijks contact met familie, vrienden of buren (SSW) is bepaald op basis van 3 vragen over hoe vaak de werkende contact heeft met familie of gezinsleden die niet bij diegene thuis wonen, vriend(inn)en of echt goede kennissen, of buren. Hierbij kon geantwoord worden met ‘dagelijks’, ‘minstens 1x per week, maar niet dagelijks’, ‘minstens 1x per maand, maar niet wekelijks’, ‘minder dan 1x per maand’ of ‘zelden of nooit’. Een werkende heeft geen dagelijks contact met familie, vrienden of buren als de werkende niet op ten minste één van deze vragen met ‘dagelijks’ heeft geantwoord.

Voelt zich (een beetje) onveilig (SSW) is gemeten met de vraag ‘Hoe vaak voelt u zich onveilig?’. Het gaat hierbij om veiligheid in het algemeen. Een 1 staat voor nooit en een 10 voor voortdurend. Een cijfer van 5 tot en met 10 betekent dat een persoon zich (een beetje) onveilig voelt.

In (grote) stad wonen (SSW en GE) is bepaald op basis van de omgevingsadressendichtheid van de woongemeente volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Een persoon woont in een (grote) stad wanneer de stedelijkheid (zeer) sterk of matig is (code 1-3). Een persoon woont niet in een (grote) stad wanneer de woongemeente weinig of niet stedelijk is (code 4-5) [17].

Gezin

Werkenden die alleenstaand of alleenstaande ouder zijn, hebben een lagere levenstevredenheid en vaker angst- of depressiegevoelens (zie Tabel 9.6a). Daarbij is de samenhang met levenstevredenheid sterk.

Woon- en leefomgeving

Zich (een beetje) onveilig voelen hangt sterk samen met een lagere levenstevredenheid (zie Tabel 9.6a). Geen dagelijks contact met familie, vrienden of buren hangt samen met een lagere levenstevredenheid (zie Tabel 9.6a). Deze samenhang geldt alleen voor mannen en ontbreekt voor vrouwen. Werkenden die in een (grote) stad wonen hebben vaker angst- of depressiegevoelens dan werkenden die niet in een (grote) stad wonen (zie Tabel 9.6b). Deze samenhang geldt alleen voor mannen en ontbreekt voor vrouwen. In een (grote) stad wonen hangt niet samen met levenstevredenheid (zie Tabel 9.6a).

*Tabel 9.6a Samenhang van omgevingsfactoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder werkenden (vanaf 15 jaar)**

			SSW (2023)		GE (2023)	
			Werkenden	Levens-tevredenheid	Werkenden	Angst- of depressie gevoelens afgelopen 4 weken
	Omgevingsfactor	**Indicator**	**%**	**OR**	**%**	**OR**
Gezin	Thuissituatie	Alleenstaand of alleenstaande ouder	25,2	0,46	22,2	1,61
Woon- en leefomgeving	Sociale leefomgeving	Geen dagelijks contact met familie, vrienden of buren	46,0	0,75	-	-
	Veiligheid woonomgeving	Voelt zich (een beetje) onveilig	21,2	0,43	-	-
	Fysieke woonomgeving	In (grote) stad wonen	72,5	ns	72,1	1,17

*Tabel 9.6b Samenhang van omgevingsfactoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder werkende mannen en vrouwen (vanaf 15 jaar)**

			SSW (2023)		GE (2023)	
			Levenstevredenheid		Angst- of depressiegevoelens afgelopen 4 weken	
			Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
	Omgevingsfactor	**Indicator**	**OR**	**OR**	**OR**	**OR**
Gezin	Thuissituatie	Alleenstaand of alleenstaande ouder	0,42	0,52	1,85	1,41
Woon- en leefomgeving	Sociale leefomgeving	Geen dagelijks contact met familie, vrienden of buren	0,72	ns	-	-
	Veiligheid woonomgeving	Voelt zich (een beetje) onveilig	0,37	0,47	-	-
	Fysieke woonomgeving	In (grote) stad wonen	ns	ns	1,26	ns

*Analyses zijn gecontroleerd voor geslacht (alleen bij analyses op de totale groep), leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau
Oranje bolletje = statistisch significante, matige samenhang (levenstevredenheid: OR tussen 0,5 en 1,0; angst- of depressiegevoelens: OR tussen 1,0 en 2,0; $p<0,05$)
Rood bolletje = statistisch significante, sterke samenhang (levenstevredenheid: OR 0,5 of lager; angst- of depressiegevoelens: OR 2,0 of hoger; $p<0,05$)
OR = odds ratio, ns = niet significante samenhang ($p \geq 0,05$), - = geen gegevens beschikbaar
In Bijlage 8 staan de referentiegroepen en de 95% betrouwbaarheidsintervallen van de odds ratio's

9.4.3 *Duiding factoren voor de mentale gezondheid van werkenden*

Hieronder staat samengevat wat er door de experts is ingebracht over de duiding van bovenstaande resultaten.

Ervaren gezondheid hangt sterk samen met mentale gezondheid
Experts viel de sterke samenhang van ervaren gezondheid met zowel levenstevredenheid als angst- of depressiegevoelens erg op. Daarnaast wezen ze erop dat een opvallend hoog percentage werkenden een matige of slechte ervaren gezondheid rapporteerde. Volgens hen laat deze sterke samenhang de rol van perceptie op mentale gezondheid duidelijk zien. Ze benoemden ook dat ervaren gezondheid mogelijk samenhangt met leefstijlfactoren zoals bewegen, dus dat deze factoren onderliggend kunnen zijn aan ervaren gezondheid. Daarnaast merkten ze op dat de werkende populatie veroudert en dat dit invloed heeft op de ervaren gezondheid. Ze riepen daarom op om te kijken naar verschillen tussen leeftijdsgroepen.

Leefstijlfactoren laten opvallende samenhang zien (of juist niet)
Experts vonden het opvallend dat lichamelijke activiteit en alcoholgebruik niet samenhangen met de mentale gezondheid van werkenden, terwijl roken en cannabisgebruik wél een samenhang laten zien. Ze hadden verwacht dat sporten een positieve samenhang of onvoldoende beweging een negatieve samenhang zou hebben met mentale gezondheid. Ze benadrukten het belang van onderscheid maken tussen matige en intensieve lichamelijke activiteit. De bevindingen riepen bij de experts de behoefte op aan verder verdiepend onderzoek naar de relatie tussen leefstijl en mentale gezondheid.

Sociale determinanten hangen samen met mentale gezondheid
Het viel experts op dat een arbeidspositie van minder dan 35 uur per week bij vrouwen samenhangt met een lagere levenstevredenheid. Als verklaring noemden ze dat het mogelijk jonge moeders betreft, die minder ruimte ervaren om hun arbeidsuren uit te breiden in vergelijking met jonge vaders. Daarnaast viel het experts op dat herkomstland bij werkende vrouwen samenhangt met een lagere levenstevredenheid. Tegelijkertijd plaatsten experts kanttekeningen bij de betrouwbaarheid van deze bevindingen: de werkenden met een herkomstland anders dan Nederland in de dataset vormen mogelijk geen representatieve afspiegeling van de bredere groep werkenden met een herkomstland anders dan Nederland. Ook merkten ze op dat een groot deel van de werkenden in stedelijk gebied woont en dat dit samenhangt met gevoelens van angst- of depressie.

Mentale gezondheid wordt bepaald door een samenspel van meerdere factoren
Experts wezen erop dat mentale gezondheid vaak voortkomt uit een optelsom van meerdere factoren. Veel van deze beïnvloedende factoren blijken structureel terug te komen bij dezelfde individuen. Er was dan ook brede belangstelling onder experts voor meer inzicht in hoe deze factoren met elkaar en met mentale gezondheid samenhangen. Ook pleitten ze voor meer inzicht in de interactie tussen factoren, om mechanismen achter mentale gezondheid beter te begrijpen.

Ontbrekende relevante factoren
Experts benadrukten dat de analyse belangrijke factoren mist die specifiek van invloed zijn op de mentale gezondheid van werkenden. Ze wezen op het ontbreken van werkgerelateerde factoren zoals werkeisen, regelmogelijkheden, steun op het werk, en andere psychosociale factoren zoals werkdruk, autonomie, werktevredenheid en zingeving. Ook organisatorische kenmerken zoals sector, type werk, en bedrijfsgrootte worden momenteel niet meegenomen. Experts deden de suggestie om meer gegevens van de NEA te gebruiken. Daarnaast ontbreken leefstijlfactoren zoals slaap, BMI en medicatiegebruik, terwijl deze volgens experts een belangrijke rol kunnen spelen.

9.5 Gevolgen van mentale (on)gezondheid bij werkenden

Voor het beschrijven van de gevolgen van mentale (on)gezondheid bij werkenden is gebruikgemaakt van acht indicatoren voor zorguitgaven, uitval uit werk en ziektelast (zie Tekstboxen 9.6 t/m 9.8). De gebruikte data komt uit de volgende databronnen: RIVM Kosten van ziekten (2019), Arbobalans (2023), TNO Maatschappelijke werkgerelateerde kosten van arbeidsongeschiktheid en zorg (TNO) (2022), Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) (2024), ArboNed en HumanCapitalCare (2023), Arbeidsongeschiktheidsuitkeringenstatistiek (2020), RIVM Ziektelast (2022).

9.5.1 *Huidige situatie en trends voor zorggebruik*

Voor werkenden zijn geen specifieke indicatoren beschikbaar over zorggebruik. Zie de informatie over de huidige situatie en trends voor zorggebruik bij de algemene bevolking voor 18 jaar en ouder of bij volwassenen voor 18 tot en met 65 jaar (zie Paragrafen 3.5.1 en 6.5.1).

9.5.2 *Huidige situatie voor (zorg)uitgaven*

Voor werkenden is er geen specifieke informatie beschikbaar over medische zorguitgaven voor burn-out. Zie de informatie over medische zorguitgaven voor burn-out bij de algemene populatie voor 0 jaar en ouder of bij volwassenen voor 18 tot 65 jaar (zie Paragrafen 3.5.3 en 6.5.3). Wel zijn er indicatoren voor verzuim en kosten voor arbeidsongeschiktheid beschikbaar.

Tekstbox 9.6 Indicatoren voor (zorg)uitgaven

Kosten voor verzuim betreft verzuimkosten door loondoorbetaling bij verzuim wegens psychosociale arbeidsbelasting.

Kosten voor arbeidsongeschiktheid betreft de totale kosten van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in de groep met psychische problematiek.

Kosten voor verzuim
De verzuimkosten door loondoorbetaling bij verzuim wegens psychosociale arbeidsbelasting was in 2023 €4,9 miljard (Arbobalans, 2023). Dit is 61% van het totale werkgerelateerde verzuim dat €8 miljard bedroeg.

Kosten voor arbeidsongeschiktheid
De totale kosten van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in 2022 waren €4,6 miljard in de groep met psychische problematiek (TNO, 2022). Dit is 66% van de totale werkgerelateerde uitkeringskosten.

9.5.3 Huidige situatie en trends uitval werk

Indicatoren voor uitval werk zijn recent en langdurig ziekteverzuim door psychische klachten en aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen vanwege psychische stoornissen. Het aantal arbeidsongeschiktheids-uitkeringen staat beschreven in het hoofdstuk over de algemene populatie, zie Paragraaf 3.5.4.

Tekstbox 9.7 Indicatoren voor uitval werk

Recent ziekteverzuim door psychische klachten, overspannenheid of burn-out betreft het percentage van het meest recente ziekteverzuim van werknemers (15 t/m 74 jaar) in de afgelopen 12 maanden dat werd veroorzaakt door psychische klachten, overspannenheid of burn-out. Het gaat hierbij om ten minste één keer verzuim waarbij aangeven is dat psychische klachten, overspannenheid of burn-out de oorzaak zijn voor dit meest recente verzuim.

Langdurig ziekteverzuim door psychische klachten betreft het percentage langdurig ziekteverzuim van werknemers veroorzaakt door psychische klachten. Langdurig verzuim is verzuim dat duurt van 42 dagen (6 weken) tot en met 730 dagen (2 jaar).

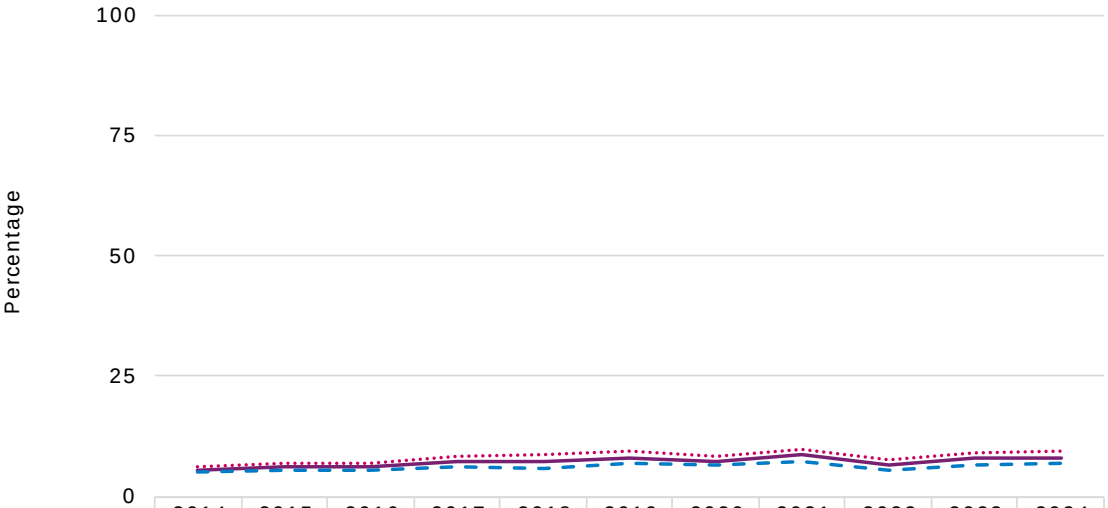
Recent ziekteverzuim door psychische klachten, overspannenheid of burn-out
Bij 8,2% van de werknemers van 15 tot en met 74 jaar met recent ziekteverzuim in de afgelopen 12 maanden was in het meest recente ziekteverzuim sprake van psychische klachten, overspannenheid of burn-out in 2024 (NEA, 2024; zie Tabel 9.7). Bij mannen ging het om 6,8% en bij vrouwen om 9,5%. In Tabel 9.7 staan ook cijfers naar leeftijd.

Het percentage recent ziekteverzuim vanwege psychische klachten, overspannenheid of burn-out lag in de periode 2014 tot en met 2024 tussen de 5,7% (2014) en 8,6% (2021) (zie Figuur 9.7).

Tabel 9.7 Percentage recent ziekteverzuim bij werknemers van 15 t/m 74 jaar door psychische klachten, overspannenheid of burn-out

		Recent ziekteverzuim door psychische klachten, overspannenheid of burn-out
	Jaartal gegevens	**2024**
	Bron	**NEA**
	Populatie	**Werknemers 15-74 jaar met verzuim in afgelopen 12 maanden**
	Cijfer	**%**
	Totaal	8,2
Geslacht	Man	6,8
	Vrouw	9,5
Leeftijd	15-24 jaar	4,5
	25-34 jaar	9,8
	35-44 jaar	10,1
	45-54 jaar	8,4
	55-64 jaar	7,3
	65-74 jaar	4,9

Figuur 9.7 Percentage met recent ziekteverzuim bij werknemers vanwege psychische klachten, overspannenheid of burn-out in de periode 2014 t/m 2024



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totaal	5,7	6,2	6,2	7,4	7,2	8,1	7,4	8,6	6,7	7,9	8,2
Man	5,1	5,5	5,6	6,3	5,8	6,8	6,5	7,5	5,7	6,5	6,8
Vrouw	6,2	7,0	6,9	8,4	8,6	9,4	8,3	9,8	7,7	9,3	9,5

Bron: NEA

Langdurig ziekteverzuim door psychische klachten
In 2023 werd 40,1% van het langdurig ziekteverzuim veroorzaakt door psychische klachten (ArboNed en HumanCapitalCare, 2023; zie Tabel 9.8). Het percentage langdurige ziekteverzuim vanwege psychische klachten is bij vrouwen hoger (47,5%) dan bij mannen (34,0%). Voor cijfers naar leeftijd zie Tabel 9.8.

Tabel 9.8 Percentage werknemers van 15 jaar en ouder met langdurig ziekteverzuim door psychische klachten

	Langdurig ziekteverzuim door psychische klachten	
	Jaartal gegevens	**2023**
	Bron	**ArboNed & HumanCapitalCare**
	Populatie	**Werknemers 15 jaar en ouder met langdurig ziekteverzuim**
	Cijfer	**%**
	Totaal	40,1
Geslacht	Man	34,0
	Vrouw	47,5
Leeftijd	15-24 jaar	39,4
	25-34 jaar	56,9
	35-44 jaar	51,0
	45-55 jaar	36,5
	55 jaar en ouder	24,2

9.5.4 Huidige situatie en trends ziektelast

Tekstbox 9.8 Indicatoren voor ziektelast

Werkgerelateerde ziektelast
Ziektelast is de hoeveelheid gezondheidsverlies in een populatie die veroorzaakt wordt door ziekten. De ziektelast wordt uitgedrukt in DALY's ('Disability-Adjusted Life-Years'). Een DALY is opgebouwd uit twee componenten: de jaren geleefd met ziekte waarbij de ernst van de ziekte wordt meegenomen en de jaren verloren door vroegtijdige sterfte. Ziektelast wordt hier gepresenteerd voor drie hoofdgroepen van aandoeningen. Hierbij is gekeken wat toe te schrijven is aan de risicofactor arbeid, dat wil zeggen (de ziektelast als gevolg van) blootstelling aan ongunstige factoren op het werk.

Werkgerelateerde ziektelast als gevolg van angst-, dwang- en stressstoornissen betreft het aantal DALY's per 1000 inwoners op basis van ICD10-codes F40-F43 dat toe te schrijven is aan arbeid.
Werkgerelateerde ziektelast als gevolg van bipolaire en depressieve stemmingsstoornissen betreft het aantal DALY's per 1000 inwoners op basis van ICD10-codes F30-F31, F32-F33, F34.0, F34.1, F38.1, F92.0 dat toe te schrijven is aan arbeid.
Werkgerelateerde ziektelast als gevolg van burn-out betreft het aantal DALY's per 1000 inwoners op basis van ICD10-code Z73.0 dat toe te schrijven is aan arbeid.

Werkgerelateerde ziektelast
Het aantal verloren gezonde levensjaren (DALY) dat toe te schrijven is aan angst-, dwang- en stressstoornissen door arbeid was 0,6 per 1000 inwoners in 2022 (RIVM Ziektelast, 2022; zie Tabel 9.9).

Het aantal verloren gezonde levensjaren (DALY) dat toe te schrijven is aan bipolaire en depressieve stemmingsstoornissen door arbeid was 2,2 per 1000 inwoners in 2022 (RIVM Ziektelast, 2022; zie Tabel 9.9).

Het aantal verloren gezonde levensjaren (DALY) dat toe te schrijven is aan burn-out door arbeid was 0,8 per 1000 inwoners in 2022 (RIVM Ziektelast, 2022; zie Tabel 9.9).

Tabel 9.9 Werkgerelateerde ziektelast door psychosociale arbeidsbelasting DALY's per 1000 inwoners

		Angst-, dwang- en stress-stoornissen	Bipolaire en depressieve stemmingsstoornissen	Burn-out
	Jaartal gegevens	**2022**	**2022**	**2022**
	Bron	**RIVM Werkgerelateerde ziektelast**	**RIVM Werkgerelateerde ziektelast**	**RIVM Werkgerelateerde ziektelast**
	Cijfer	**DALY's per 1000 inwoners**	**DALY's per 1000 inwoners**	**DALY's per 1000 inwoners**
	Totaal	0,6	2,2	0,8
Geslacht	Man	0,4	1,9	0,8
	Vrouw	0,7	2,6	0,8

9.5.5 *Duiding gevolgen mentale (on)gezondheid*

Hieronder staat samengevat wat er door de experts is ingebracht over de duiding van bovenstaande resultaten.

Verschillen in verzuim tussen subgroepen

Het viel experts op dat het percentage recent verzuim door psychische klachten, overspannenheid of burn-out hoger is bij vrouwen dan bij mannen en dat dit percentage recent verzuim het hoogst is bij werkenden in de leeftijd van 25 tot en met 44 jaar. Dit riep de vraag op of de combinatie werk en zorgtaken/moederschap bijdraagt aan een hoger verzuim onder vrouwen. De positie van zelfstandigen werd specifiek nog genoemd: volgens experts is er meer inzicht nodig in hoe het met zelfstandigen gaat. Noemen zij bijvoorbeeld dezelfde redenen voor uitval als werknemers? Wat hebben zij nodig? Bovendien noemden de experts dat in 2019 een grote groep zelfstandigen zich geen ziekteverlof kon veroorloven door het ontbreken van financiële buffers of verzekering, maar dat daar inmiddels verandering in lijkt te komen.

Belemmeringen in toegang tot zorg en ondersteuning voor werkenden met mentale problemen

Experts benadrukten dat door tekorten aan arbo-professionals, zoals bedrijfs- en verzekeringsartsen, werknemers vaak pas laat in beeld komen en dat zij langer verzuimen. Cijfers over de toegang tot arbozorg worden door experts gemist. Ook arbeidspsychologische zorg is volgens de experts beperkt toegankelijk, omdat deze private zorg door werkgevers moet worden bekostigd. Daarnaast vergroot de overbelasting van de reguliere geestelijke gezondheidszorg de vraag naar arbeidspsychologen en raken ook zij steeds meer overbelast. Experts onderstreepten het belang van beter inzicht in het gebruik van arbeidsgerichte psychologische zorg via werkgevers.

Onvoldoende zicht op de kosten van mentale problemen voor werkgevers

In de discussie tussen experts werd genoemd dat de maatschappelijke en economische kosten voor mentale gezondheid opvallend hoog zijn. Ze gaven aan dat het belangrijk is om inzicht te hebben in waar de kosten precies vallen: bij de werkgever, de maatschappij of het individu. Ze benoemden behoefte te hebben aan cijfers over kosten per werkgever (waaronder burn-out), liefst uitgesplitst per sector. Daarnaast zouden experts graag willen weten waardoor er verschillen zijn in de kosten van burn-out per leeftijdsgroep. Ook cijfers over productiviteitsverlies en de kosten die hiermee gemoeid zijn ontbreken nog in de monitor. Tot slot benadrukten ze dat zij recente cijfers missen over de arbeidsongeschiktheid.

9.6 Beleidsaanbevelingen voor mentale gezondheid werkenden volgens experts

Creëer een mentaal gezonde werkomgeving
De experts pleitten voor verschillende maatregelen om mentaal gezonde werkplekken te realiseren. Implementeer interventies op verschillende niveaus van de organisatie (management, team, individu) gericht op psychologische basisbehoeften: zoals sociale verbinding, veiligheid en waardering. Focus op het verminderen van risicofactoren, zoals werkdruk, eenzaamheid of continue bereikbaarheid, en het versterken van beschermende factoren, zoals sociale steun of hersteltijd.
Werkgevers kunnen hun managers trainen in de uitgangspunten en vaardigheden van een mentaal gezonde werkomgeving en ze een voorbeeld laten zijn. Ook moet in het organisatiebeleid rekening worden gehouden met dat werk en privé elkaar beïnvloeden. Voorbeelden die werden genoemd om een mentaal gezonde werkomgeving te stimuleren zijn het invoeren van een jaarlijkse mentale APK voor iedere werknemer of mentale gezondheidscertificering voor de organisatie.

Heb aandacht voor verschillende levensfases en doelgroepen
Het is volgens de experts belangrijk om in organisatiebeleid specifieke maatregelen en ondersteuning te hebben voor de verschillende levensfases van werknemers. De factoren die mentale gezondheid beïnvloeden verschillen namelijk per levensfase, leeftijd en gender. Dit gaat bijvoorbeeld om aparte screenings- en ondersteuningsmogelijkheden.
Voor de specifieke groep ‘jongeren’ zou de ondersteuning kunnen worden verbreed door meer aandacht te besteden aan de transitie van opleiding naar werk. Dit vereist nieuwe vormen van samenwerking tussen opleiding en werkgevers.

Zet in op preventie en vroegtijdige ondersteuning
Vroege signalering en ondersteuning zijn volgens de experts van belang om langdurige uitval van werkenden te voorkomen. Experts benadrukten het belang van het in beeld brengen van signalen van stress op de werkvloer in plaats van alleen gediagnosticeerde psychische aandoeningen. Instrumenten zoals de VierDimensionale KlachtenLijst (4DKL) of een stress-screener kunnen volgens de experts hierbij helpen.
Vroege signalering en ondersteuning kan uitval voorkomen, de stijgende trend in mentale problemen afbuigen, de kosten van behandeling terugdringen, en bijdragen aan de toegankelijkheid van (arbo)zorg door het verminderen van de instroom. Experts benadrukten dat werkgevers en werknemers hierin een verantwoordelijkheid hebben. Werkgevers kunnen meer aandacht besteden aan preventieve maatregelen, kunnen leidinggevenden trainen in het herkennen van signalen van mentale gezondheidsproblemen en in het bevorderen van de eigen regie bij werknemers. Werknemers kunnen bijvoorbeeld mentale gezondheidsvaardigheden vergroten. Om preventief beleid te stimuleren, is het nodig om financiële prikkels in het systeem anders in te richten, zodat preventie loont.

Zorg ervoor dat de beschikbare kennis wordt toegepast in werkprocessen en interventies
Hoewel er al veel kennis en interventies beschikbaar zijn rondom mentale gezondheid op het werk, blijkt volgens experts de implementatie in de praktijk een grote uitdaging. Er is geen eenduidige oplossing voor dit probleem. Experts gaven aan dat werkgevers mogelijk niet weten hoe ze beschikbare maatregelen kunnen toepassen of dat zij de capaciteit missen om dat goed te doen. Niet-commerciële, laagdrempelige en betaalbare interventies zijn nodig, zeker voor het MKB. Daarnaast kan het volgens experts helpen om informatie-uitwisseling met werkgevers over mentale gezondheid te faciliteren en ondersteuning en training aan te bieden, ook gericht op implementatie. Experts benoemden ook dat kleine initiatieven zeker iets kunnen betekenen, maar niet het (hele) antwoord zijn. Een top-down én bottom-up aanpak is volgens hen nodig op alle levels: overheid, gemeenten, organisaties en individuen. Ze gaven aan dat meer toezicht en stimulering vanuit de overheid en het naleven/inzetten van de RI&E cyclus (risico-inventarisatie en -evaluatie vanuit de Arbowet) implementatie zou kunnen bevorderen.

Verbeter de toegankelijkheid van zorg voor werkenden
Experts gaven aan dat de toegang tot arbozorg beter moet worden geregeld, ook voor zelfstandigen, bijvoorbeeld door het aantrekken van artsen binnen verschillende relevante organisaties, zoals de arbodienstverlening, ggz en het UWV. Arbodiensten worden betaald door werkgevers, maar meer onafhankelijkheid in deze relatie is volgens experts gewenst. Volgens experts is het belangrijk dat er meer ruimte komt om te investeren in preventie, ook als de opbrengsten pas later zichtbaar worden. Er werd een oproep gedaan om aan te sluiten bij Arbovisie 2040 deel 2 van de SER dat oproept tot ‘versterking van preventie, betere uitvoerbaarheid en effectiviteit van arboregels’.

Heb aandacht voor de brede maatschappelijke context naast de werkomgeving
Experts wezen ook op bredere systemische factoren die invloed hebben op het functioneren van mensen in werk. Als voorbeeld noemden ze het meer richten op sociale cohesie door ervoor te zorgen dat elke wijk een sociaal centrum heeft met preventieve initiatieven. Ook benoemden ze financiële zekerheid als een belangrijke systemische factor. Zorgen over inkomen kunnen mensen ervan weerhouden om hulp te zoeken. Tegelijkertijd kan ziekte soms leiden tot inkomenszekerheid, bijvoorbeeld via een uitkering. Daarom stelden experts voor om bestaanszekerheid en ontwikkelmogelijkheden te versterken. Denk aan maatregelen zoals een hoger minimumloon, vroegtijdige talentontwikkeling of andere manieren om inkomenszorgen te verminderen.

Meer inzicht gewenst in mentale gezondheid van werkenden
Om de mentale gezondheid van werkenden beter te begrijpen werd door experts gepleit voor een brede, holistische benadering om mentale gezondheid te meten. Hierbij moet volgens experts aandacht zijn voor zowel (het functioneren op) het werk als privé. Er is bij experts ook behoefte aan meer onderzoek naar de oorzaken van burn-out, de rol van leidinggevenden hierin en de opvallend lagere cijfers voor burn-out

klachten bij zzp’ers. Daarnaast kan het volgens experts waardevol zijn om te onderzoeken wat goed werkt in het MKB om mentale gezondheid en deze kennis breder te delen binnen de sector. Tot slot: er zijn nu niet veel werkgerelateerde factoren in de Monitor mentale gezondheid opgenomen, en volgens experts is dit een punt van aandacht voor de toekomst.

10 De mentale gezondheid over de hele levensloop

In voorgaande hoofdstukken is de mentale gezondheid beschreven per (deel)populatie. In dit hoofdstuk worden de kernboodschappen voor de verschillende (deel)populaties geïntegreerd per onderzoeksvraag. Daarbij ligt de nadruk in dit hoofdstuk op de overeenkomsten en verschillen tussen de resultaten per levensfase. Zo ontstaat er een zo goed mogelijk beeld van mentale gezondheid gedurende de hele levensloop. De bevindingen worden in de context geplaatst van recente wetenschappelijke literatuur, gebaseerd op relevante studies en overzichtsartikelen. Het gaat daarbij om een narratieve, interpretatieve benadering gericht op beleidsrelevantie, en niet om een volledige systematische review.

10.1 Kernboodschappen voor de mentale gezondheid over de hele levensloop

10.1.1 Huidige situatie en trends

- In alle levensfases is een groot deel van de bevolking tevreden over het leven. Tegelijkertijd rapporteert een aanzienlijk deel mentale problemen, zoals angst- of depressiegevoelens. Voor deze schijnbare discrepantie zijn drie verklaringen mogelijk: de twee continua van mentale gezondheid, adaptieve stress, en de eigenschappen van de gebruikte meetinstrumenten.
- In alle (deel)populaties rapporteren meisjes en vrouwen minder welbevinden en meer mentale problemen dan jongens en mannen. Mogelijk komt dit doordat de gekozen indicatoren meer gericht zijn op problemen die vaker bij meisjes en vrouwen voorkomen. Andere mogelijke verklaringen zijn verschillen in het vóórkomen en/of de impact van factoren voor mentale gezondheid en verschillen in geneigdheid om over mentale problemen te praten of te rapporteren.
- Mentale gezondheid is vooral in jongere leeftijdsgroepen achteruitgegaan; daardoor is het patroon van mentale gezondheid naar leeftijd veranderd. De achteruitgang in aspecten van de mentale gezondheid heeft zich al vóór de coronapandemie ingezet, en deze trend is duidelijker zichtbaar bij meisjes en vrouwen. In de jongere leeftijdsgroepen van jongvolwassenen en studenten is de mentale gezondheid nu slechter dan in de oudere leeftijdsgroepen van volwassenen en ouderen.
- Mogelijke verklaringen die in de literatuur worden genoemd voor de achteruitgang van mentale gezondheid van adolescenten en jongvolwassenen, zijn een toenemende prestatie- en geluksdruk, groeiende maatschappelijke onzekerheden, een sterkere nadruk op het individu, de opkomst van sociale media, en het onvoldoende leren omgaan met tegenslagen. Daarnaast is de aandacht voor mentale gezondheid de laatste jaren sterk toegenomen, met mogelijk zowel een betere herkenning en meer openheid als overinterpretatie in zelfrapportages. Dit zijn echter vooral hypotheses, waarvan het nog onduidelijk is in hoeverre deze factoren daadwerkelijk een rol spelen.

10.1.2 Samenhangende factoren

- De ervaren gezondheid laat in alle (deel)populaties een sterke samenhang zien met mentale gezondheid. Voor studenten kon deze samenhang niet worden onderzocht, vanwege het ontbreken van gegevens hierover. Deels kan de sterke samenhang verklaard worden omdat ervaren gezondheid zowel betrekking heeft op de lichamelijke gezondheid als op de mentale gezondheid. Daarnaast beïnvloeden mentale en lichamelijke gezondheid elkaar.
- In het algemeen is er een sterke positieve samenhang tussen ervaren sociale steun en mentale gezondheid. Ervaren steun en een goede relatie hangen in alle (deel)populaties waarvoor deze indicatoren beschikbaar waren samen met meer mentaal welbevinden en minder mentale problemen, waarbij de samenhang meestal ook sterk is. Sociale verbinding en steun worden gezien als een belangrijke beschermende factor.
- De samenhang met bestaanszekerheid en betaald werk is vooral sterk voor levenstevredenheid, en wat minder voor mentale problemen. Financiële stressoren, zoals een wisselend inkomen, het gevoel van onzekerheid over werk en het maken van schulden, worden allemaal in verband gebracht met een verslechtering van de mentale gezondheid.
- De samenhang tussen leefstijlfactoren en mentale gezondheid verschilt per (deel)populatie en is niet eenduidig. Problematisch of risicovol socialemediagebruik en slaapproblemen laten een sterke samenhang zien met mentale gezondheid, maar deze samenhang is niet voor alle (deel)populaties onderzocht. Cannabisgebruik hangt, waar het is onderzocht, samen met een slechtere mentale gezondheid, en dan vooral met de maten voor mentale problemen. Roken laat ook een negatieve samenhang zien, maar dit geldt niet voor jongvolwassenen. Lichamelijke activiteit laat een wisselend beeld zien en alcoholgebruik een tegenstrijdig beeld. Voor verschillen in vergelijking met de literatuur zijn diverse verklaringen mogelijk, zoals het gebruik van heterogene definities voor de leefstijlfactoren, verschillen in onderzochte uitkomstmaten, verschillen in studieopzet en analyses en de veranderende maatschappelijke context.
- Herkomst en stedelijkheid laten weinig tot geen samenhang zien met mentale gezondheid. Mogelijk speelt er voor herkomst een selectieve non-respons van mensen met niet-Nederlandse herkomst of zijn er culturele invloeden op het beantwoorden van vragen over mentale gezondheid. Voor stedelijkheid kan het zijn dat dit niet per se het meest relevante kenmerk van fysieke woonomgeving is als het gaat om mentale gezondheid.
- Het complexe samenspel van factoren, onderling en met mentale gezondheid, maakt het aanwijzen van één hoofdfactor onmogelijk. Er kan ook sprake zijn van één of meer onderliggende factoren die (deels) verklaren waarom er een samenhang is met mentale gezondheid. Daarnaast kan een factor zowel oorzaak als gevolg van mentale gezondheid zijn.

10.1.3 Gevolgen van mentale (on)gezondheid

- De toegang tot zorg en hulp voor mentale problemen stagneert. Door de hele levensloop heen wordt door een aanzienlijk deel van

de bevolking zorg en hulp gebruikt voor mentale problemen. Dit uit zich voor de ggz in aanzienlijke overschrijdingen van zowel de maximaal aanvaardbare wachtplekken als wachttijden (Treeknormen). De lange wachttijden in de ggz zijn een groot knelpunt en kunnen klachten verergeren of tot ernstige gevolgen leiden. Daarnaast bedragen de medische zorguitgaven voor het totaal aan psychische stoornissen (exclusief dementie en verstandelijke beperking) €489 per persoon per jaar (in 2019), en gemeentelijke uitgaven voor de jeugdhulp variëren van €43 tot €611 per inwoner per jaar (mediaan €274). Zowel de zorg voor jeugdigen als voor volwassenen staan al langer voor grote uitdagingen rond mentale gezondheid.

- Mentale gezondheid speelt een grote rol in arbeidsongeschiktheid, verzuim en productiviteitsverlies. De verzuimkosten door loondoorbetaling bij verzuim wegens psychosociale arbeidsbelasting zijn bijna 5 miljard euro. Voor arbeidsongeschiktheidsuitkeringen wegens psychische problematiek zijn ze 4,6 miljard euro. Het verbeteren van het mentaal welbevinden van volwassenen (18 tot en met 64 jaar) met slechts 1%, kan de maatschappelijke kosten in deze groep met €500 miljoen per jaar verlagen, vooral doordat mensen productiever worden.
- De ziektelast van psychische aandoeningen (exclusief dementie en verstandelijke beperking) is het hoogst van alle aandoeningen, namelijk 44,5 verloren gezonde levensjaren per 1000 inwoners. Het aantal overledenen per 100.000 inwoners als gevolg van psychische stoornissen (82,0 personen) neemt toe met de leeftijd en door de tijd heen. Meer dan 90% hiervan overlijdt aan dementie. Daarnaast is het aantal overledenen per 100.000 inwoners als gevolg van zelfdoding (10,3 personen) redelijk stabiel door de tijd heen.

10.1.4 Aanbevelingen

- Globaal zijn er grote overeenkomsten in aanbevelingen voor de verschillende levensfases. Verschillen zijn er vooral vanwege andere leefomgevingen, zoals gezin, school of werk.
- Een beleid dat gericht is op het verbeteren van de mentale volksgezondheid in alle levensfases vraagt om samenhangende inzet op alle preventie- en zorgniveaus:
  - inzetten op de beïnvloedbare individuele en omgevingsfactoren voor mentale gezondheid, door bevorderende en beschermende factoren te versterken en blootstelling aan risicofactoren te verminderen;
  - versterken van de mentale gezondheid van het individu zelf, zoals het inzetten op de (mentale) gezondheidsvaardigheden van mensen en hen (beter) leren omgaan met stress en druk;
  - vroeg signaleren van risico's en mentale problemen, zodat signalen op tijd worden herkend en er snel en adequaat wordt gehandeld;
  - zorgdragen voor toegankelijke en passende zorg en hulp, voor mensen met mentale problemen en aandoeningen die dit nodig hebben.

  Vroegtijdige inzet op het bewaken, bevorderen en beschermen van mentale gezondheid kan bijdragen aan het verminderen van

de behoefte aan (zwaardere vormen van) zorg en ondersteuning op de langere termijn: voorkomen is beter dan genezen.

- Een systeemgerichte benadering en domeinoverstijgend samenwerken is nodig om deze samenhang te realiseren. In een systeemgerichte benadering wordt mentale gezondheid niet uitsluitend beschouwd als een individuele verantwoordelijkheid, maar als een resultaat van wisselwerking tussen persoon en omgeving: het systeem. Daarmee is mentale gezondheid ook een maatschappelijke opgave en een gedeelde verantwoordelijkheid. Een dergelijke benadering vraagt om:
  - samenwerken met de mensen om wie het gaat, zodat hun perspectieven en behoeften richtinggevend kunnen zijn voor beleid, hulp en zorg;
  - samenwerken tussen beleidsterreinen, zoals gezondheid, onderwijs, arbeid, ruimtelijke ordening, sport en cultuur, volgens het principe van mental health in all policies;
  - versterken van samenwerking binnen het gehele spectrum van mentale gezondheidszorg, van preventie tot herstel;
  - wegnemen van systeem- en structuurbelemmeringen die domeinoverstijgend werken in de weg staan.
- Het faciliteren van kennisgestuurd werken is nodig voor effectief beleid. Een goede aanpak is gebaseerd op de kennis van goede kwaliteit over wat nodig is en wat werkt. Daarom zijn structurele monitoring en verdiepend onderzoek nodig, met invulling van witte vlekken die er nu zijn. Kennisgestuurd werken betekent ook het ondersteunen van professionals bij het toepassen van bestaande kennis in de praktijk, zowel in als buiten de zorg, en in het beleid.

10.2 Mentale gezondheid over de hele levensloop: huidige situatie en trends

10.2.1 Schijnbare tegenstelling tussen hoge levenstevredenheid en voorkomen mentale problemen

In alle levensfases is een groot deel van de bevolking tevreden over het leven en tegelijkertijd rapporteert een aanzienlijk deel mentale problemen, zoals angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken. Tijdens de duidingssessies werd dit door de experts als tegenstelling benoemd: Hoe kunnen deze twee uitkomsten naast elkaar bestaan? Want ondanks dat er niet op individueel niveau naar de samenhang tussen deze uitkomsten is gekeken, betekent dit wel dat ten minste een deel van de personen die mentale problemen rapporteren ook aangeeft tevreden te zijn met hun leven. Hieronder worden drie mogelijke verklaringen voor deze schijnbare discrepantie verder toegelicht.

De twee continua van mentale gezondheid

Mentale gezondheid wordt gevormd door twee samenhangende, maar afzonderlijke onderdelen die allebei een continuüm vormen: mentaal welbevinden (positieve mentale gezondheid) en de aanwezigheid van psychische stoornissen (psychopathologie), zie Figuur 10.1 [36–38]. Omdat beide onderdelen een continuüm vormen, kunnen mentale problemen zich uiten door een laag mentaal welbevinden of door meer

symptomen van psychopathologie[18]. Een hoog mentaal welbevinden betekent niet automatisch dat iemand geen psychische stoornis heeft, maar het kan wel beschermen tegen het ontstaan ervan. Deze twee onderdelen beïnvloeden elkaar voortdurend [39].

Figuur 10.1 Mentale gezondheid volgens het 'twee continua-model' waarin mentaal welbevinden en de psychische stoornissen worden onderscheiden als twee onderdelen van mentale gezondheid[19]

Voorbeeld: Een 50-jarige man is gediagnosticeerd met een depressieve stoornis en ervaart regelmatig somberheid, vermoeidheid en moeite met concentratie. Toch kan hij voldoening halen uit zijn vrijwilligerswerk, zich verbonden voelen met zijn gezin en betekenis ervaren in het helpen van anderen. Ondanks zijn depressieve stoornis ervaart hij zijn leven als zinvol.

Adaptieve stress

In alle levensfases is het normaal om stress, emotionele problemen en onzekerheid te ervaren. Elke levensfase gaat gepaard met levensgebeurtenissen die typisch zijn voor die periode en die bijdragen aan de ontwikkeling van een persoon. Denk bij jongvolwassenen bijvoorbeeld aan het zelfstandig of samen gaan wonen of het starten van een studie of baan. Of denk bij ouderen aan pensionering, het verlies van partner, of het kleiner worden van het sociale netwerk. Deze veranderingen kunnen ingrijpend en spannend zijn en vragen om aanpassing. Dit gaat gepaard met emoties en stress. Adaptieve stress verwijst naar de korte, functionele stressreactie die optreedt wanneer mensen worden geconfronteerd met een uitdaging of bedreiging. Bij een beperkte duur en intensiteit activeert deze reactie fysiologische en psychologische processen die prestaties, alertheid en veerkracht bevorderen. Cruciaal is dat dit type stressreactie beschermend en motiverend werkt, in tegenstelling tot chronische of overmatige stress, die gezondheid en functioneren juist schaadt [40–42].
Mentale problemen die door adaptieve stress kunnen ontstaan, betekenen niet automatisch dat iemand zijn leven als negatief ziet en

[18] Zie voor de hier gehanteerde omschrijving van mentale problemen Tekstbox 1.2.
[19] Figuur aangepast op basis van Westerhof & Keyes (2010) en Iasielle et al (2020) [36,38].

daar ontevreden over is. Veel mensen kunnen hun negatieve gevoelens, zoals angst, goed relativeren: ze begrijpen dat deze stress en negatieve gevoelens logisch en tijdelijk zijn en ze zien ook de positieve kanten van hun situatie. Zo kunnen de veranderingen ook leiden tot waardevolle ervaringen en persoonlijke groei.

Voorbeeld: Een 24-jarige jongvolwassene gaat voor het eerst samenwonen met een partner. Dit is een belangrijke stap in het leven en brengt veel veranderingen met zich mee, zoals het delen van verantwoordelijkheden, het aanpassen aan elkaars gewoontes en het regelen van financiën. Deze situatie kan stressvol zijn, ook al is het een positieve en gewenste ontwikkeling. De jongvolwassene voelt zich soms onzeker en gespannen, maar ervaart tegelijkertijd ook plezier, verbondenheid en groei. De stress die hierbij komt kijken is normaal en hoort bij deze levensfase.

Eigenschappen van de gebruikte meetinstrumenten
De twee voorgaande verklaringen bieden een theoretisch perspectief, gebaseerd op onderliggende psychologische processen. Deze derde verklaring biedt echter een methodologisch perspectief. De schijnbare tegenstelling kan hierbij (deels) komen door de manier waarop levenstevredenheid en mentale problemen gemeten zijn. De verschillende aspecten van mentale gezondheid worden namelijk gemeten op basis van gevalideerde vragenlijsten die zich richten op een bepaald aspect van mentale gezondheid. Zo wordt met de vragenlijst voor angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken, de MHI-5, specifiek gevraagd naar recent ervaren gevoelens, en bijvoorbeeld niet naar ervaren functionele beperkingen of het lijden als gevolg daarvan. Zo blijkt uit de MMMS 2025 dat 42% van de respondenten met angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken geen of een beetje hinder van psychische klachten hadden ervaren in hun functioneren in het afgelopen 12 maanden (uitgevraagd met een andere vraag) [43]. Verder wordt bijvoorbeeld levenstevredenheid gemeten met één heel generieke, brede vraag. Dit wordt door respondenten anders en veel algemener ingevuld dan wanneer aan de hand van enkele items juist heel specifiek wordt gevraagd naar concrete gevoelens of klachten. Generieke vragen neigen naar subjectieve globale beoordelingen, terwijl specifieke vragen meer richting objectieve zelfrapportage van gedrag of gevoelens gaan [44,45].

10.2.2 *Meisjes en vrouwen rapporteren minder welbevinden en meer mentale problemen dan jongens en mannen*

In alle (deel)populaties rapporteren meisjes en vrouwen vaker minder welbevinden en meer mentale problemen dan jongens en mannen. De meest genoemde verklaring door experts is dat sommige indicatoren voor mentale problemen vooral betrekking hebben op internaliserende problemen, die vaker voorkomen bij vrouwen, en minder op gedragsproblemen, die juist vaker bij mannen worden gezien. Zo zijn in Nederland duidelijke verschillen tussen hoofdgroepen van psychische aandoeningen: vrouwen hebben vaker een stemmings- of angststoornis, terwijl mannen vaker een middelenstoornis of ADHD hebben [46]. Echter het blijkt bij meisjes niet alleen te gaan om internaliserende problematiek. Onderzoekers van de HBSC-studie zagen namelijk dat het

percentage meisjes in het voortgezet onderwijs met symptomen van hyperactiviteit en aandachtsproblemen hoger ligt dan onder jongens en dat er geen sekseverschillen in gedragsproblemen zijn [22]. Daarnaast gaven de experts aan dat meisjes en vrouwen mogelijk sneller geneigd zijn om open te zijn over hun mentale problemen dan jongens en mannen, en daarmee ook eerder geneigd zijn deze problemen te rapporteren [47]. Een aanvullende verklaring is dat meisjes vaker zouden co-rumineren dan jongens: het herhaaldelijk bespreken van zorgen, problemen en negatieve emoties met vriend(inn)en. Dit co-rumineren zou kunnen leiden tot een toename van internaliserende mentale problemen bij meisjes [22,48,49].

Baños et al. (2024) maken voor de genderverschillen in mentale gezondheid onderscheid in biologische factoren (zoals hormonale veranderingen), sociaal-constructivistische factoren (zoals bevooroordeelde diagnostische criteria en genderbias bij hulpverleners) en socioculturele factoren (zoals genderdiscriminatie, geweld tegen vrouwen en schoonheidsnormen) [50]. Daarbij geven zij aan dat genderverschillen kunnen leiden tot overdiagnose of onderdiagnose van bepaalde psychische stoornissen, en ook tot verschillende behandelingen [50]. Verschillen tussen meisjes of vrouwen en jongens of mannen kunnen zo afhangen van de aanwezigheid of impact van bepaalde factoren, bijvoorbeeld wanneer meisjes of vrouwen vaker ingrijpende gebeurtenissen meemaken, of wanneer zij sneller stress ervaren door school of studie dan jongens of mannen [51].

10.2.3 Achteruitgang mentale gezondheid vooral in jongere leeftijdsfases

Door het gebruik van verschillende databronnen en indicatoren voor mentale gezondheid bij diverse (deel)populaties, is het lastig om de huidige situatie en trends goed tussen de (deel)populaties te vergelijken. Toch is er een algemeen beeld zichtbaar. Daar waar trendgegevens beschikbaar zijn, duiden deze in het algemeen op een achteruitgang in meerdere aspecten van mentale gezondheid met een tijdelijk dieptepunt tijdens de pandemie. Dit beeld is vooral in de jongere leeftijdsgroepen (kinderen, adolescenten en jongvolwassenen) zichtbaar, en dan vooral bij meisjes en vrouwen.
De huidige situatie voor de verschillende leeftijdsgroepen laat nu een patroon zien waarin de mentale gezondheid in de jongere leeftijdsgroepen van jongvolwassenen en studenten slechter is dan in de oudere leeftijdsgroepen van volwassenen en ouderen.

Dit patroon voor de huidige situatie komt overeen met wat ook in 44 andere landen wereldwijd wordt gevonden in de analyses van Blanchflower et al. (2025). Zij zagen een verandering ten opzichte van het eerdere patroon naar leeftijd vanaf volwassenheid. In dit patroon hadden de cijfers voor mentaal welbevinden naar leeftijd een U-vorm en die voor mentale problemen een omgekeerde U-vorm [52]. Deze vormen ontstonden doordat jongvolwassenen en ouderen voorheen de beste mentale gezondheid rapporteerden en mensen van middelbare leeftijd de slechtste. Deze dip in cijfers voor mentale gezondheid op middelbare leeftijd werd dan gezien als *midlife crisis*. Blanchflower et al. (2025) noemen als belangrijkste oorzaak van deze verandering in het patroon naar leeftijd dat vooral de mentale gezondheid onder jongvolwassenen achteruit is gegaan, zowel in absolute zin als in

vergelijking met oudere leeftijdsgroepen [52]. Zij stellen dat dit niet alleen door de coronapandemie komt, aangezien de daling van de mentale gezondheid onder jongvolwassenen al vóór de pandemie begon, maar dat de pandemie vooral bestaande trends versterkte [52]. Deze daling vóór de pandemie is ook zichtbaar in de Nederlandse kerncijfers voor mentale gezondheid, zoals verzameld in deze Monitor mentale gezondheid.

10.2.4 Mogelijke verklaringen zijn vooral nog hypotheses

Uit diverse onderzoeken en literatuur komen meerdere mogelijke verklaringen naar voren voor de afnemende mentale gezondheid van adolescenten en jongvolwassenen, die al vóór de coronapandemie zichtbaar was. Voorbeelden hiervan zijn een toenemende prestatie- en geluksdruk, groeiende maatschappelijke onzekerheden, een sterkere nadruk op het individu, de opkomst van sociale media, en het onvoldoende leren omgaan met tegenslagen [53–57]. Dit zijn echter vooral hypotheses, waarbij het nog onduidelijk is in hoeverre deze factoren daadwerkelijk een rol spelen [53]. Zo kan bijvoorbeeld tegen het laatste punt, het onvoldoende leren omgaan met tegenslagen, worden ingebracht dat veel studenten angst- of depressiegevoelens rapporteren, maar dat ook veel studenten zelf aangeven veerkrachtig en voldoende weerbaar te zijn. Daarnaast is de aandacht voor mentale gezondheid de laatste jaren sterk toegenomen, mogelijk door publiekscampagnes maar ook vanwege de coronapandemie. Dit heeft mogelijk zowel een betere herkenning en meer openheid als overinterpretatie in zelfrapportages veroorzaakt. Dit wordt de *prevalence inflation hypothesis* genoemd [53,58]. Vooral jongere generaties groeien op in een omgeving waarin praten over mentale problemen normaler is geworden, wat de hogere prevalentiecijfers zou kunnen verklaren.

10.3 Belangrijke factoren voor de mentale gezondheid over de hele levensloop

Er zijn verschillende databronnen en indicatoren voor de factoren voor mentale gezondheid gebruikt bij diverse (deel)populaties. Niet alle factoren bleken beschikbaar voor alle (deel)populaties. Hierdoor is het lastig om de effecten van de factoren op de mentale gezondheid onderling te vergelijken. Daarnaast zijn de analyses naar samenhangen uitgevoerd met een beperkte set indicatoren en uitkomstmaten, zonder rekening te houden met onderlinge invloeden. Tegelijk laten deze analyses wel een aantal opvallende overeenkomsten en verschillen in deze gevonden samenhangen zien tussen de (deel)populaties.

10.3.1 Sterke samenhang tussen ervaren gezondheid en mentale gezondheid

De ervaren gezondheid laat in alle (deel)populaties[20] een sterke samenhang zien met mentale gezondheid: zowel met de gekozen maat voor mentaal welbevinden als met de gekozen maat voor mentale problemen. Zoals ook de experts opmerkten, is ervaren gezondheid een breed begrip. Ervaren gezondheid heeft zowel betrekking op de lichamelijke gezondheid, als op de mentale gezondheid. Daarnaast kan mentale gezondheid van invloed zijn op hoe mensen hun gezondheid

[20] Alleen voor de studenten is deze samenhang niet onderzocht omdat er geen gegevens beschikbaar waren over ervaren gezondheid.

beoordelen. Bovendien beïnvloeden mentale en lichamelijke gezondheid elkaar op een complexe manier [59,60]. Zo gaan chronische lichamelijke problemen/aandoeningen samen met een verhoogd risico op bepaalde psychische problemen/aandoeningen, en andersom. Ook kunnen lichamelijke en mentale problemen dezelfde onderliggende oorzaken hebben, zoals chronische stress door slechte sociaaleconomische omstandigheden. Mentale problemen kunnen zich weer uiten via psychosomatische klachten, zoals buikpijn of vermoeidheid. Het hebben van een chronische aandoening of het achteruitgaan in lichamelijke gezondheid kan bovendien zorgen voor mentale uitdagingen, bijvoorbeeld door veranderingen in functioneren of toekomstperspectief. Als iemand zowel lichamelijke als mentale problemen heeft, is de kans groter dat die persoon vaker ziek is, meer zorg nodig heeft en een lagere kwaliteit van leven ervaart.

10.3.2 Sterke samenhang tussen ervaren sociale steun en mentale gezondheid

Sociale steun is bij de verschillende (deel)populaties op verschillende manieren gemeten, ook afhankelijk van de leefomgevingen waarin deze (deel)populaties zich bewegen, zoals gezin, school of werk[21]. Deze indicatoren lieten in het algemeen een sterke samenhang zien met mentale gezondheid. Ervaren steun en een goede relatie hangen in alle (deel)populaties waarvoor deze indicatoren beschikbaar waren, samen met meer mentaal welbevinden en minder mentale problemen, waarbij de samenhang meestal ook sterk is. Dagelijks contact hangt alleen matig samen met meer welbevinden. De kwaliteit van de contacten lijkt daarmee meer van belang voor mentale gezondheid dan de frequentie.

Deze bevindingen sluiten aan bij de literatuur die sociale verbinding en steun als een belangrijke beschermende factor beschrijven zowel in populatiestudies als in specifieke contexten (werk, studenten, gemeenschappen) [61,62]. Zo fungeert sociale steun in het klassieke Job Demand-Control-(Support)-raamwerk als buffer tegen de negatieve effecten van hoge werkbelasting [63]. Verbetering in sociale cohesie kan bovendien mentale gezondheidsproblemen en gevolgen (zorggebruik, kosten) voorkomen of verlagen [64].

10.3.3 De samenhang met bestaanszekerheid en betaald werk is vooral sterk voor levenstevredenheid

Bestaanszekerheid[22] en betaald werk[23] zijn met verschillende indicatoren gemeten. De mate waarin deze indicatoren samenhangen met mentale gezondheid varieert. Zo hangt bestaanszekerheid bij kinderen niet en bij adolescenten wel samen met mentale gezondheid. Bij de algemene populatie, jongvolwassenen en volwassenen hangen bestaanszekerheid en betaald werk sterk samen met levenstevredenheid en matig tot sterk met angst- of depressiegevoelens. Voor bestaanszekerheid zijn dezelfde samenhangen bij werkenden aanwezig. Bij ouderen hangen

[21] Zo is gevraagd naar ervaren steun (van gezin, van ouders, van vrienden, van vrienden, vereniging, partner en/of familieleden, en van studie), naar het hebben van dagelijks contact (met familie, vrienden of buren), en naar een goede relatie (met klasgenoten).
[22] Indicatoren voor bestaanszekerheid zijn: een lage gezinswelvaart voor kinderen en adolescenten, en een laag inkomen (eerste inkomenskwintiel) en zorgen over financiële toekomst voor algemene populatie, (jong)volwassenen, ouderen en werkenden. Voor studenten ontbrak een geschikte indicator voor bestaanszekerheid.
[23] Betaald werk als indicator is niet beschikbaar of geanalyseerd voor de deelpopulaties kinderen, adolescenten, studenten en werkenden.

bestaanszekerheid, en betaald werk of vrijwilligerswerk matig samen met levenstevredenheid, en alleen betaald werk hangt ook matig samen met angst- of depressiegevoelens.

De experts noemen bestaanszekerheid een belangrijke of zelfs cruciale factor voor mentale gezondheid. Zij benadrukten dat bestaanszekerheid meer is dan alleen financiële zekerheid of het hebben van betaald werk. Bestaanszekerheid is dan ook een verzamelterm voor baanzekerheid, huisvesting, financiële zekerheid en sociale zekerheid. Uit een eerder rapport van de WHO blijkt dat in Europa ongeveer 76% van de ongelijkheden op het gebied van mentale gezondheid te wijten is aan levensomstandigheden en bestaanszekerheid [65]. Financiële stressoren, zoals een wisselend inkomen, het gevoel van onzekerheid over werk en het maken van schulden, worden allemaal in verband gebracht met een verslechtering van de mentale gezondheid [66,67].

10.3.4 Samenhang tussen leefstijlfactoren en mentale gezondheid verschilt per (deel)populatie en is niet eenduidig

De samenhang tussen leefstijl en mentale gezondheid blijkt op basis van de huidige analyses ingewikkeld en verschilt per (deel)populatie. Problematisch of risicovol socialemediagebruik en slaapproblemen laten een sterke samenhang zien met mentale gezondheid, maar deze samenhang is niet voor alle (deel)populaties onderzocht. Slaap is bijvoorbeeld alleen bij studenten gemeten, en problematisch of risicovol socialemediagebruik alleen bij kinderen, adolescenten en studenten. Cannabisgebruik hangt, waar het is onderzocht, samen met een slechtere mentale gezondheid, en dan vooral met de maten voor mentale problemen. Roken laat ook een negatieve samenhang zien, maar dit geldt niet voor jongvolwassenen. Lichamelijke activiteit laat een wisselend beeld zien: bij kinderen, adolescenten en ouderen is er een positieve samenhang met mentale gezondheid, maar bij (jong)volwassenen en werkenden is er geen samenhang gevonden. Alcoholgebruik laat een tegenstrijdig beeld zien. Bij sommige groepen, zoals studenten en jongvolwassen mannen, hangt zwaar drinken samen met een betere mentale gezondheid. Bij andere groepen is er geen of juist een negatieve samenhang. Volgens experts kan dit komen doordat alcoholgebruik in sommige (deel)populaties samengaat met positieve sociale ervaringen.

De leefstijlfactoren lichamelijke activiteit, alcoholgebruik, cannabisgebruik, roken, slaap, en socialemediagebruik worden vaak genoemd als factoren voor mentale gezondheid, zowel door de experts als in de literatuur [68–88]. De sterkste evidentie bestaat voor lichamelijke activiteit en slapen, maar ook roken, alcohol, cannabis en socialemediagebruik zijn relevante factoren. In de analyses voor deze monitor blijkt deze samenhang niet overal (even sterk) aanwezig. Hiervoor zijn verschillende verklaringen mogelijk, zoals het gebruik van heterogene definities voor de leefstijlfactoren (bijvoorbeeld van problematisch socialemediagebruik of binge drinken), verschillen in onderzochte uitkomstmaten (mentaal welbevinden en mentale problemen versus bijvoorbeeld specifieke stoornissen) en de veranderende maatschappelijke context (bijvoorbeeld hogere THC-gehaltes in cannabis of nieuwe socialemediaplatforms). Verschillen met de literatuur kunnen mogelijk ook worden verklaard door verschillen in

studieopzet (cross-sectioneel versus longitudinaal) of door verschillen in analyses, bijvoorbeeld in de mate waarin voor onderliggende kenmerken is gecorrigeerd die zowel leefstijl als mentale gezondheid beïnvloeden.

10.3.5 Herkomst en stedelijkheid laten weinig tot geen samenhang zien met mentale gezondheid

De factoren voor mentale gezondheid zijn gekozen vanwege hun verwachte samenhang met mentale gezondheid [2]. Als die samenhang niet (sterk) zichtbaar is in de analyses, is dat dus opvallend. Dit was bij meerdere (deel)populaties het geval voor de factoren herkomst en stedelijkheid (wonen of naar school gaan in een (grote) stad). Voor herkomst kan het ontbreken van een (sterke) samenhang mogelijk worden verklaard – naast dat het waar zou kunnen zijn – doordat de meeste vragenlijstonderzoeken slechts een beperkt deel van mensen met een niet-Nederlandse herkomst bereiken. Mensen die de Nederlandse taal niet goed beheersen, of minder bekend zijn met het Nederlands zorgsysteem, zijn mogelijk minder geneigd om deel te nemen aan dit soort onderzoeken. Dat geldt vooral bij gevoelige onderwerpen als (mentale) gezondheid. Daarnaast kunnen culturele verschillen invloed hebben op hoe mensen vragen beantwoorden, bijvoorbeeld op hoe mentale klachten worden ervaren of benoemd.

Stedelijkheid is als indicator voor fysieke woonomgeving gebruikt. Een mogelijke verklaring voor het ontbreken van een (sterke) samenhang met mentale gezondheid is dat deze indicator op individueel niveau niet specifiek genoeg is. Stedelijkheid is namelijk bepaald op het niveau van de gemeente waarin iemand naar school gaat (bij kinderen), of waar iemand woont (overige (deel)populaties). Het kan ook zijn dat stedelijkheid geen relevant aspect van fysieke woonomgeving voor mentale gezondheid meet. Andere aspecten van de fysieke woonomgeving, zoals mogelijkheden voor recreatie of groen in de buurt, luchtvervuiling en geluidsoverlast, hangen mogelijk meer samen met mentale gezondheid dan stedelijkheid. Een aanvullende mogelijke verklaring is dat de samenhang met stedelijkheid afhangt van de gebruikte maten voor mentale gezondheid. Zo blijkt er in NEMESIS-3 veelal wel een relatie te zijn tussen stedelijkheid en het voorkomen van veelvoorkomende psychische aandoeningen [89], terwijl hier is gekeken naar de samenhang met levenstevredenheid en angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken.

10.3.6 Het complexe samenspel tussen factoren en mentale gezondheid maakt het aanwijzen van één hoofdfactor onmogelijk

Zoals experts in verschillende duidingssessies hebben aangegeven, hangen de onderzochte factoren vaak onderling samen. Er kan ook sprake zijn van één of meer onderliggende factoren die (deels) verklaren waarom er een samenhang is met mentale gezondheid. In de analyses is hier geen rekening mee gehouden. Daarnaast kan een factor zowel oorzaak als gevolg zijn van mentale gezondheid.

Door deze complexe samenhang van de verschillende factoren onderling en met mentale gezondheid is het niet mogelijk om één factor aan te wijzen als de belangrijkste. Bij het beoordelen van een factor is niet alleen de sterkte van de samenhang relevant. Ook de frequentie waarmee een factor voorkomt in de bevolking (of bij een specifieke

deelpopulatie), en de theoretische en praktische mogelijkheden om deze effectief en efficiënt te beïnvloeden, zijn van betekenis.

Vaak wordt gevraagd naar dé belangrijkste factor om mentale gezondheid te verbeteren. Maar mentale gezondheid is te complex voor één simpele oplossing. Denk aan lichamelijke gezondheid: om verkeersslachtoffers te verminderen, zijn er talloze maatregelen nodig geweest: van infrastructuur en regelgeving tot technologie en gedragsverandering. Net als bij fysieke gezondheid geldt: alleen door breed en samenhangend beleid kunnen we mentale volksgezondheid écht versterken. Eén maatregel is nooit genoeg.

10.4 Belangrijke gevolgen van mentale (on)gezondheid over de hele levensloop

10.4.1 Toegang tot zorg en hulp voor mentale problemen stagneert

Door de hele levensloop heen worden er hulp en zorg gebruikt in verband met mentale problemen. Vanaf de leeftijd van 16 jaar heeft ongeveer een kwart van de huisartspatiënten contact gehad met de huisartsenpraktijk vanwege enigerlei psychisch probleem. Een op de 20 inwoners vanaf 18 jaar is in behandeling bij de specialistische ggz. Dit aantal is het hoogst bij 25- tot en met 34-jarigen en neemt daarna langzaam af. De medische zorguitgaven voor het totaal aan psychische stoornissen (exclusief dementie en verstandelijke beperking) bedragen in 2019 €489 per persoon per jaar.

Naast de (geestelijke) gezondheidszorg worden er andere vormen van zorg en ondersteuning gebruikt, bijvoorbeeld via sociale wijkteams, wmo-voorzieningen, arbodiensten, zelfstandige coaches, onderwijs of jeugdhulp. Van deze zorg en ondersteuning is echter niet goed bekend wat de aard ervan is en of deze te relateren zijn aan mentale gezondheid. Veel van deze vormen van zorg en ondersteuning worden door gemeenten gefinancierd. Zo maakt ongeveer een tiende van de jeugdigen gebruik van jeugdhulp. De variatie hierin tussen gemeenten kan groot zijn. Dit blijkt ook uit de gemeentelijke uitgaven voor de jeugdhulp, die variëren van €43 tot €611 per inwoner per jaar (mediaan €274).

De zorg voor zowel jeugdigen als volwassenen staat al langer voor grote uitdagingen. Het Nederlands Jeugdinstituut (NJi) constateerde in 2019 dat de vraag naar jeugdzorg al twintig jaar groeit [90]. In de basis-ggz heeft 35,9% van de wachttijden een totale wachttijd langer dan de maximaal aanvaardbare totale wachttijd voor intake en behandeling (Treeknorm; 14 weken) en in de gespecialiseerde ggz betreft dit 42,9% van de wachttijden (eerste kwartaal 2023). De lange wachttijden in de ggz zijn volgens de geraadpleegde experts een groot knelpunt en kunnen klachten verergeren of tot ernstige gevolgen leiden. De wachttijden in de ggz zijn al jaren te lang voor een grote groep hulpvragers [91,92]. Naast verergering van klachten kunnen de wachttijden ook leiden tot demotivering om nog in behandeling te gaan, langere en intensievere behandeling, een kleinere kans op (behouden van) betaald werk, psychische problematiek bij naasten, een verhoogde werkdruk bij huisartsen, POH’ers en ggz-professionals [91–94].

10.4.2 *Mentale gezondheid speelt een grote rol in arbeidsongeschiktheid, verzuim en verlies productiviteit*

Psychische klachten zijn een belangrijke reden voor langdurig ziekteverzuim op het werk. Bij 42% van de mensen die een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvingen, zijn mentale problemen de belangrijkste oorzaak. De verzuimkosten door loondoorbetaling bij verzuim wegens psychosociale arbeidsbelasting bedragen bijna 5 miljard euro. Voor arbeidsongeschiktheidsuitkeringen wegens psychische problematiek bedragen ze 4,6 miljard euro. Het is moeilijker om precies aan te geven in hoeverre verzuim op school samenhangt met mentale problemen, omdat hier geen landelijke gegevens over bekend zijn. Uit recente analyses op de NEMESIS-2-data blijkt dat een verbetering van het mentaal welbevinden samengaat met lagere kosten. Dit komt niet alleen doordat er minder zorg nodig is, maar vooral doordat mensen productiever worden [95]. Als het mentaal welbevinden van volwassenen (18 tot en met 64 jaar) met slechts 1% verbetert, kan dat de maatschappelijke kosten in deze groep met ongeveer €50 per persoon per jaar verlagen. Voor heel Nederland betekent dat een besparing van €500 miljoen per jaar [96]. Vergelijkbare onderzoeken in Denemarken laten ook zien dat investeren in mentale gezondheid leidt tot lagere zorgkosten en minder ziekte-uitkeringen [97,98]. Daarnaast draagt het waarschijnlijk ook bij aan een meer veerkrachtige samenleving, een betere kwaliteit van leven en meer stabiliteit op de arbeidsmarkt [96].

10.4.3 *Ziektelast voor psychische aandoeningen het hoogst van alle aandoeningen*

Psychische en gedragsstoornissen (exclusief dementie en verstandelijke beperking) veroorzaken in totaal 783.162 verloren gezonde levensjaren (ziektelast in DALY's); dit komt overeen met 44,5 verloren gezonde levensjaren per 1000 inwoners. De ziektelast van psychische aandoeningen is hiermee het hoogst van alle aandoeningen [99]. Dit komt vooral door de verminderde kwaliteit van *leven* met een psychische aandoening en veel minder door de verloren levensjaren als gevolg van *sterfte* [99].

10.4.4 *Sterfte psychische aandoeningen vooral als gevolg van dementie*

De sterfte als gevolg van psychische aandoeningen bedraagt 82,0 personen per 100.000 inwoners in 2024, inclusief dementie en verstandelijke beperking. Deze sterfte is hoger onder vrouwen dan onder mannen en neemt toe met de leeftijd en door de tijd heen. Meer dan 90% hiervan overlijdt aan dementie, wat de verschillen mogelijk verklaart. Wanneer dementie en verstandelijke beperkingen niet worden meegerekend is het sterftecijfer als gevolg van psychische aandoeningen aanzienlijk lager, namelijk 7,2 personen per 100.000 inwoners. Het aantal overledenen per 100.000 inwoners als gevolg van zelfdoding (10,3 personen in 2024) is redelijk stabiel door de tijd heen. Onder mannen is dit sterftecijfer per 100.000 inwoners hoger (14,0 personen) dan onder vrouwen (6,6 personen). Op middelbare leeftijd is de sterfte als gevolg van zelfdoding het hoogst.

10.5 Beleidsaanbevelingen voor mentale gezondheid vanuit levensloopperspectief

10.5.1 Grote overeenkomsten in aanbevelingen voor verschillende levensfases

In de duidingssessies per deelpopulatie hebben experts aanbevelingen geformuleerd voor het verbeteren van de mentale gezondheid van deze deelpopulaties. Deze aanbevelingen vertonen grote overeenkomsten tussen de verschillende levensfases. De aandachtspunten voor een effectief mentaal gezondheidsbeleid[24] komen in meer of mindere mate overal terug [39,100]. Daarnaast zijn er aanbevelingen die gericht zijn op de factoren in de bredere maatschappelijke context, zoals het terugdringen van prestatiedruk, en op het creëren van noodzakelijke randvoorwaarden, zoals het wegnemen van systeembeperkingen. In de volgende paragrafen worden deze aanbevelingen verder toegelicht. Hierbij gaat Paragraaf 10.5.2 vooral in op de samenhangende inhoud van beleid, Paragraaf 10.5.3 op de manier waarop dit gerealiseerd zou moeten worden en Paragraaf 10.5.4 op een belangrijke randvoorwaarde voor effectief beleid.

Terwijl de aanbevelingen per levensfase globaal grote overeenkomsten vertonen, verschillen de aanbevelingen in de concrete uitwerking ervan. Dit heeft vooral te maken met de verschillen in de omgevingen waarin personen in de verschillende levensfases opgroeien, leven, leren, werken en recreëren, zoals bijvoorbeeld studie of werk. Deze meer concrete aanbevelingen per deelpopulatie zijn in de betreffende hoofdstukken terug te vinden.

10.5.2 Samenhangend beleid nodig op meerdere preventie- en zorgniveaus

Om mee te beginnen, heeft niet iedereen dezelfde mentale kwetsbaarheid en zijn niet alle omstandigheden te beïnvloeden. Een beleid dat gericht is op het versterken van de mentale volksgezondheid in alle levensfases vraagt om het aanbrengen van samenhang, zodat preventie en zorg elkaar versterken. Vroegtijdige inzet op het bewaken, bevorderen en beschermen van mentale gezondheid kan bijdragen aan het verminderen van de behoefte aan (zwaardere vormen van) zorg en ondersteuning op de langere termijn: voorkomen is beter dan genezen. Hoe vroeger kan worden ingegrepen, hoe groter het collectieve rendement in termen van mentale gezondheid en hoe minder schadelijke gevolgen er zijn voor mens en maatschappij [66]. De aanbevelingen van experts laten zich dan ook ordenen naar de volgende vier onderdelen die elkaar in samenhang versterken in effectief mentaal gezondheidsbeleid:

- inzetten op de individuele en omgevingsfactoren die mentale gezondheid kunnen bevorderen of beschermen, en verminderen van de blootstelling aan risicofactoren;
- versterken van de mentale gezondheid van het individu zelf, zoals het inzetten op de (mentale) gezondheidsvaardigheden van mensen en hen (beter) leren omgaan met stress en druk;

[24] Zorg voor een gedeeld begrip over mentale gezondheid, Kies voor beleid in alle fases van de levensloop, Pak mentale problemen bij de oorzaak aan, Breng samenhang aan tussen beleid op verschillend preventieniveaus, Werk aan mentale gezondheid in verschillende beleidsdomeinen, en Werk planmatig en benut beschikbare kennis.

- vroeg signaleren van risico's en mentale problemen, zodat signalen op tijd worden herkend en er snel en adequaat wordt gehandeld;
- zorgdragen voor toegankelijke en passende zorg en hulp, voor mensen met mentale problemen en aandoeningen die dit nodig hebben.

Hieronder worden de meer concrete beleidsaanbevelingen van de experts die betrekking hebben op deze vier onderdelen voor een samenhangend mentaal gezondheidsbeleid verder toegelicht.

Zet in op de beïnvloedbare factoren voor mentale gezondheid
Het is wenselijk dat beleid zich richt op de omgevingen waarin mensen leven, opgroeien, leren en werken. Daarbij kan worden ingezet op het versterken van bevorderende en beschermende factoren – zoals sociale steun, veilige leefomgevingen en positieve school- en werkculturen – en op het beperken van blootstelling aan risicofactoren, waaronder langdurige stress, uitsluiting of prestatiedruk.

Mentale gezondheid wordt door de experts gezien als een maatschappelijk vraagstuk en niet als een puur individueel probleem. Dit komt ook prominent terug in het recente advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, die daarom spreekt over 'mentale *volks*gezondheid' [57]. Bestaanszekerheid, onder andere via financiële stabiliteit, geschikte en betaalbare huisvesting, en een gezonde leefomgeving worden door de experts genoemd als belangrijke basisvoorwaarden voor een mentaal gezonde ontwikkeling. Een stevige inzet op deze sociaaleconomische factoren wordt veelvuldig in de literatuur beschreven als een relevante strategie voor het verbeteren van de mentale volksgezondheid [66,101,102].
Voor jeugdigen, jongvolwassenen en studenten worden ook andere, veelal maatschappelijke, factoren genoemd die specifiek voor hun toekomstperspectief van belang zijn, zoals prestatie- en geluksdruk, de invloed van de digitale omgeving en sociale media, de klimaatcrisis en andere globale crises. Deze maatschappelijke factoren komen grotendeels ook terug in de literatuur [53,55,56]. Vooral in relatie tot het onderwijs is het volgens de experts belangrijk dat het idee van 'goed genoeg' de norm wordt. Leerlingen hoeven niet altijd perfect te presteren. Het is belangrijker dat zij zich veilig voelen en steun krijgen.

Werk (betaald maar ook vrijwilligerswerk) kan volgens de experts de mentale gezondheid beschermen en bevorderen, mits er aandacht is voor balans, autonomie en levensfase. Zij geven aan dat veel werkgerelateerde factoren die relevant zijn om op in te zetten, niet in de monitor zijn meegenomen. Deze werkgerelateerde factoren worden in de literatuur benoemd als belangrijke aangrijpingspunten voor preventie [67]. De overgang van opleiding naar werk vraagt volgens de experts extra aandacht voor jongvolwassenen, terwijl vooral bij ouderen ook vrijwilligerswerk van belang is.

De experts adviseren in het algemeen om meer in te zetten op sociale cohesie en gemeenschapszin in de verschillende leefomgevingen van mensen. Gemeenschapszin en actieve deelname aan de gemeenschap dragen volgens hen bij aan een betere mentale gezondheid. Belangrijke

aandachtspunten vinden zij inclusiviteit en aandacht voor kwetsbare groepen. Voor jeugdigen betekent dit onder andere dat er geïnvesteerd moet worden in een sterke opvoedkundige basis. Ook voor andere levensfases is sociale verbondenheid via clubs, verenigingen, school, werk of buurtinitiatieven van groot belang. Ook deze aanbevelingen van de experts sluiten aan bij de literatuur [56,66]. De Raad voor de Samenleving & Volksgezondheid noemt in zijn advies expliciet verbinding en een inclusieve omgeving waarin verscheidenheid als waarde wordt gezien als belangrijke richtingen voor het verbeteren van de mentale volksgezondheid [57].

Versterken van de mentale gezondheid van het individu zelf
Het bevorderen van bijvoorbeeld mentale veerkracht en (mentale) gezondheidsvaardigheden van mensen kan hen helpen om beter om te gaan met stress, druk en tegenslagen. Initiatieven die direct zijn gericht op het vergroten van zelfvertrouwen, verbondenheid en copingvaardigheden kunnen hieraan ondersteunend zijn.

Experts vinden het daarom belangrijk om direct te investeren in het versterken van (aspecten van) mentale gezondheid. Dit is niet alleen belangrijk vóórdat er problemen ontstaan, maar zeker ook als er al problemen of stoornissen zijn. Specifiek noemen de experts het versterken van veerkracht, zelfregie en (mentale) gezondheidsvaardigheden.
Door het versterken van de mentale gezondheid zijn mensen beter opgewassen tegen de invloed van risicofactoren, wordt de kans op (verergering van) mentale problemen kleiner en de kans op herstel groter. Om bijvoorbeeld goed om te gaan met stress, tegenslag en prestatiedruk, moeten mensen leren hoe ze mentaal sterk kunnen blijven. Dit begint al op jonge leeftijd. Daarom is het belangrijk dat scholen – van basisschool tot hoger onderwijs – structureel aandacht besteden aan mentale gezondheid [103–107]. Ook op het werk moet er ruimte zijn voor persoonlijke groei, zelfbewustzijn en weerbaarheid.

Verder vinden experts het belangrijk dat mentale gezondheid een normaal gespreksonderwerp wordt, en dat het taboe op mentale problemen wordt doorbroken. Mentale gezondheid moet bespreekbaar zijn op school, op het werk en in het dagelijks leven. Het is normaal om je soms minder goed te voelen. Experts vinden dat dit ook zichtbaar moet zijn in campagnes, in het onderwijs en op de werkvloer. Als we hier open over praten, wordt het makkelijker voor mensen om hulp te zoeken. Volgens de literatuur verdienen deze opvattingen wel de nodige nuancering. Mede door mediacampagnes die mentale gezondheid bespreekbaar maken, zou het stigma vooral langzaam afnemen rond veelvoorkomende en mildere psychische klachten, zoals burn-out, somberheid en angst. Echter voor ernstigere en complexere psychische aandoeningen geldt dit waarschijnlijk nog niet [53,108]. Daarnaast ontstaat het risico van medicalisering van mildere problemen, en speelt de afname in stigma mogelijk een rol in toegenomen zorggebruik. Mensen zouden steeds minder een drempel ervaren om hulp te zoeken voor hun mentale problemen. Er is echter niet veel literatuur waarmee deze hypothese kan worden gestaafd [53].

Vroegsignalering van risico's en mentale problemen
Het inzetten op factoren en het versterken van mentale gezondheid is belangrijk, maar soms is dat niet genoeg. Een samenhangend beleid omvat daarom ook aandacht voor vroegtijdige herkenning van risico's en beginnende mentale problemen. Wanneer signalen tijdig worden opgemerkt door ouders, scholen, werkgevers of professionals, kan er sneller en adequater worden gehandeld, wat verergering van problemen kan helpen voorkomen.

Experts benoemen dan ook dat het belangrijk is om risico's en mentale problemen vroeg te herkennen. Het is belangrijk om alert te zijn, bijvoorbeeld bij kinderen in een onveilige thuissituatie, mensen die overbelast zijn, of mensen met langdurige financiële zorgen. Het is belangrijk dat dit op tijd wordt gesignaleerd en dat er snel en goed wordt gehandeld, met waar nodig toeleiding naar passende hulp en zorg. Vroegsignalering moet plaatsvinden op verschillende plekken: op school, op het werk, in de wijk en bij de huisarts. Hoe eerder deze risico's en problemen worden herkend, hoe groter de kans dat problemen kunnen worden voorkomen of beperkt. Naast welzijns- en zorgprofessionals, hebben ook andere professionals, zoals in het onderwijs, op het werk of in de schuldhulpverlening, hierin een belangrijke rol. Zij kunnen volgens de experts bijvoorbeeld letten op signalen van stress, overbelasting of teruggetrokken gedrag. Als deze signalen op tijd worden opgemerkt, kunnen mensen tijdig de juiste hulp of zorg krijgen om te voorkómen dat de klachten verergeren. Om mentale problemen vroeg te signaleren, kan systematische screening van bijvoorbeeld hoogrisicogroepen worden overwogen. Het moet dan wel duidelijk wetenschappelijk zijn aangetoond of de voordelen opwegen tegen mogelijke nadelen, zoals medicalisering, overdiagnose en -behandeling [109].

Toegankelijke en passende zorg en hulp
Voor mensen die het nodig hebben, ook bij vroegsignalering, is het belangrijk dat er goede zorg en hulp voor mentale problemen beschikbaar is. Die zorg en hulp moet toegankelijk zijn, dat wil zeggen: laagdrempelig, vindbaar, betaalbaar, tijdig en zonder stigma. Tevens dient de hulp en zorg passend te zijn: aansluitend op de voorkeuren, doelen en sociale context van de persoon (persoonsgericht), afgestemd op de ernst en risico's van de problemen, en bewezen effectief. Zo kan er onderscheid gemaakt worden tussen zorg en hulp voor lichte, enkelvoudige problematiek en voor ernstige of meervoudige en complexere problematiek.

Soms is er volgens de experts voor lichte en enkelvoudige problematiek meer mogelijk en nodig dan alleen traditionele zorg. Zij noemen bijvoorbeeld coaches, studentpsychologen, peersupport (steun van mensen met vergelijkbare ervaringen of die uit dezelfde leefwereld komen) en digitale hulpmiddelen [110]. Deze kunnen ingezet worden om de wachttijden te voorkomen of te overbruggen. Inzicht in het aanbod en gebruik hiervan ontbreekt echter, evenals inzicht in de geleverde kwaliteit. Daarnaast moeten volgens de experts de zorg en hulp flexibel zijn, zodat het door minder regels en bureaucratie makkelijker wordt om snel te helpen. Dit is volgens de experts nodig om de ggz toegankelijk te houden voor mensen met complexe problemen.

De toegankelijkheid en toekomstbestendigheid van de ggz staan hoog op de agenda, met name veroorzaakt door de wachtlijstproblematiek en een toenemend capaciteitstekort, naast inhoudelijke vraagstukken over de kwaliteit van zorg [29,92]. Volgens de experts in de duidingssessie is een belangrijke verklaring voor de lange wachttijden in de ggz de neiging tot overbehandelen van personen met relatief lichte zorgvragen, en (mede hierdoor) het onderbehandelen van mensen met complexere zorgvragen. De oorzaken zijn echter meer gecompliceerd. Boumans et al. (2023) concluderen dat verschillende hervormingen in de ggz onvoldoende rekening hebben gehouden met de complexe werkelijkheid van vele factoren die de zorgbehoefte van de populatie beïnvloeden en de structurele- en systeembelemmeringen die verandering in de weg zitten. Zij pleiten daarom voor vernieuwing binnen én buiten de ggz, en voor stimulering van de onderlinge samenhang daartussen [29]. Het recent verschenen IBO-onderzoek noemt vier kernoorzaken: het ontbreken van een gerichte en structurele overheidsaanpak op preventie, een vraag die groter is dan het aanbod, het onvoldoende tot stand komen van het benodigd aanbod, en versnippering. Deze oorzaken zijn deels direct gerelateerd aan de inrichting van het stelsel van zorg en ondersteuning, dat, volgens dit onderzoek, in de huidige vorm onhoudbaar is [92].

Ten aanzien van de hulp en zorg voor jeugdigen, heeft het Nederlands Jeugdinstituut in 2019 aangegeven dat extra geld om de groei van het jeugdzorggebruik op te vangen niet genoeg is. Het is volgens hen belangrijk om ervoor te zorgen dat jeugdzorg minder nodig wordt door het in samenhang verbeteren van vier kerningrediënten van het jeugdstelsel. Dit zijn: een sterke basis, goede preventie, een sterke eerste lijn, en een intensievere jeugdzorg met duurzame effecten [90]. Aanvullend constateerde het NJi in 2023 dat het niet voldoende is om alleen naar het jeugddomein te kijken, maar dat toekomstplannen voor de samenleving het pedagogisch perspectief standaard moeten meenemen [56].

10.5.3 Systeemgerichte benadering en domeinoverstijgend samenwerken nodig voor samenhang

Het realiseren van een samenhangend beleid voor het verbeteren van de mentale gezondheid, zoals beschreven in de voorgaande paragraaf, vraagt volgens de experts om een systeemgerichte en domeinoverstijgende benadering. In een systeemgerichte benadering wordt mentale gezondheid niet uitsluitend beschouwd als een individuele verantwoordelijkheid, maar als een resultaat van wisselwerking tussen persoon en omgeving: het systeem. Daarmee is mentale gezondheid ook een maatschappelijke opgave en een gedeelde verantwoordelijkheid. Een dergelijke benadering vraagt om:

- samenwerking met de mensen om wie het gaat, zodat hun perspectieven en behoeften richtinggevend kunnen zijn voor beleid, hulp en zorg;
- samenwerken tussen beleidsterreinen – zoals gezondheid, onderwijs, arbeid, ruimtelijke ordening, sport en cultuur – volgens het principe van *mental health in all policies*;
- versterken van samenwerking binnen het gehele spectrum van mentale gezondheidszorg, van preventie tot herstel;

- wegnemen van systeem- en structuurbelemmeringen die integrale samenwerking in de weg staan.

Hieronder worden de meer concrete beleidsaanbevelingen van de experts die betrekking hebben op deze vier onderdelen voor systeemgerichte en domeinoverstijgende benadering verder toegelicht.

Samenwerken met de mensen om wie het gaat
De experts benadrukken dat het belangrijk is om samen te werken met de mensen om wie het gaat. Zij moeten zelf invloed kunnen hebben op passende hulp, zorg en beleid. Als mensen actief meedenken en meebeslissen, worden hulp, zorg én beleid beter en effectiever en geef je hun de eigen regie. Dat geldt voor jeugdigen, (jong)volwassenen ouderen, studenten en werkenden. Door aan te sluiten bij hun taal, ervaringen en leefwereld, benut je hun kennis en sluit de hulp, zorg en het beleid beter aan bij wat zij echt nodig hebben.

Samenwerken tussen beleidsterreinen
Factoren die voor mentale gezondheid belangrijk zijn, liggen voor een groot deel buiten de invloedssfeer van de zorg [39,57,101]. Om effectief aan mentale gezondheid te werken is het daarom nodig om samen te werken met andere sectoren dan die van (volks)gezondheidzorg en welzijn [111]. Vanwege het complexe samenspel van de factoren voor mentale gezondheid is het bovendien belangrijk om dat in samenhang te doen. Als het gaat over beleid, wordt dit *mental health in all policies* genoemd, ofwel mentale gezondheid in alle beleidsdomeinen [111,112].

Versterken van samenwerking binnen het gehele spectrum van mentale gezondheidszorg
Experts vinden preventie belangrijk in zowel het medische als het sociaal domein. Daarvoor dienen verschillende professionals werkzaam in deze domeinen kennis en middelen te hebben. Experts pleiten onder andere voor laagdrempelige interventies binnen de huisartsenpraktijk. Onderwijs, zorg, gemeenten, welzijn, werkgevers en de overheid moeten volgens de experts samen optrekken. Daarbij moet volgens de experts ook aandacht zijn voor de samenhang tussen omgeving én individu, met bijvoorbeeld voor jeugdigen bijzondere aandacht voor het versterken van de pedagogische driehoek (jeugdige-ouder-school).

Wegnemen van systeem- en structuurbelemmeringen
Daarnaast is samenwerking binnen de zorg voor mentale gezondheid nodig in het hele spectrum: promotie, preventie, zorg, herstel en re-integratie [92,113]. Om de samenwerking makkelijker te maken en mensen niet tussen wal en schip te laten vallen, moeten volgens de experts de schotten tussen domeinen en financiering verdwijnen. Het vormgeven en faciliteren van samenwerking tussen de zorgdomeinen en het wegnemen van systeem- en structurele belemmeringen, zijn hierbij grote uitdagingen [29,56,92].

10.5.4 Kennisgestuurd werken faciliteren voor effectief beleid

Een goede aanpak is gebaseerd op kennis over wat nodig is en wat werkt. Daarom zijn er volgens de experts structurele monitoring en verdiepend onderzoek naar bijvoorbeeld factoren nodig. Er zijn nog witte vlekken die ingevuld moeten worden, zoals het gebrek aan structurele

gegevens over (aspecten van) de mentale gezondheid van kinderen, mbo-studenten en mantelzorgers, of over maatschappelijke factoren zoals prestatiedruk en bestaanszekerheid. Ook zijn er witte vlekken in de gegevens over de gevolgen van mentale gezondheid, zoals gegevens over het gebruik van hulp en zorg in de verschillende zorgdomeinen, maar bijvoorbeeld ook over schoolverzuim. Het is daarvoor belangrijk dat het gebruik en verzuim specifiek geregistreerd zijn als gevolg van mentale problemen [114]. Het IBO-onderzoek constateert dan ook dat de kennisbasis voor effectief mentaal gezondheidsbeleid substantiële lacunes kent [92].

Daarnaast is het volgens de experts belangrijk dat professionals ondersteuning krijgen bij het toepassen van bestaande kennis in de praktijk, niet alleen in, maar ook buiten de zorg, zoals bij gemeenten, onderwijsinstellingen en werkgevers. Onder andere het faciliteren van de uitwisseling van ervaringen en goede voorbeelden kan hierbij helpend zijn.

11 Methodologische beschouwing

Bij het lezen van de landelijke Monitor mentale gezondheid zijn er verschillende methodologische overwegingen van belang. Deze beschouwing biedt inzicht in de belangrijkste aandachtspunten die van invloed zijn op de duiding en bruikbaarheid van de gepresenteerde cijfers.

11.1 Representativiteit databronnen op basis van zelfrapportage

Deze monitor bundelt gegevens over mentale gezondheid uit verschillende databronnen voor verschillende (deel)populaties in Nederland. De gegevens komen vooral uit vragenlijsten die mensen zelf invullen, op papier of online. Soms worden er ook interviews gebruikt. Er zijn alleen databronnen gekozen die methodologisch goed opgezet zijn en herhaalde metingen hebben. Zo kunnen ook trends over de tijd onderzocht worden. Specifiek zijn er ook alleen databronnen gekozen met een landelijke, representatieve steekproef. Hierdoor zijn de resultaten in principe een goede afspiegeling van de hele bevolking, ofwel representatief voor de betreffende (deel)populatie. Toch kan het al dan niet deelnemen van bepaalde groepen de representativiteit negatief beïnvloeden. Om de vertekening zo klein mogelijk te maken, zijn voor de meeste databronnen de cijfers gewogen gepresenteerd, waarbij de cijfers gecorrigeerd zijn voor demografische verschillen tussen de deelnemers en de gehele bevolking. Echter bij uitsplitsing van de cijfers, bijvoorbeeld over leeftijdsgroepen, kunnen bij weging de cijfers toch nog wat vertekening hebben.

Daarnaast zijn de cijfers niet altijd te generaliseren naar de hele populatie omdat niet altijd iedereen wordt uitgenodigd of mee kan doen aan de onderzoeken. Bijvoorbeeld, veel databronnen voor ouderen nodigen alleen zelfstandig wonende ouderen uit om deel te nemen en niet de ouderen die in instellingen wonen. Daarmee zijn hun cijfers niet representatief voor *alle* ouderen in Nederland, maar alleen voor de ouderen die zelfstandig wonen. Een ander voorbeeld is dat mensen die de Nederlandse taal niet machtig zijn vaak niet deel kunnen nemen aan de onderzoeken.

De mate van representativiteit is minder bepalend wanneer met dezelfde databronnen samenhang wordt onderzocht, zoals in de paragrafen die de samenhang van verschillende factoren met mentale gezondheid beschrijven. Daarnaast zal de analyse voor de trends van de cijfers ook minder gevoelig zijn voor mogelijke vertekening, doordat de databronnen veelal steeds op eenzelfde manier verzameld zijn en de vertekening tussen de tijdstippen daarmee waarschijnlijk niet sterk verschilt.

11.2 Representativiteit databronnen op basis van registraties

Registraties, zoals die zijn gebruikt voor cijfers over de gevolgen van mentale (on)gezondheid, hebben wat betreft representativiteit grote voordelen. In het geval van mentale gezondheid is echter het goed om te beseffen dat deze registraties ook niet altijd de hele populatie

weergeven. Niet iedereen gaat bijvoorbeeld naar een huisarts voor mentale problemen, en zorg en hulp kan ook buiten de reguliere kanalen worden gezocht. Hierdoor kunnen deze registratiecijfers een onderschatting geven van het daadwerkelijke gebruik van hulp en zorg voor mentale problemen en psychische aandoeningen. Daarnaast zijn registratiecijfers vaak niet opgezet voor het doen van onderzoek, waardoor ze niet altijd voldoende onderscheid laten zien. Bijvoorbeeld, veel hulp voor mentale gezondheid is ingericht via gemeenten, zoals voor jeugdigen, maar welk aandeel van de geboden hulp betrekking heeft op mentale gezondheid is hierbij niet goed vast te stellen. Aan de ene kant omdat het niet als zodanig geregistreerd wordt, of aan de andere kant omdat de hulp vaak breder wordt ingezet waardoor ze niet specifiek als hulp voor mentale gezondheid te onderscheiden is.

11.3 Representativiteit duidingssessies

Representativiteit speelt ook een rol bij de duiding door experts in de hiervoor georganiseerde sessies. In deze sessies is er voor iedere deelpopulatie een representatieve vertegenwoordiging van verschillende perspectieven nagestreefd door onderzoekers, beleidsmakers, praktijkprofessionals en de doelgroep zelf uit te nodigen. Daarmee zijn we erin geslaagd om vanuit verschillende perspectieven input te verzamelen, ondanks dat niet altijd de variatie binnen deze verschillende perspectieven even goed vertegenwoordigd is. Mentale gezondheid is een breed veld, wat betreft zowel onderzoek, beleid als praktijk, met vele experts die verschillende kennis kunnen inbrengen. Gezien de breedte van en variatie binnen het werkveld zal het deelnemersveld nooit helemaal compleet kunnen zijn, en zal niet alle relevante expertise binnen deze kennisbronnen volledig benut zijn. Daarnaast zijn ook niet alle bevindingen uitgebreid besproken door de aanwezige experts, waardoor het niet duidelijk is of bepaalde duidingen door meerdere deelnemers wordt gedeeld. Ondanks deze kanttekeningen valt op dat er veel overeenkomsten zijn in bijvoorbeeld de aanbevelingen voor beleid die de experts voor de verschillende (deel)populaties hebben gedaan. Daarnaast kwamen er weinig nieuwe inzichten meer bij, wat erop wijst dat de belangrijkste informatie is verzameld. Eventuele verschillen tussen aanbevelingen en duidingen tussen deelpopulaties blijken vooral terug te voeren op verschillen in relevante leefomgevingen, hoewel dit ook veroorzaakt kan zijn omdat er verschillende experts per levensfase zijn geraadpleegd. Tegelijk is dit juist de bedoeling vanwege het aansluiten op de kennis en leefwereld die per deelpopulatie verschilt en het beoogde draagvlak voor de opbrengsten van de duidingssessie.

11.4 Witte vlekken door gemis van geschikte indicatoren

In deze rapportage worden verschillende zogenaamde ‘witte vlekken’ zichtbaar door het bij elkaar brengen van cijfers uit alle verschillende databronnen die informatie bieden over de onderdelen van het conceptueel monitormodel mentale gezondheid. Voor geen enkele (deel)populatie zijn alle indicatoren beschikbaar die samen inzicht geven in alle bouwstenen van mentale gezondheid, zie ook Bijlage 6. Daarnaast zijn er witte vlekken als het gaat om geschikte indicatoren voor samenhangende factoren en gevolgen van mentale (on)gezondheid. Vooral informatie over maatschappelijke factoren, zoals prestatiedruk, maar bijvoorbeeld ook informatie over traumatische

gebeurtenissen en slaap ontbreken, een uitzondering daargelaten, zie Bijlage 4. Een volledig inzichtelijk beeld in de mentale gezondheid van de Nederlandse populatie kan dus ook in deze monitor niet gegeven worden.

Deze witte vlekken komen vooral doordat gebruikgemaakt is van bestaande databronnen. Bestaande databronnen zijn vanuit een ander doel dan deze Monitor mentale gezondheid ingericht, bijvoorbeeld voor het informeren van gezondheidsbeleid breed, om internationale vergelijkingen mogelijk te maken, of om de sociale staat van Nederland in kaart te brengen. Hierdoor wordt soms maar een deel van de indicatoren of van de (deel)populaties bevraagd of geregistreerd. Verder hebben sommige databronnen te weinig metingen om trends te onderzoeken, bijvoorbeeld omdat ze zijn gestopt of gaan stoppen. Andere indicatoren zijn niet genoeg toegespitst op mentale gezondheid, zoals bij schoolverzuim waarvoor geen reden wordt geregistreerd. Factoren worden ook op verschillende manieren uitgevraagd in de databronnen en waardoor ze niet altijd één-op-één vergelijkbaar zijn tussen (deel)populaties. Dit kan logisch zijn, bijvoorbeeld omdat in de verschillende levensfases andere indicatoren voor bepaalde factoren relevant zijn.

Het signaleren van deze 'witte vlekken' om een volledig beeld te geven van de mentale gezondheid in Nederland is een belangrijke uitkomst van deze monitor. Het helpt om te bepalen welke informatie in de toekomst verzameld moet gaan worden omdat deze nog niet beschikbaar is, maar wel noodzakelijk is om het landelijk beleid volledig te kunnen informeren.

11.5 Verschillen in uiting van symptomen tussen groepen

Niet iedereen laat op eenzelfde manier zien of ze mentaal gezond zijn. Hoewel in veel van de databronnen gebruik is gemaakt van veelgebruikte gevalideerde vragenlijsten, weten we dat ook deze vragenlijsten soms klachten kunnen missen of de verschillen tussen mensen met verschillende demografische kenmerken kunnen vertekenen. Mentale gezondheidsproblemen komen bijvoorbeeld vaker voor bij vrouwen dan bij mannen, dat zien we ook in deze monitor. Maar dit is wel afhankelijk van welk aspect van mentale gezondheidsproblemen wordt onderzocht. Depressie en angst komen meer voor bij vrouwen, terwijl problemen met het gebruik van middelen of ADHD juist meer bij mannen voorkomen. Het in deze monitor gevonden verschil in mentale gezondheid tussen mannen en vrouwen zou daarom deels kunnen komen doordat er meer gevraagd is naar klachten die vaker bij vrouwen voorkomen. Net als bij andere aspecten van gezondheid, kunnen klachten over mentale gezondheid zich anders presenteren per geslacht. Dit is bijvoorbeeld ook bekend voor hartproblemen waar de klachten bij vrouwen vaak een diffuser patroon hebben dan bij mannen. Het anders presenteren kan leiden tot zowel een over- als onderschatting van de problematiek, of grotere of kleinere verschillen opleveren dan nu zijn gemeten. Dit geldt niet alleen voor het verschil tussen geslacht maar ook voor verschillen tussen leeftijdsgroepen. Jongere generaties lijken makkelijker te praten over mentale gezondheid dan oudere generaties. Of ze verschillen tussen

mensen met een ander land van herkomst, waar symptomen bijvoorbeeld in meer of juist mindere mate somatisch benoemd worden.

11.6 Samenhang tussen factoren en mentale gezondheid

Voor de verschillende deelpopulaties gaven experts aan dat er nog veel vragen zijn over de manier waarop de samenhang tussen factoren en mentale gezondheid is onderzocht. Daar zijn inderdaad enkele methodologische kanttekeningen bij te maken.
Het eerste punt betreft de keuze van de indicatoren. Voor elke factor is per (deel)populatie één beschikbare indicator gebruikt. Bij sommige individuele of omgevingsfactoren is het de vraag of de gekozen indicator het meest relevante aspect van deze factor voor mentale gezondheid in de betreffende deelpopulatie weergeeft.

Het tweede punt betreft de keuze voor indicatoren voor mentale gezondheid waarvoor de samenhang met factoren is geanalyseerd. Dit is telkens gebeurd voor één indicator voor mentaal welbevinden en één indicator voor mentale problemen. Mogelijk zijn er factoren die juist met andere aspecten van mentale gezondheid samenhangen dan waar deze indicatoren betrekking op hebben.

Ten derde hadden de experts behoefte aan nadere analyses waarbij rekening zou worden gehouden met de onderlinge relaties tussen de factoren onderling. Dit betreft zowel analyses waarin gecorrigeerd wordt voor de invloed van andere factoren, als analyses die kijken naar het samengaan van meerdere factoren, wat nuttig kan zijn om hoogrisicogroepen aan te wijzen. Dergelijk verdiepend onderzoek valt echter buiten de scope van de huidige monitor.

Een vierde punt is aanvullend op de door experts genoemde punten. Dit is het punt dat de samenhangen onderzocht zijn met gegevens die op hetzelfde moment zijn verzameld. Daarmee kunnen ook geen veronderstellingen worden gedaan over de temporaliteit (welke factor als eerste aanwezig is), causaliteit (wat oorzaak of gevolg is), of bidirectionaliteit (wederzijdse beïnvloeding) op basis van deze monitor. Om hier meer inzicht in te krijgen, is verdiepende onderzoek van zowel bestaande literatuur als data nodig.

Het laatste punt betreft de verwachting dat op basis van deze samenhangen te bepalen zou zijn welke factoren de *meest* belangrijke zijn voor het beleid. Daarvoor is echter meer informatie nodig dan alleen de aan- of afwezigheid van een samenhang tussen een factor en mentale gezondheid, zoals hoe vaak een factor voorkomt (prevalentie) en wat de sterkte van de samenhang met mentale gezondheid is. Een factor die veel voorkomt en tot een kleine verbetering in de individuele mentale gezondheid leidt, kan op het niveau van de maatschappij (mentale *volks*gezondheid) meer effect sorteren dan een factor die tot veel verbetering leidt op individueel niveau maar die heel weinig voorkomt in de populatie. Verder is het belangrijk dat er theoretische effectieve en praktisch haalbare mogelijkheden zijn om op een factor te interveniëren en vervolgens moet dit de mentale volksgezondheid ook daadwerkelijk verbeteren.

Het combineren van deze informatie is essentieel om beleid goed te kunnen informeren over *de meest* kansrijke factoren voor het verbeteren van de mentale volksgezondheid. Overigens komen alle factoren in het conceptueel monitormodel mentale gezondheid voort uit een gefundeerde selectie uit de literatuur, toegespitst op hun relevantie voor mentaal volksgezondheidsbeleid, mede gebaseerd op bovenstaande overwegingen. De bevindingen van de huidige monitor geven daarmee vooral verder richting over waar potentiële aangrijpingspunten liggen voor het verbeteren van de mentale volksgezondheid.

12 Conclusies

In deze landelijke rapportage van de Monitor mentale gezondheid zijn de resultaten beschreven van een integrale analyse en duiding van de huidige stand van zaken en ontwikkelingen van de mentale gezondheid van de Nederlandse bevolking en de deelpopulaties kinderen, adolescenten, jongvolwassenen, volwassenen, ouderen, studenten en werkenden.

De belangrijkste bevindingen worden hieronder per onderzoeksvraag beknopt beschreven. Voor een volledige weergave van de informatie verwijzen we naar de voorgaande hoofdstukken en de bijlagen.

12.1.1 *Wat is de huidige stand van zaken en wat zijn belangrijke ontwikkelingen rondom de mentale gezondheid van de Nederlandse bevolking en deelpopulaties?*

- Op basis van de meest recente cijfers is een groot deel van de Nederlandse bevolking tevreden over het leven. Dit geldt ook voor de afzonderlijke deelpopulaties. Tegelijk rapporteert een groot deel mentale problemen, zoals angst- of depressiegevoelens. Dit lijkt tegenstrijdig, maar er zijn verklaringen voor, zoals de twee continua van mentale gezondheid: mentaal welbevinden en psychopathologie.
- Meisjes en vrouwen rapporteren in het algemeen minder welbevinden en meer mentale problemen dan jongens en mannen. Mogelijk komt dit (deels) door de gekozen indicatoren die meer gericht zijn op problemen die vaker bij meisjes en vrouwen voorkomen.
- Mentale gezondheid is vooral in jongere leeftijdsgroepen achteruitgegaan. Deze achteruitgang heeft zich al vóór de coronapandemie ingezet, en deze trend is duidelijker zichtbaar bij meisjes en vrouwen. Mogelijke, vooral hypothetische, verklaringen voor de achteruitgang zijn onder andere een toenemende prestatie- en geluksdruk, groeiende maatschappelijke onzekerheden en de toenemende aandacht voor mentale gezondheid.

12.1.2 *Welke factoren voor mentale gezondheid spelen een belangrijke rol?*

Kijkend naar de onderzochte factoren valt het volgende op over de samenhang met mentale gezondheid:

- Ervaren gezondheid hangt sterk samen met mentale gezondheid, net als ervaren sociale steun in verschillende leefomgevingen, zoals gezin, school of werk.
- De samenhang met bestaanszekerheid en betaald werk is vooral sterk voor levenstevredenheid, en minder voor mentale problemen. Ook de experts en de literatuur noemen deze factoren als belangrijk voor de mentale gezondheid.
- De samenhang tussen leefstijlfactoren en mentale gezondheid verschilt per (deel)populatie en is niet eenduidig. Problematisch of risicovol socialemediagebruik en slaapproblemen laten een sterke samenhang zien met mentale gezondheid, maar deze samenhang is niet voor alle (deel)populaties onderzocht.

Cannabisgebruik hangt, waar het is onderzocht, samen met een slechtere mentale gezondheid, en dan vooral met de maten voor mentale problemen. Roken laat ook een negatieve samenhang zien, maar dit geldt niet voor jongvolwassenen. Lichamelijke activiteit laat een wisselend beeld zien, en alcoholgebruik een tegenstrijdig beeld.
- Herkomst en stedelijkheid laten in het algemeen weinig tot geen samenhang zien met mentale gezondheid. Bij herkomst speelt mogelijk selectieve non-respons een rol.
- Het complexe samenspel van factoren onderling en met mentale gezondheid maakt het aanwijzen van één hoofdfactor onmogelijk.

12.1.3 Wat zijn belangrijke gevolgen van mentale (on)gezondheid?

- Door de hele levensloop wordt hulp en zorg gebruikt in verband met mentale problemen. Vanaf 16 jaar is ongeveer een kwart van de huisartspatiënten bekend met enigerlei psychisch probleem. Een op de 20 inwoners vanaf 18 jaar is in behandeling bij de specialistische ggz. Ongeveer een tiende van de jeugdigen maakt gebruik van jeugdhulp.
- De toegang tot zorg en hulp voor mentale problemen stagneert. Dit uit zich voor de ggz in aanzienlijke overschrijdingen van zowel de maximaal aanvaardbare wachtplekken als wachttijden (Treeknormen). De lange wachttijden in de ggz zijn een groot knelpunt en kunnen klachten verergeren of tot ernstige gevolgen leiden.
- De medische zorguitgaven voor het totaal aan psychische stoornissen (exclusief dementie en verstandelijke beperking) bedragen ongeveer €500 per persoon per jaar en de gemeentelijke uitgaven variëren van €43 tot €611 per inwoner per jaar (mediaan €274).
- Mentale gezondheid speelt een grote rol in arbeidsongeschiktheid, verzuim en productiviteitsverlies. De verzuimkosten door loondoorbetaling bij verzuim wegens psychosociale arbeidsbelasting zijn bijna 5 miljard euro. Voor arbeidsongeschiktheidsuitkeringen wegens psychische problematiek zijn ze 4,6 miljard euro.
- De ziektelast van psychische aandoeningen (exclusief dementie en verstandelijke beperking) is het hoogst van alle aandoeningen. De sterfte als gevolg van psychische stoornissen (82,0 personen per 100.000 inwoners) neemt toe met de leeftijd en laat een stijgende trend zien. Meer dan 90% hiervan overlijdt aan dementie. Daarnaast is de sterfte als gevolg van zelfdoding (10,3 personen per 100.000 inwoners) redelijk stabiel door de tijd heen.

12.1.4 Wat zijn de belangrijkste aanbevelingen voor het beleid?

- Globaal zijn er grote overeenkomsten in de aanbevelingen voor de verschillende levensfases. Verschillen zijn er vooral vanwege andere leefomgevingen, zoals gezin, school of werk.
- Beleid dat gericht is op het verbeteren van de mentale volksgezondheid vraagt in alle levensfases om het aanbrengen van samenhang, zodat preventie en zorg elkaar versterken:

  - inzetten op beïnvloedbare individuele en omgevingsfactoren voor mentale gezondheid;
  - versterken van de mentale gezondheid van het individu zelf;
  - vroeg signaleren van risico's en mentale problemen;
  - zorgdragen voor toegankelijke en passende zorg en hulp, voor mensen met mentale problemen en psychische aandoeningen die dit nodig hebben.

  Vroegtijdige inzet op het bewaken, bevorderen en beschermen van mentale gezondheid kan bijdragen aan het verminderen van de behoefte aan (zwaardere vormen van) zorg en ondersteuning op de langere termijn: voorkomen is beter dan genezen.
- Een systeemgerichte benadering en domeinoverstijgend samenwerken is nodig om deze samenhang te realiseren. Daarmee is mentale gezondheid ook een maatschappelijke opgave en een gedeelde verantwoordelijkheid. Een dergelijke benadering vraagt om:
  - samenwerken met de mensen om wie het gaat;
  - samenwerken tussen beleidsterreinen (*mental health in all policies*);
  - versterken van samenwerking binnen het gehele spectrum van mentale gezondheidszorg, van preventie tot herstel;
  - wegnemen van systeem- en structuurbelemmeringen die domeinoverstijgend werken in de weg staan.
- Het faciliteren van kennisgestuurd werken is nodig voor effectief beleid. Dit vraagt om structurele monitoring, verdiepend onderzoek en ondersteuning bij het toepassen van bestaande kennis in praktijk, zowel in als buiten de zorg, en in het beleid.

12.2 Tot slot

Deze landelijke rapportage van de Monitor mentale gezondheid is de eerste met een integrale analyse en duiding van de huidige stand van zaken en ontwikkelingen van de mentale gezondheid van de Nederlandse bevolking en verschillende deelpopulaties. Dit is gebeurd aan de hand van een conceptueel monitormodel voor mentale gezondheid. De definitie van mentale gezondheid en bestaande databronnen zijn als basis gebruikt.

Door het breed betrekken van experts bij de duiding van de monitorresultaten zijn deze resultaten verrijkt met verschillende kennisbronnen uit het werkveld (onderzoek, praktijk en beleid) en uit de doelgroepen zelf en hebben zij (mede) aanbevelingen voor het verbeteren van de mentale gezondheid gedaan. De grote overeenkomsten in de aanbevelingen van de experts tussen de duidingssessie, laten zien dat deze aanbevelingen breed worden gedragen.

Naast deze landelijke rapportage omvat de Monitor mentale gezondheid ook een website (www.monitormentalegezondheid.nl) waarop de meest actuele kerncijfers voor alle indicatoren toegankelijk worden gepresenteerd voor alle (deel)populaties. Deze website wordt in 2026 aangevuld en geactualiseerd met nieuwe kerncijfers die door de databronnen beschikbaar worden gesteld.

De Monitor mentale gezondheid is in opdracht van het ministerie van VWS uitgevoerd en heeft primair tot doel om het landelijke beleid voor mentale gezondheid te informeren en te ondersteunen. Echter, de Monitor mentale gezondheid is voor het hele brede werkveld van mentale gezondheid relevant om goed geïnformeerde keuzes te maken, om de mentale gezondheid in de Nederlandse samenleving te verbeteren. Deze brede doorwerking van de Monitor mentale gezondheid vindt in feite ook nu al plaats, bijvoorbeeld door het raadplegen van kerncijfers op de website, het beantwoorden van vragen over deze kerncijfers, of het gebruiken van het conceptueel monitormodel mentale gezondheid door GGD'en. Niet alleen voor het inrichten van hun regionale monitors en gezondheidsrapportages, maar ook bij de dialoog met gemeenten over lokaal en regionaal mentaal volksgezondheidsbeleid.

Dankwoord

Dit rapport is tot stand gekomen met medewerking van vele anderen.

Allereerst willen we de experts van de duidingssessie bedanken voor hun waardevolle input bij de duiding van de resultaten. In grote getallen hebben jullie deelgenomen aan deze sessie vanuit verschillende perspectieven. Ook willen we bedanken Michelle van der Horst (Trimbos-instituut) voor haar voorzitterschap tijdens één van deze sessies en Sabien Dekkers en Marjolein de Vries (Trimbos-instituut) voor de organisatie van de duidingssessies en Yasmin Appeldoorn (Trimbos-instituut) voor haar redactionele taken.

Verder willen we de experts bedanken die we hebben geraadpleegd bij het schrijven van het rapport. Vanuit het RIVM: Birgitte Blatter, Petra Eijsink, Marie Buijs, Maaike van der Noordt, René Poos, Ilse Storm en Antonia Verweij. Vanuit het Trimbos-instituut: Jolien Dopmeijer, Saskia van Dorsselaer, Maartje van den Essenburg, Margreet ten Have, Hans Kroon, Jasper Nuijen, Simone Onrust, Heleen Rai, Malu van Schaijk en Laura Shields-Zeeman. Vanuit GGD GHOR Nederland: Chantie Luijten, NJi: Thijs Tuenter en TNO: Janika Thielecke.

Voor de wetenschappelijke toetsing willen we de volgende mensen bedanken: Matthijs Blankers en Karin Monshouwer (Trimbos-instituut) en Carolien van den Brink en Marije van Koperen (RIVM).

Literatuur

1. Ministerie van VWS, ministerie van OCW, ministerie van SZW. Aanpak ‘Mentale gezondheid: van ons allemaal’. Den Haag; 2022.
2. van Bon-Martens M, Verweij A, Luijten C, Hartstra E, Tak N, van den Brink C. Monitor mentale gezondheid. Advies voor het monitoren van mentale gezondheid als ondersteuning van landelijk en lokaal gezondheidsbeleid. Bilthoven; 2023.
3. Hiemstra M, van Bon-Martens M, Savelkoul M, Snijders B. Cijferrapportage Monitor mentale gezondheid 2023. Eerste landelijke overzicht. Bilthoven; 2023.
4. van Bon-Martens M, Kleinjan M, Walters BH, Shields-Zeeman L, van den Brink C. Delphistudie ‘Definitie Mentale Gezondheid’. Resultaten van een consensusprocedure met verschillende perspectieven [Factsheet]. Utrecht; 2022.
5. van Bon-Martens M, Verweij A, Monshouwer K, Luijten C, Tak N, van den Brink C, e.a. Monitoren mentale gezondheid. Een overzicht van databronnen en indicatoren als input voor een landelijke aanpak mentale gezondheid. Bilthoven; 2022.
6. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). WHO-FIC classificaties [Internet]. [geciteerd 27 oktober 2025]. Beschikbaar op: https://class.whofic.nl/
7. American Psychiatric Association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Boom; 2014.
8. van den Heuvel SG, Bouwens L, de Vroome EMM. Arbobalans 2024. Leiden; 2025.
9. van Bon-Martens M, ten Have M, Schouten F, van Dorsselaer S, Shields-Zeeman L, Luik A. Herijking afkapwaarden MHI-5. Utrecht; 2024.
10. Berwick DM, Murphy JM, Goldman PA, Ware JE, Barsky AJ, Weinstein MC. Performance of a five-item mental health screening test. Med Care. 1991;29(2):169–76.
11. ten Have M, van Bon-Martens MJH, Schouten F, van Dorsselaer S, Shields-Zeeman L, Luik AI. Validity of the five-item mental health inventory for screening current mood and anxiety disorders in the general population. Int J Methods Psychiatr Res. 2024;e2030.
12. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SLT, e.a. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. Psychol Med. 2002;32(6):959–76.
13. Gierveld JDJ, Tilburg T Van. A 6-Item Scale for Overall, Emotional, and Social Loneliness. Res Aging. 2006;28(5):582–98.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association; 2013.
15. Kessler RC, Üstün BB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Int J Methods Psychiatr Res [Internet]. 2004 [geciteerd 30 oktober 2025];13(2):93–117. Beschikbaar op: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mpr.168
16. Gezondheidsraad. Beweegrichtlijnen 2017. Den Haag; 2017.

17. CBS. Gebieden in Nederland 2024. https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/85755NED/table?dl=B75F0. 2025.
18. World Health Organization. The World Health Organization-Five Well-Being Index (WHO-5) Dutch translation [Internet]. 2024 [geciteerd 5 augustus 2025]. Beschikbaar op: https://www.who.int/publications/m/item/WHO-UCN-MSD-MHE-2024.01
19. Levin KA, Currie C. Reliability and Validity of an Adapted Version of the Cantril Ladder for Use with Adolescent Samples. Soc Indic Res. 2014;119(2):1047–63.
20. Mazur J, Szkultecka-Dębek M, Dzielska A, Drozd M, Małkowska-Szkutnik A. What does the Cantril Ladder measure in adolescence? Archives of Medical Science. 2018;1:182–9.
21. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A Global Measure of Perceived Stress. J Health Soc Behav. december 1983;24(4):385.
22. Boer M, Dorsselaer S van, Looze M de, Roos S de, Brons H, Eijnden R van den, e.a. HBSC 2021. Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Vol. 2. Universiteit Utrecht; 2022.
23. van Widenfelt BM, Goedhart AW, Treffers PDA, Goodman R. Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Eur Child Adolesc Psychiatry. 2003;12(6):281–9.
24. Torsheim T, Cavallo F, Levin KA, Schnohr C, Mazur J, Niclasen B, e.a. Psychometric Validation of the Revised Family Affluence Scale: a Latent Variable Approach. Child Indic Res. 2016;9(3):771–84.
25. Day M, Badou M. Geboren en getogen. Onderzoek naar de identiteitsbeleving en gevoelens van binding van jongeren met een migratieachtergrond. Utrecht; 2019.
26. Arslan I, Distelbrink M, Yassine D. Mentale gezondheid van jongeren en studenten in Nederland. Een overzicht van jongeren en studenten in Nederland. Utrecht; 2024.
27. 113 Zelfmoordpreventie. Alleen samen voorkomen we suïcide. Factsheet. Amsterdam: Wiley-Blackwell; 2025.
28. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Suïcides en suïcidepogingen binnen de ggz [Internet]. [geciteerd 16 oktober 2025]. Beschikbaar op: https://www.igj.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg/suicidemeldingen-en-suicidepreventie/suicides-en-suicidepogingen
29. Boumans J, Kroon H, van der Hoek B. Ggz uit de knel. Verkenning van mogelijkheden en valkuilen van het actuele hervormingsnarratief. Utrecht: Trimbos-instituut; 2023.
30. CBS. Onderwijs [Internet]. 2024 [geciteerd 11 september 2025]. Beschikbaar op: https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/37220/table?dl=C66FD
31. Luijten CC, Kuppens S, van de Bongardt D, Nieboer AP. Evaluating the psychometric properties of the mental health continuum-short form (MHC-SF) in Dutch adolescents. Health Qual Life Outcomes. 2019;17(1):157.
32. Lamers SMA, Westerhof GJ, Bohlmeijer ET, ten Klooster PM, Keyes CLM. Evaluating the psychometric properties of the mental health Continuum-Short Form (MHC-SF). J Clin Psychol. 2011;67(1):99–110.

33. Smith BW, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Christopher P, Bernard J. The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. Int J Behav Med. 2008;15(3):194–200.
34. Yavuz G, Dogan N. Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS): A Validity Study. Procedia Soc Behav Sci. 2014;116:2453–7.
35. Schaufeli W, van Dierendonck D. Utrechtse burn-out schaal: handleiding. Amsterdam; 2000.
36. Westerhof GJ, Keyes CLM. Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. J Adult Dev. 2010;17(2):110–9.
37. Keyes CLM. Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing: A Complementary Strategy for Improving National Mental Health. American Psychologist. 2007;62(2):95–108.
38. Iasiello M, van Agteren J, Muir Cochrane E. Mental health and/or mental illness: a scoping review of the evidence and implications of the dual-continua model of mental health. Evidence Base. 2020;2020(1).
39. Shields-Zeeman L, Bon-Martens M van, Smit F. Scoping studie. Samen werken aan een mentaal gezonde samenleving: Bouwstenen voor mentale gezondheidsbevordering. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
40. McEwen BS, Mirsky AE, Hatch MM. Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central role of the brain. Physiol Rev. 2007;87(3):873–904.
41. Ghasemi F, Beversdorf DQ, Herman KC. Stress and stress responses: A narrative literature review from physiological mechanisms to intervention approaches. Journal of Pacific Rim Psychology. 2024;18:1–20.
42. Bosshard M, Gomez P. Effectiveness of stress arousal reappraisal and stress-is-enhancing mindset interventions on task performance outcomes: a meta-analysis of randomized controlled trials. Sci Rep. 2024;14(1):1–14.
43. Nuijen J, Busch M, Winkens K, Verweij A, Dopmeijer J, Korteling S, e.a. Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hbo en wo 2025. . Bil; 2025.
44. Markmann C, Spickermann A, von der Gracht HA, Brem A. Improving the question formulation in Delphi-like surveys: Analysis of the effects of abstract language and amount of information on response behavior. Futures & Foresight Science. 2021;3:e56.
45. Tourangeau R, Rips LJ, Rasinski K. The Psychology of Survey Response. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
46. ten Have M, Tuithof M, van Dorsselaer S, Schouten F, de Graaf R. The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-3 (NEMESIS-3): Objectives, methods and baseline characteristics of the sample. Int J Methods Psychiatr Res. 2023;32(1).
47. Chandra A, Minkovitz CS. Stigma starts early: Gender differences in teen willingness to use mental health services. Journal of Adolescent Health. 2006;38(6):754.e1-754.e8.
48. Spendelow JS, Simonds LM, Avery RE. The relationship between co-rumination and internalizing problems: a systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Psychother. 2017;24(2):512–27.

49. Rose AJ, Carlson W, Waller EM. Prospective associations of co-rumination with friendship and emotional adjustment: Considering the socioemotional trade-offs of co-rumination. Dev Psychol. 2007;43(4):1019–31.
50. Baños RM, Miragall M. Gender Matters: A Critical Piece in Mental Health. Span J Psychol. 2024;27.
51. van Hintum M. M/V op de divan; waarom de psychiatrie te weinig oog heeft voor sekseverschillen. Trouw [Internet]. 14 juni 2020 [geciteerd 2 oktober 2025]; Beschikbaar op: https://www.trouw.nl/wetenschap/m-v-op-de-divan-waarom-de-psychiatrie-te-weinig-oog-heeft-voor-sekseverschillen~b8217e81/
52. Blanchflower DG, Bryson A, Xu X. The declining mental health of the young and the global disappearance of the hump shape in age in unhappiness. SSRN Electronic Journal. 2025;20(8):e0327858.
53. Dekkers S, Oostenbach K, Peters S, Nuijen J, Bon-Martens M van. QuickScan mentale gezondheid en zorggebruik jongvolwassenen 2024. Utrecht: Trimbos-instituut; 2024.
54. Blanchflower DG, Bryson A, Xu X. The declining mental health of the young and the global disappearance of the hump shape in age in unhappiness. SSRN Electronic Journal. 2025;20(8):e0327858.
55. Kleinjan M, Pieper I, Stevens G, Klundert N van de, Rombouts M, Boer M, e.a. Geluk onder druk? Onderzoek naar het mentaal welbevinden van jongeren in Nederland. Den Haag: Unicef; 2020.
56. van Yperen T, Hofstede K, Hageraats R, van de Maat A. Andere kijk op groeiend jeugdzorggebruik. Voor een hoopvolle wereld om in op te groeien. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut (NJi); 2023.
57. Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. Op de rem! Voorbij de hypernerveuze samenleving. Den Haag; 2025.
58. Foulkes L, Andrews JL. Are mental health awareness efforts contributing to the rise in reported mental health problems? A call to test the prevalence inflation hypothesis. New Ideas Psychol. 2023;69:101010.
59. Arrondo G, Solmi M, Dragioti E, Eudave L, Ruiz-Goikoetxea M, Ciaurriz-Larraz AM, e.a. Associations between mental and physical conditions in children and adolescents: An umbrella review. Neurosci Biobehav Rev. 2022;137:104662.
60. Doherty AM, Gaughran F. The interface of physical and mental health. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2014;49:673–82.
61. Holt-Lunstad J. Social connection as a critical factor for mental and physical health: evidence, trends, challenges, and future implications. World Psychiatry. 2024;23(3):312–32.
62. Acoba EF. Social support and mental health: the mediating role of perceived stress. Front Psychol. 2024;15:1330720.
63. Karasek RA. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. 1979;24(2):285–308.
64. Crosland P, Ho N, Nguyen KH, Tran K, Hosseini SH, Vacher C, e.a. Modeled estimates of the health outcomes and economic value of improving the social determinants of mental health. Nature Mental Health. 2025;3:943–56.
65. WHO Regional Office for Europe. Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report. WHO Regional Office for Europe. 2019;168.

66. Kirkbride JB, Anglin DM, Colman I, Dykxhoorn J, Jones PB, Patalay P, e.a. The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. World Psychiatry. 2024;23(1):58–90.
67. Harvey SB, Modini M, Joyce S, Milligan-Saville JS, Tan L, Mykletun A, e.a. Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. Occup Environ Med. 2017;74:301–10.
68. Pearce M, Garcia L, Abbas A, Strain T, Schuch FB, Golubic R, e.a. Association Between Physical Activity and Risk of Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2022;79(6):550–9.
69. Recchia F, Bernal JDK, Fong DY, Wong SHS, Chung PK, Chan DKC, e.a. Physical Activity Interventions to Alleviate Depressive Symptoms in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Pediatr. 2023;177(2):132–40.
70. van Stam W, Ooms L, van den Dool R. Mentale gezondheid en sport- en beweegdeelname. Vergelijking innen bevolkingsgroepen. Utrecht; 2024.
71. Smits R, Korteling S, Dopmeijer J, Nuijen J. De samenhang tussen het middelengebruik en de mentale gezondheid van studenten in het hbo en wo [Factsheet]. Utrecht; 2025.
72. Lannoy S, Duka T, Carbia C, Billieux J, Fontesse S, Dormal V, e.a. Emotional processes in binge drinking: A systematic review and perspective HHS Public Access. Clin Psychol Rev. 2021;84:101971.
73. Puddephatt JA, Irizar P, Jones A, Gage SH, Goodwin L. Associations of common mental disorder with alcohol use in the adult general population: a systematic review and meta-analysis. Addiction (Abingdon, England) [Internet]. 2022;117(6):1543–72. Beschikbaar op: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34729837/
74. Churchill V, Chubb CS, Popova L, Spears CA, Pigott T. The association between cannabis and depression: an updated Systematic Review and Meta-analysis. Psychol Med. 2025;55.
75. Sorkhou M, Dent EL, George TP. Cannabis use and mood disorders: a systematic review. Front Public Health. 2024;12:1346207.
76. Gobbi G, Atkin T, Zytynski T, Wang S, Askari S, Boruff J, e.a. Association of Cannabis Use in Adolescence and Risk of Depression, Anxiety, and Suicidality in Young Adulthood: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2019;76(4):426–34.
77. Taylor GMJ, Lindson N, Farley A, Leinberger-Jabari A, Sawyer K, te Water Naudé R, e.a. Smoking cessation for improving mental health. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2021;2021(3).
78. Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, Munafò MR. The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. Nicotine & Tobacco Research. 2016;19(1):3.
79. Hu Z, Cui E, Chen B, Zhang M. Association between cigarette smoking and the risk of major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis in depression, schizophrenia, and bipolar disorder. Front Med (Lausanne). 2025;12:1529191.

80. Hertenstein E, Feige B, Gmeiner T, Kienzler C, Spiegelhalder K, Johann A, e.a. Insomnia as a predictor of mental disorders: A systematic review and meta-analysis. Sleep Med Rev. 2019;43:96–105.
81. Freeman D, Sheaves B, Waite F, Harvey AG, Harrison PJ. Sleep disturbance and psychiatric disorders. Review Lancet Psychiatry. 2020;7:628–65.
82. Freeman D, Sheaves B, Goodwin GM, Yu LM, Nickless A, Harrison PJ, e.a. The effects of improving sleep on mental health (OASIS): a randomised controlled trial with mediation analysis. Lancet Psychiatry. 2017;4(10):749.
83. Riemann D, Espie CA, Altena E, Arnardottir ES, Baglioni C, Bassetti CLA, e.a. The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. J Sleep Res. 2023;32(6).
84. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG, e.a. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. J Sleep Res. 2017;26(6):675–700.
85. Shannon H, Bush K, Villeneuve PJ, Hellemans KG, Guimond S. Problematic Social Media Use in Adolescents and Young Adults: Systematic Review and Meta-analysis. JMIR Ment Health. 2022;9(4):e33450.
86. Khalaf AM, Alubied AA, Khalaf AM, Rifaey AA. The Impact of Social Media on the Mental Health of Adolescents and Young Adults: A Systematic Review. Cureus. 2023;15(8):e42990.
87. Geuke G, Hipple Walters B, Kramer I, Willemsen M. Roken en veelvoorkomende psychische klachten. Factsheet. Utrecht; 2023.
88. Leone S, Van Der Poel A, Beers K, Rigter L, Zantinge E, Savelkoul M. Slechte slaap: een probleem voor de volksgezondheid? Utrecht; 2018.
89. ten Have M, Tuithof M, van Dorsselaer S, Schouten F, Luik AI, de Graaf R. Prevalence and trends of common mental disorders from 2007-2009 to 2019-2022: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), including comparison of prevalence rates before vs. during the COVID-19 pandemic. World Psychiatry. 2023;22(2):275–85.
90. van Yperen T, van de Maat A, Prakken J. Het groeiend jeugdzorggebruik Duiding en aanpak. Utrecht; 2019.
91. Nuijen J, Boumans J, Magnée T, Janson I, Leemrijse C. Regionale Versnellers-aanpakken wachttijden in de ggz in kaart gebracht Tussenrapport van het ZonMw-evaluatietraject ‘Versnellers binnen de ggz’. Utrecht; 2024.
92. Werkgroep IBO mentale gezondheid en ggz. Uit balans. IBO mentale gezondheid en ggz. Den Haag; 2025.
93. Schutjens V, Nuijen J, Magnée T. In de wachtstand. Een literatuurinventarisatie naar de impact van de wachttijden in de ggz op patiënten, naasten, huisartsen en POH’s-GGZ. Utrecht; 2024.
94. Magnée T, Nuijen J, van der Hoeven C, Knottnerus B. Bruggen slaan en navigeren op weg naar herstel. Factsheet over een onderzoek onder patiënten, naasten, huisartsen en POH’s-GGZ naar de impact van de ggz-wachttijden en ervaringen met ondersteuning tijdens de wachttijd. Utrecht; 2025.

95. Wijnen et al B. Economic benefits of mental well-being over time: Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. submitted. 2025;
96. Shields-Zeeman L, Wijnen B. Mentale gezondheid: een investering die voor iedereen loont [Internet]. 2025 [geciteerd 9 september 2025]. Beschikbaar op: https://www.trimbos.nl/actueel/blogs/mentale-gezondheid-een-investering-die-voor-iedereen-loont/
97. Santini ZI, Becher H, Bæksgaard Jørgensen M, Davidsen · Michael, Nielsen L, Hinrichsen C, e.a. Economics of mental well-being: a prospective study estimating associated health care costs and sickness benefit transfers in Denmark. 2021;22:1053–65.
98. Santini ZI, Ekholm O, Koyanagi A, Stewart-Brown S, Meilstrup C, Nielsen L, e.a. Higher levels of mental wellbeing predict lower risk of common mental disorders in the Danish general population. Ment Health Prev. 2022;26:200233.
99. VZinfo.nl. Ziektelast in DALY's [Internet]. RIVM. 2022 [geciteerd 10 september 2025]. Beschikbaar op: https://www.vzinfo.nl/ziektelast-in-dalys
100. Expertisecentrum Mentale gezondheid. Werken aan lokaal effectief mentaal gezondheidsbeleid [Internet]. Trimbos-instituut. 2024 [geciteerd 1 oktober 2025]. Beschikbaar op: https://www.trimbos.nl/kennis/mentale-gezondheid-preventie/expertisecentrum-mentale-gezondheid/werken-aan-lokaal-effectief-mentaal-gezondheidsbeleid/
101. Van Baar J, Bos N, Kramer J, Shields-Zeeman L. Sociale determinanten van mentale gezondheid: Een kennissynthese. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
102. Savelkoul M, Noordt M van der, Schokker D, Verweij A. Mentale gezondheid. Factoren die van invloed zijn, met handelingsperspectief voor de overheid. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2024.
103. Evidence for Social and Emotional Learning in Schools | Learning Policy Institute [Internet]. [geciteerd 1 oktober 2025]. Beschikbaar op: https://learningpolicyinstitute.org/product/evidence-social-emotional-learning-schools-report
104. Cipriano C, Strambler MJ, Naples LH, Ha C, Kirk M, Wood M, e.a. The state of evidence for social and emotional learning: A contemporary meta-analysis of universal school-based SEL interventions. Child Dev. 2023;94(5):1181–204.
105. Greenberg MT. Evidence for Social and Emotional Learning in Schools. Palo Altho, CA; 2023.
106. Durlak JA, Weissberg RP, Dymnicki AB, Taylor RD, Schellinger KB. The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. Child Dev. 2011;82(1):405–32.
107. Kleinjan M, Bolier L, Onrust S, Monshouwer K. Mentale weerbaarheid en mentaal welbevinden in de schoolsetting. 2016;1–14.
108. Foulkes L, Andrews JL. Are mental health awareness efforts contributing to the rise in reported mental health problems? A call to test the prevalence inflation hypothesis. New Ideas Psychol. 2023;69:101010.

109. Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. Iedereen bijna ziek. Over de keerzijden van de diagnose-expansie. Den Haag; 2025.
110. RIVM. Monitor Digitale Zorg. Stand van zaken digitale zorg in 2024. Bilthoven; 2024.
111. Oswald TK, Nguyen MT, Mirza L, Lund C, Jones HG, Crowley G, e.a. Interventions targeting social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. Psychol Med. 2024;54(8):1475–99.
112. World Health Organization. With 17% of people in the Region living with a mental health condition, 31 countries commit to integrating mental health into all policies [Internet]. 2025 [geciteerd 3 oktober 2025]. Beschikbaar op: https://www.who.int/europe/news/item/16-06-2025-with-17--of-people-in-the-region-living-with-a-mental-health-condition--31-countries-commit-to-integrating-mental-health-into-all-policies
113. Reist C, Petiwala I, Latimer J, Raffaelli SB, Chiang M, Eisenberg D, e.a. Collaborative mental health care: A narrative review. Medicine. 2022;101(52):e32554.
114. Nuijen J, Bon-Martens M van, Graaf R de, Poel A van der, Beurs D de, Nielen M, e.a. Zicht op depressie: de aandoening, preventie en zorg. Themarapportage van de Staat van Volksgezondheid en Zorg. Nuijen J, van Bon-Martens M, redacteuren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2018.
115. van der Ploeg K, Houtman I, Couzy P, de Vroome E, Eysink P. Maatschappelijke werkgerelateerde kosten van arbeidsongeschiktheid en zorg [TNO 2025 R10810]. Leiden; 2025.
116. VZinfo.nl. Ziektelastberekeningen [Internet]. RIVM. 2024 [geciteerd 16 november 2025]. Beschikbaar op: https://www.vzinfo.nl/bronnen-methoden-en-achtergronden/ziektelastberekeningen
117. Poos R, Eysink P, Plasmans M, Buijs M, de Boer G, Hilderink H. Methodenbeschrijving Trendscenario Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024. Bilthoven; 2024.
118. Stichting De Nieuwe GGZ. Wat is een Ecosysteem Mentale Gezondheid? | denieuweggz.nl [Internet]. [geciteerd 20 oktober 2025]. Beschikbaar op: https://denieuweggz.nl/nl/intelligence/wat-een-ecosysteem-mentale-gezondheid

Verklarende woordenlijst

Basisonderwijs: dit omvat groep 1 tot en met 8 van het (speciaal) basisonderwijs.

Vmbo, mbo1, avo, onderbouw: vmbo, havo-, vwo-onderbouw, mbo1. Dit omvat de eerste 3 leerjaren van havo/vwo, alle leerwegen van het vmbo en de entreeopleiding, de voormalige assistentenopleiding (mbo1).

Havo, vwo, mbo: middelbaar onderwijs. Dit omvat de bovenbouw van havo/vwo, de basisberoepsopleiding (mbo2), de vakopleiding (mbo3) en de middenkader- en specialistenopleidingen (mbo4).

Hbo, wo bachelor: dit omvat de associate degree, de hbo- en wo-bachelors en 4-jarige hbo-opleidingen.

Wo, master, doctor: Dit omvat de hbo- en wo-masters en wo-doctorsopleidingen.

Afkortingenlijst

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
BO	Basisonderwijs
BRP	Basisregistratie Personen
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
DALY's	Disability Adjusted Life Years
DBC	Diagnose Behandeling Combinaties
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DUO	Dienst Uitvoering Onderwijs
GE	Gezondheidsenquête
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GHOR	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio
ggz	geestelijke gezondheidszorg
GMJ	Gezondheidsmonitor Jeugd
GMJV	Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen
GMVO	Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
ICPC	International Classification of Primary Care
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems
MBO	Middelbaar Beroepsonderwijs
MKB	Midden- en Klein Bedrijf
MMG	Monitor mentale gezondheid
MHC-SF2.1	Mental Health Continuum-Short Form 2.1
MHI	Mental Health Inventory
MMMS	Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs
HBO	Hoger Beroepsonderwijs
NEA	Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden
NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study.
NIVEL	Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, oorspronkelijk het Nederlands Instituut Voor onderzoek van de EersteLijnsgezondheidszorg
OR	Odds Ratio
PEIL	Peilstationsonderzoek
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SER	Sociaal-Economische Raad
SSW	Sociale Samenhang en Welzijn
SZW	ministerie Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TNO	Nederlandse Organisatie voor Toegepast-Natuurwetenschappelijk Onderzoek.
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
VO	Voortgezet Onderwijs
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
WEA	Werkgevers Enquête Arbeid
Wlz	Wet langdurige zorg
WHO	World Health Organization

Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WO	Wetenschappelijk Onderwijs
ZEA	Zelfstandigen Enquête Arbeid

Bijlage 1 Indicatoren mentale gezondheid per deelpopulatie

Indicatornaam	**(Deel)populatie**							
	Algemene populatie[a]	Kinderen (4 t/m 12)[b]	Adolescenten (12 t/m 18)	Jongvolwassenen (16 t/m 25)	Volwassenen (18 t/m 64)	Ouderen (65+)	Studenten	Werkenden
Mentaal welbevinden (kernset)								
1. Gemiddelde score op mentaal welbevinden		X[c]	X[d]					
2. Percentage mensen dat floreert							X[e]	
3. Percentage mensen dat tevreden is over zijn/haar leven/gemiddelde score die aan het leven geven wordt	X[f]	X[c,g]	X[d,h]	X[f]	X[f]	X[f]	X[ei]	X[f]
4. Percentage mensen dat het gevoel heeft controle over het eigen leven te hebben			X[d]					
5. Percentage mensen dat vertrouwen heeft in eigen bekwaamheid om met problemen om te gaan		X[c]	X[d]					
6. Percentage mensen dat bij iemand terechtkan (bij een probleem of als hij/zij ergens mee zit)			X[j]					
7. Percentage mensen met en gemiddelde tot hoge mate van veerkracht				X[k]			X[e]	

Indicatornaam	**(Deel)populatie**							
	Algemene populatie[a]	Kinderen (4 t/m 12)[b]	Adolescenten (12 t/m 18)	Jongvolwassenen (16 t/m 25)	Volwassenen (18 t/m 64)	Ouderen (65+)	Studenten	Werkenden
8. Percentage mensen dat weerbaar is				X[k]			X[k]	
Mentale problemen (kernset)								
9. Percentage mensen met mentale problemen		X[c]	X[d]					
10. Percentage mensen met angst- of depressiegevoelens	X[l]		X[l]	X[l]	X[ml]	X[ml]	X[e]	X[l]
11. Percentage mensen met een hoog risico op een angststoornis of depressie	X[m]				X[m]	X[m]		X[m]
12. Percentage mensen dat zich door emotionele problemen beperkt voelt bij werk of andere dagelijkse bezigheden	X[l]		X[l]	X[l]	X[l]	X[l]		X[l]
13. Percentage mensen met burn-outklachten							X[e]	X[no]
14. Percentage mensen dat sterk eenzaam is	X[f]			X[f]	X[mf]	X[mf]	X[e]	X[f]
Psychische aandoeningen (aanvullende set)								
15. Percentage mensen met een angststoornis	X[p]			X[p]	X[p]	X[p]		X[p]
16. Percentage mensen met een stemmingsstoornis	X[p]			X[p]	X[p]	X[p]		X[p]
17. Percentage mensen met enige psychische aandoening	X[p]			X[p]	X[p]	X[p]		X[p]
18. Percentage mensen met twee of meer psychische aandoeningen	X[p]			X[p]	X[p]	X[p]		X[p]

Indicatornaam	**(Deel)populatie**							
	Algemene populatie[a]	Kinderen (4 t/m 12)[b]	Adolescenten (12 t/m 18)	Jongvolwassenen (16 t/m 25)	Volwassenen (18 t/m 64)	Ouderen (65+)	Studenten	Werkenden
Totaal aantal indicatoren (aantal aanvullende indicatoren)	5(4)	4	8	6(4)	5(4)	5(4)	7	6(4)
Databronnen (aanvullend)	3(1)	2	4	3(1)	3(1)	3(1)	3	5(1)

Lege cel: deze indicatoren zijn niet opgenomen in de kernset van de (deel) populatie. [a.] Verschillende ondergrenzen mogelijk voor leeftijd: 12 jaar, 15 jaar of 18 jaar; [b.] Voor deze deelpopulatie zijn alleen data beschikbaar over leerlingen uit groep 8 (PEIL) van het Basisonderwijs (BO) (Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) en Peil); [c.] HBSC- BO: alleen voor leerlingen groep 8 basisonderwijs (10-12 jaar); [d.] HBSC-Voortgezet Onderwijs (VO): alleen voor leerlingen voortgezet onderwijs 12-16 jaar; [e.] Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten Hoger Onderwijs (MMMS); [f.] Sociale Samenhang en Welzijn (SSW); [g.] Peilstationsonderzoek (Peil)-BO; [h.] Peil-VO ; [i.] MBO-HBO-monitor ; [j.] Gezondheidsmonitor Jeugd (GMJ); [k.] Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen (GMJV); [l.] Gezondheidsenquête (GE); [m.] Gezondheidsmonitor Volwassenen & Ouderen (GMVO); [n.] Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA); [o.] Zelfstandigen Enquête Arbeid (ZEA); [p.] Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS).

Bijlage 2 Onderzoeksbeschrijvingen databronnen indicatoren en factoren

Deze bijlage geeft de onderzoeksbeschrijvingen van de verschillende databronnen die zijn gebruikt. In de titel wordt genoemd over welke jaren deze data beschikbaar is. In de verdere beschrijving wordt ingegaan op het meest recente jaar van de dataverzameling.

Gezondheidsenquête 2014-2024
De Gezondheidsenquête geeft een zo volledig mogelijk beeld van (ontwikkelingen in) de gezondheid, de medische contacten, de leefstijl en het preventieve gedrag van de Nederlandse bevolking.
De vragenlijst loopt sinds 2014 in zijn huidige vorm en wordt jaarlijks afgenomen bij een steekproef van de Nederlandse bevolking van 0 jaar en ouder. Steekproefpersonen wordt eerst in een brief gevraagd om via internet deel te nemen. Non-respondenten worden door een interviewer persoonlijk benaderd. In totaal doen er circa 9500 personen jaarlijks mee. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door CBS. De resultaten zijn op landelijk niveau beschikbaar. In 2023 was de respons 9531 (49.2%).

Gezondheidsmonitor Jeugd 2015, 2019, 2021, 2023
De Gezondheidsmonitor Jeugd (GMJ) brengt de gezondheid, het welzijn en de leefstijl van Nederlandse middelbare scholieren in kaart. Alle GGD'en, GGD GHOR Nederland en het RIVM voeren samen dit onderzoek uit. Normaal vindt elke 4 jaar een meting plaats. In 2023 werd een digitale vragenlijst ingevuld door 188.000 leerlingen in de tweede en vierde klas (49% van populatie) van het regulier voortgezet onderwijs (855 scholen, respons 75%). De resultaten van het onderzoek helpen bij de ontwikkeling van beleid om de gezondheid van middelbare scholieren te verbeteren. Alle GGD'en verzamelen gegevens op dezelfde manier. Naast de standaardvragen stellen GGD'en ook vragen over onderwerpen die lokaal belangrijk zijn. De resultaten zijn op landelijk en regionaal beschikbaar voor alle GGD-regio's en voor de meeste gemeenten op gemeenteniveau.

Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2022, 2024
De Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen (GMJV) brengt de gezondheid, het welzijn en de leefstijl van Nederlandse jongvolwassenen van 16 tot en met 25 jaar in kaart. Alle GGD'en, GGD GHOR Nederland en het RIVM voeren samen dit onderzoek uit.
In het voorjaar en de zomer (april t/m juli) van 2024 is de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen voor de tweede keer uitgevoerd. Jongvolwassenen zijn via een online social media campagne gevraagd om de digitale vragenlijst in te vullen. Ruim 135.000 jongvolwassenen deden mee. De resultaten zijn op landelijk en regionaal beschikbaar voor alle GGD-regio's en voor de meeste gemeenten op gemeenteniveau.

Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2012, 2016, 2020, 2022, 2024
De Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen (GMVO) brengt de gezondheid, het welzijn en de leefstijl van Nederlandse volwassenen van 18 jaar en ouder in kaart. In 2012 en 2016 was dit 19 jaar en ouder. Alle

GGD'en, GGD GHOR Nederland, het RIVM en het CBS voeren samen dit onderzoek elke 4 jaar uit. In het najaar van 2022 is een extra meting van de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen uitgevoerd: de Corona Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2022. De meest recente meting is 2024. Respondenten uit de steekproef zijn middels een brief uitgenodigd de vragenlijst digitaal of op papier in te vullen. Ruim 454.000 volwassenen en ouderen deden mee in 2024 (30% respons). Bij het maken van de monitorvragenlijst wordt afgestemd met de CBS Gezondheidsenquête, waardoor de gegevens verzameld door de GGD'en en de gegevens verzameld door het CBS voor een deel van de onderwerpen kunnen worden samengevoegd. De resultaten zijn op landelijk en regionaal niveau beschikbaar voor alle GGD-regio's en voor de meeste gemeenten op gemeenteniveau.

Health Behaviour in School-aged Children-Basisonderwijs/ Voortgezet onderwijs, 2001, 2005, 2009, 2013, 2017, 2021

Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) onderzoek heeft als doel het monitoren en begrijpen van de gezondheid, het gedrag en de sociale omgeving van jongeren van 11 tot en met 16 jaar in Nederland. Dit onderzoek wordt eens per 4 jaar uitgevoerd door Universiteit Utrecht, Trimbos-instituut en Sociaal Cultureel Planbureau op scholen verspreid over het land. Het onderzoek richt zich op leerlingen uit het basisonderwijs (BO, groep 8, 10 t/m 12 jaar) en het voortgezet onderwijs (VO, 12 t/m 16 jaar). De laatste cijfers zijn uit 2021 en gebaseerd op 1525 leerlingen uit het basisonderwijs en 5733 leerlingen uit het voorgezet onderwijs (5243 leerlingen in de leeftijd 12 t/m 16 jaar). In 2021 was de respons van de BO 51,1% van de scholen en VO 41,5%. Het HBSC-onderzoek en Peilstationsonderzoek wisselen elkaar om de twee jaar af en resultaten zijn vergelijkbaar met elkaar.

Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten hbo en wo 2021, 2023, 2025

De Monitor Mentale Gezondheid en Middelengebruik Studenten hbo en wo (MMMS) brengt mentale gezondheid en middelengebruik van studenten van hogescholen en universiteiten in kaart. Het Trimbos-instituut, het RIVM en GGD GHOR Nederland voeren deze monitor uit. Er zijn drie metingen geweest. De eerste meting vond plaats in het voorjaar van 2021. Er deden 28.442 studenten van 8 universiteiten en 7 hogescholen mee verspreid over Nederland. Dit is 11,7% van de aan deze instellingen ingeschreven studenten. In het voorjaar van 2023 werd de tweede meting uitgevoerd onder 32.558 studenten van 13 hogescholen en 11 universiteiten. Dit is 6,5% van de aan deze instellingen ingeschreven studenten. In het voorjaar van 2025 vond de derde meting plaats. Daaraan deden 27.446 studenten van 12 hogescholen en 11 universiteiten mee. Dit is 5,9 procent van de studenten die op 1 oktober 2024 bij de 23 deelnemende instellingen ingeschreven stonden.

Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2014-2024

De Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) onderzoekt jaarlijks de ontwikkelingen in het werk en de werkomstandigheden van werknemers in Nederland, en de gevolgen hiervan voor gezondheid en duurzame inzetbaarheid. De resultaten zijn beschikbaar op landelijk niveau en geven inzicht in o.a. arbeidsomstandigheden, werkdruk, autonomie,

werktevredenheid en gezondheid van werknemers. Het onderzoek wordt sinds 2005 uitgevoerd door het CBS en TNO, in samenwerking met het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW).
De NEA richt zich op werknemers van 15 tot en met 74 jaar. Tot 2013 werd gerapporteerd over werknemers tot 65 jaar; vanaf 2014 tot en met 74 jaar. De vragenlijst bevat een vaste kern van onderwerpen, aangevuld met ad hoc thema's. Vanaf 2022 wordt een deel van de onderwerpen aan slechts de helft van de steekproef voorgelegd. In 2024 deden er 65.000 werknemers (38,6% respons) mee aan het onderzoek.

Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)-2 2007/2009 en NEMESIS-3 2019/2022
Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) is een studie naar de psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking en de veranderingen daarin. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door het Trimbos-instituut. NEMESIS is een longitudinale studie waarbij respondenten gedurende langere tijd gevolgd worden. NEMESIS-3 is gebaseerd op een representatieve steekproef, tussen 2019 en 2022 zijn 6,194 personen tussen de 18 en 75 jaar geïnterviewd (respons van 54,6%). Bij deelnemers worden klinisch gestructureerde interviews afgenomen om DSM-5 diagnoses te kunnen stellen en daarnaast worden aanvullende vragen op gerelateerde onderwerpen gesteld. Voor de Monitor mentale gezondheid worden data van NEMESIS-2 en NEMESIS-3 gerapporteerd. Als cijfers tussen NEMESIS-2 en NEMESIS-3 vergeleken worden, wordt gebruikgemaakt van de DSM-IV-diagnoses.

Peilstationsonderzoek Basisonderwijs/Voorgezet onderwijs 2019, 2023
Het Peilstationsonderzoek (PEIL) is een structureel monitoringsonderzoek van het Trimbos-instituut, gericht op het verzamelen van informatie over gezondheids- en leefstijlthema's onder leerlingen in het primair en voortgezet onderwijs in Nederland sinds 1984. Het onderzoek wordt eens per 4 jaar uitgevoerd op scholen verspreid over het land. De uitkomsten geven inzicht in actuele trends, signaleren knelpunten en bieden aanknopingspunten voor preventie en gezondheidsbevordering op scholen en in landelijk beleid. Het onderzoek richt zich op leerlingen uit het basisonderwijs (groep 7 en 8) en het voortgezet onderwijs (alle leerjaren: 10 t/m 18 jaar). Scholen worden via een steekproef gevraagd deel te nemen. Deelnemende leerlingen vullen op school anoniem een vragenlijst in. De laatste cijfers zijn uit 2023 en gebaseerd op 1603 leerlingen van het basisonderwijs (42 scholen, 20,1%) en 7635 leerlingen voortgezet onderwijs (49 scholen; 27,7%). In de Monitor mentale gezondheid worden data van basisschool leerlingen in groep 8 (10 t/m 12 jaar) en voortgezet onderwijs (12 t/m 16 jaar) gerapporteerd om vergelijking met HBSC mogelijk te maken.

Sociale Samenhang en Welzijn 2013-2024
Het onderzoek Sociale Samenhang en Welzijn (SSW) brengt de ontwikkelingen in sociale samenhang en welzijn in kaart. Bij sociale samenhang gaat het om de sociale, maatschappelijke en politieke participatie van de Nederlandse bevolking en om het vertrouwen in anderen en in instellingen. Bij welzijn gaat het om de waardering van verschillende aspecten van de leefsituatie.

Deze vragenlijst loopt sinds 2013 en wordt jaarlijks afgenomen bij een steekproef van de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder. Steekproefpersonen wordt eerst in een brief gevraagd om via internet deel te nemen. Non-respondenten worden telefonisch opnieuw benaderd. Is er geen telefoonnummer bekend, dan worden zij door een interviewer persoonlijk benaderd. In 2024 doen er circa 7500 personen (45% respons) jaarlijks mee. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door CBS en resultaten zijn op landelijk niveau beschikbaar.

Zelfstandigen Enquête Arbeid 2015-2025
Het onderzoek Zelfstandigen Enquête Arbeid (ZEA) brengt informatie op het gebied van arbeidsomstandigheden, arbeidsongevallen, werktijden, ziekte, functioneren, inzetbaarheid en opleiding en ontwikkeling van zelfstandig ondernemers in kaart.
Deze vragenlijst loopt sinds 2015 en wordt tweejaarlijks afgenomen bij zelfstandig ondernemers van 15 jaar en ouder die winstaangifte doen voor de inkomstenbelasting bij de Belastingdienst en in Nederland wonen en werken. De respondenten vullen de enquête in via internet en dit vindt plaats in het eerste kwartaal. In 2025 werd de enquête door ruim 6000 respondenten (27,2% respons) ingevuld. Het onderzoek wordt uitgevoerd door CBS en TNO, in samenwerking met het ministerie van SZW.

Bijlage 3 Onderzoeksbeschrijvingen databronnen en overige bronnen over gevolgen mentale (on)gezondheid

Zorggebruik:

Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn 2014-2023
Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn brengt op basis van routinematig geregistreerde huisartsgegevens in kaart hoe vaak bepaalde diagnoses worden gesteld en hoe zorg wordt gebruikt binnen de huisartsenpraktijk. De gegevens worden op continue basis geëxtraheerd uit elektronische patiëntendossiers van deelnemende huisartsenpraktijken verspreid over het land. In 2023 namen ruim 500 huisartspraktijken deel aan Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, met gezamenlijk bijna twee miljoen ingeschreven patiënten. De cijfers zijn landelijk representatief.

Landelijke DBC-Informatiesysteem (DIS), Nederlandse Zorgautoriteit 2015-2021
Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) toont het aantal personen dat behandeld is in de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz), naar de psychische aandoening waarvoor in het verslagjaar zorg is verleend. Het betreft alleen de zorg die is gefinancierd in de vorm van DBC's (Diagnose Behandeling Combinaties). Dit betreft ambulante zorg en zorg met verblijf tot maximaal een jaar, voor personen van 18 jaar of ouder. De laatste jaren zijn gebaseerd op een minder volledig bestand en zijn daarmee minder betrouwbaar. Deze informatie wordt niet meer verder geüpdatet.

Beleidsinformatie Jeugd 2021-2024
Het onderzoek Beleidsinformatie Jeugd brengt in kaart welke vormen van hulp en zorg jongeren ontvangen in het kader van de Jeugdwet. Het gaat hierbij om jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering. De cijfers zijn beschikbaar op zowel landelijk als gemeentelijk niveau. Het onderzoek loopt sinds 2015 en wordt halfjaarlijks uitgevoerd. Alle organisaties die jeugdhulp, jeugdbescherming en/of jeugdreclassering aanbieden, leveren hiervoor gegevens aan bij het CBS. Het betreft jongeren aan wie gedurende (een deel van) de verslagperiode één of meerdere vormen van hulp of zorg zijn verleend. In de meeste gevallen gaat het om jongeren tot 18 jaar, maar ook personen tot 23 jaar kunnen onder de Jeugdwet vallen. Er wordt geen steekproef getrokken: het doel is om alle jeugdzorgtrajecten volledig waar te nemen. De gegevens worden gecontroleerd op volledigheid en eventueel gecorrigeerd voor dubbeltellingen of ontbrekende informatie.

Toegankelijkheid zorg:

Zorgbeeldportaal, Nederlandse Zorgautoriteit 2022-2024
Alle zorgaanbieders in de ggz en forensische zorg leveren gegevens over de verrichte zorg aan via het Zorgbeeldportaal van de NZa. Hiervoor leveren alle aanbieders maandelijks gegevens over hun wachttijden. Dit doen ze voor de verschillende hoofdiagnosegroepen voor zowel aanmelding als behandeling. Als een organisatie meer dan 10 zorgverleners heeft, dan leveren ze ook het aantal wachtplekken aan. Dit is het aantal zorgvragers dat in de afgelopen 2 maanden is ingestroomd per hoofddiagnosegroep voor

intake of behandeling. Daarnaast geven de aantallen inzicht in de instroom binnen en buiten de Treeknorm.

Zorguitgaven:

Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein-WMO 2017-2023
De Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein geeft inzicht in het gebruik van voorzieningen binnen het sociaal domein, zoals de Wmo, de Participatiewet en de Jeugdwet. De monitor ondersteunt gemeenten bij het volgen van de effecten van hun beleid en maakt vergelijking tussen gemeenten mogelijk. De Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein is in 2015 ontwikkeld door VNG Realisatie, in samenwerking met het CBS, in opdracht van de VNG en het ministerie van VWS. Gemeenten nemen op vrijwillige basis deel en leveren halfjaarlijks gegevens aan over onder meer Wmo-maatwerkvoorzieningen. Het CBS verrijkt deze gegevens met aanvullende informatie, zoals inkomens- en demografische gegevens, en gegevens uit andere bronnen binnen het sociaal domein. De resultaten zijn beschikbaar op gemeentelijk niveau via onder meer Waarstaatjegemeente.nl.

RIVM Kosten van Ziekten 2019
De Kosten van Ziekten-studie geeft inzicht in de zorguitgaven in Nederland, uitgesplitst naar gebruik van zorg (diagnose, leeftijd en geslacht) en aanbod van zorg (sector, zorgfunctie en financieringsvorm). Deze studie wordt elke vier jaar uitgevoerd door het RIVM in samenwerking met het CBS, in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Sinds 2003 verschijnt de studie vierjaarlijks met een volledige toewijzing van de zorguitgaven, maar om de tweejaar komen er nieuwe cijfers. Voor elke tussenliggende tweejaarperiode vindt een geschatte toewijzing op basis van demografische extrapolatie plaats. De cijfers worden twee jaar na afloop van een peiljaar gepubliceerd. De meest recente volledige toewijzing van zorguitgaven betreft het jaar 2019. De verwachting is dat in 2026 de zorguitgaven van 2023 beschikbaar komen.
Zorguitgaven worden verdeeld op basis van door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) verstrekte ramingen over de zorguitgaven. De totale Nederlandse zorguitgaven worden toebedeeld aan gebruik van zorg en aanbod van zorg met behulp van zorgregistratiedata. De studie omvat collectief en privaat gefinancierde zorg, zoals de basisverzekering, Wlz, Wmo, Jeugdwet, aanvullende verzekeringen en eigen betalingen, maar ook andere uitgaven door overheden, burgers en bedrijven. Uitgaven door mantelzorg of indirecte kosten zoals ziekteverzuim zijn niet inbegrepen.

Uitval school of werk:

Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2014-2024
De Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) onderzoekt jaarlijks de ontwikkelingen in het werk en de werkomstandigheden van werknemers in Nederland, en de gevolgen hiervan voor gezondheid en duurzame inzetbaarheid. De resultaten zijn beschikbaar op landelijk niveau en geven inzicht in o.a. arbeidsomstandigheden, werkdruk, autonomie, werktevredenheid en gezondheid van werknemers. Het onderzoek wordt sinds 2005 uitgevoerd door het CBS en TNO, in samenwerking met het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
De NEA richt zich op werknemers van 15 tot en met 74 jaar. Tot 2013 werd gerapporteerd over werknemers tot 65 jaar; vanaf 2014 tot en met 74 jaar. De vragenlijst bevat een vaste kern van onderwerpen, aangevuld met ad hoc

thema's. Vanaf 2022 wordt een deel van de onderwerpen aan slechts de helft van de steekproef voorgelegd.

Arbeidsongeschiktheidsuitkeringenstatistiek 2015-2020
CBS geeft inzicht in het aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen per wet dat ultimo december van het verslagjaar lopend was, uitgesplitst naar een aantal kenmerken van de uitkeringsontvanger. De cijfers zijn gebaseerd op registratiebasis. Deze gegevens waren beschikbaar van 2015 tot en met 2020 en worden niet verder meer geüpdatet.

HumanCapitalCare en ArboNed 2023
Voor het bepalen van verzuimdagen naar diagnosecategorie worden gegevens van HumanCapitalCare en ArboNed gebruikt. Deze arbodienstverleners bedienen gezamenlijk ruim 64.000 werkgevers en circa één miljoen werknemers. Werkgevers voeren ziek- en herstelmeldingen elektronisch in, die worden opgeslagen in een datawarehouse. Uiterlijk op de 42e verzuimdag stelt de bedrijfsarts een diagnose. Diagnoses worden gegroepeerd naar klachten aan het bewegingsapparaat, psychische klachten en overige lichamelijke klachten.

Open Onderwijsdata Dienst Uitvoering Onderwijs 2015/2016-2023/2024
Dienst Uitvoering Onderwijs stelt een breed scala aan open onderwijsdata beschikbaar over het bekostigde onderwijs in Nederland. Een onderdeel van deze open data zijn de verzuimgegevens. Gemeenten leveren jaarlijks gegevens aan DUO aan, die via de leerplichtambtenaren worden gecontroleerd. Deze cijfers vormen input voor het beleid van het ministerie van OCW ter voorkoming van schoolverzuim en voortijdig schoolverlaten. De gegevens zijn beschikbaar vanaf schooljaar 2015/2016 en worden jaarlijks bijgewerkt.

TNO Maatschappelijke werkgerelateerde kosten van arbeidsongeschiktheid en zorg, 2022
Dit is een rapport op verzoek van ministerie van SZW en brengt kosten voor de maatschappij van arbeidsongeschiktheid en zorggebruik voor personen met een werkgerelateerde aandoening in kaart [115].

Arbobalans 2024
De Arbobalans wordt eens in de vier jaar door TNO samengesteld op verzoek van ministerie van SZW. Dit wordt gedaan in samenwerking met CBS, RIVM en het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. Dit onderzoek geeft een overzicht van de kwaliteit van de arbeid en werkgerelateerde gezondheid in Nederland en de ontwikkelingen daarin. Naast kerncijfers over arbeidsomstandigheden, brengt het onderzoek ook informatie over ziekteverzuim, arbeidsongevallen en beroepsziekten van zzp'ers en werknemers met een vaste of flexibele arbeidsrelatie in kaart. De Arbobalans van 2024 richt zich onder andere op 2023 (NEA en ZEA) en 2024 (Werkgevers Enquête Arbeid (WEA)) met trends vanaf 2015.

Ziektelast en sterfte:

RIVM Ziektelast 2022

De Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) is een vierjaarlijkse studie van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) uitgevoerd in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Deze biedt sinds 1993 inzicht in de huidige en toekomstige ontwikkelingen op het gebied van volksgezondheid in Nederland. In 2024 verscheen de negende editie. De VTV rapporteert over trends in ziekte en gezondheid, gezondheidsdeterminanten, preventie, zorggebruik en maatschappelijke opgaven. De inzichten uit de VTV vormen een belangrijke basis voor het nationale en lokale gezondheidsbeleid.
Voor dit huidige rapport is gebruikgemaakt van de berekeningen van de ziektelast uit de VTV. Het peiljaar voor deze berekeningen is 2022. Meer informatie over de ziektelastberekeningen staat op VZinfo of in het methodologie rapport van de VTV-2024 [116,117].

Doodsoorzakenstatistiek 2014-2024

De Doodsoorzakenstatistiek brengt in kaart waaraan inwoners van Nederland overlijden. Het onderzoek wordt uitgevoerd door het CBS op basis van de doodsoorzaakverklaring van artsen en gegevens uit de Basisregistratie Personen (BRP). De doodsoorzaken zijn gecodeerd volgens de internationale classificatie van ziekten (ICD) van de WHO. Sinds 1901 worden cijfers verzameld en sinds 1950 worden gegevens per doodsoorzaak, leeftijd en geslacht gepubliceerd. Personen die op het moment van overlijden in de BRP waren opgenomen, behoren tot de doelpopulatie. De cijfers zijn beschikbaar op kwartaal- en jaarbasis. De resultaten zijn beschikbaar op landelijk niveau. De meest recente (voorlopige) cijfers hebben betrekking op het jaar 2024.

Bijlage 4 Individuele en omgevingsfactoren per deel(populatie)

Individuele factoren	**(Deel)populatie**							
	Algemene populatie	Kinderen (4 t/m 12)	Adolescenten (12 t/m 18)	Jongvolwassenen (16 t/m 25)	Volwassenen (18 t/m 64)	Ouderen (65+)	Studenten	Werkenden
Demografisch								
1. Herkomstland	X	X	X	X	X	X	X	X
2. Geslacht/Gender	X	X	X	X	X	X	X	X
3. Leeftijd	X	X	X	X	X	X	X	X
Sociaal economisch								
4. Bestaanszekerheid	X	X	X	X	X	X		X
5. Meedoen in de samenleving	X	X	X	X	X	X	X	X
6. Opleidingsniveau	X		X	X	X	X	X	X
7. Arbeidspositie	X			X	X	X		X
Levensgebeurtenissen								
8. Traumatische ervaring							X	
Leefstijl								
9. Slapen							X	
10. Socialemediagebruik		X	X				X	
11. Lichamelijke activiteit	X	X	X	X	X	X		X
12. Roken	X	X	X	X	X	X	X	X
13. Alcoholgebruik	X	X	X	X	X	X	X	X
14. Cannabisgebruik	X		X	X	X		X	X
Gezondheid algemeen								
15. Ervaren gezondheid	X	X	X	X	X	X		X
16. Kwaliteit van Leven								

Omgevingsfactoren	Algemene populatie	Kinderen (4 t/m 12)	Adolescenten (12 t/m 18)	Jongvolwassenen (16 t/m 25)	Volwassenen (18 t/m 64)	Ouderen (65+)	Studenten	Werkenden
Gezin								
17. Opvoedklimaat gezin		X	X				X	
18. Thuissituatie	X	X	X	X	X	X	X	X
Woon- en leefomgeving								
19. Sociale leefomgeving	X	X	X	X	X	X	X	X
20. Veiligheid woonomgeving	X			X	X	X		X
21. Fysieke woonomgeving	X	X	X	X	X	X		X
Onderwijsomgeving								
22. Sociale omgeving op school		X	X				X	
23. Belasting door school of studie		X	X				X	
Werkomgeving								
24. Sociale omgeving op werk								
25. Belasting door arbeid								
Samenleving								
26. Normen en waarden samenleving							X	
27. Complexiteit van de maatschappij							X	

Bijlage 5 Indicatoren gevolgen van mentale ongezondheid per (deel)populatie

Indicatornaam	**(Deel)populatie**							
	Algemene populatie[a]	Kinderen (4 t/m 12)[b]	Adolescenten (12 t/m 18)	Jongvolwassenen (16 t/m 25)	Volwassenen (18 t/m 64)	Ouderen (65+)	Studenten	Werkenden
Zorggebruik								
1. Percentage huisartspatiënten met angstig/nerveus/gespannen gevoel of angst (P01 of P74)	X	X	X	X	X	X		
2. Percentage huisartspatiënten met depressieve gevoelens of depressie (P03 of P76)	X	X	X	X	X	X		
3. Percentage huisartspatiënten met enigerlei psychisch probleem (P00-P99)	X	X	X	X	X	X		
4. Aantal patiënten per 100.000 inwoners van 18 jaar of ouder dat behandeld is in de gespecialiseerde ggz vanwege: Stemmings-stoornissen	X				X	X		
5. Aantal patiënten per 100.000 inwoners van 18 jaar of ouder dat behandeld is in de gespecialiseerde ggz vanwege: Angststoornissen	X				X	X		

Indicatornaam	(Deel)populatie							
	Algemene populatie[a]	Kinderen (4 t/m 12)[b]	Adolescenten (12 t/m 18)	Jongvolwassenen (16 t/m 25)	Volwassenen (18 t/m 64)	Ouderen (65+)	Studenten	Werkenden
6. Aantal patiënten per 100.000 inwoners van 18 jaar of ouder dat behandeld is in de gespecialiseerde ggz vanwege: Enigerlei psychische diagnose	X				X	X		
7. Aantal jeugdigen (0-18 jaar) dat gebruik maakt van jeugdhulp met of zonder verblijf		X	X (uitloop 23 jaar)					
Toegankelijkheid zorg								
8. Aantal wachtplekken in de basis- en specialistische ggz (18 jaar en ouder)	X				X			
9. Gemiddelde wachttijd voor basis- en specialistische ggz	X				X			
Zorguitgaven								
10. Gemeentelijke kosten jeugdhulp[c]		X	X					
11. Zorguitgaven totaal psychische stoornissen[d]	X	X	X	X	X	X		
12. Zorguitgaven voor angst-, dwang- en stressstoornissen	X	X	X	X	X	X		
13. Zorguitgaven voor depressieve, bipolaire en overige stemmingsstoornissen	X	X	X	X	X	X		
14. Zorguitgaven voor burn-out	X			X	X			
15. Zorguitgaven voor ADHD en overige gedragsstoornissen	X	X	X	X	X			

Indicatornaam	**(Deel)populatie**							
	Algemene populatie[a]	Kinderen (4 t/m 12)[b]	Adolescenten (12 t/m 18)	Jongvolwassenen (16 t/m 25)	Volwassenen (18 t/m 64)	Ouderen (65+)	Studenten	Werkenden
16. Zorguitgaven voor dementie	X					X		
17. Kosten voor verzuim door loondoorbetaling bij verzuim wegens psychosociale arbeidsbelasting								X
18. Kosten voor arbeidsongeschiktheid (totale kosten arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in groep met psychische problematiek)								X
Uitval school of werk								
19. Ziekteverzuimpercentage per jaar door psychische klachten, overspannenheid en burn-out				X				X
20. Langdurig ziekteverzuim door psychische klachten								X
21. Aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen vanwege psychische stoornissen (% tov totaal aantal arbeids-ongeschiktheidsuitkeringen)	X							
22. Aantal (%) leerlingen met relatief verzuim (meer dan 16 uur ongeoorloofd verzuim gedurende 4 opeenvolgende lesweken)		X	X					

Indicatornaam	(Deel)populatie							
	Algemene populatie[a]	Kinderen (4 t/m 12)[b]	Adolescenten (12 t/m 18)	Jongvolwassenen (16 t/m 25)	Volwassenen (18 t/m 64)	Ouderen (65+)	Studenten	Werkenden
23. Aantal leerplichtigen met vrijstelling onder artikel 5a		X	X					
Ziektelast en sterfte								
24. Ziektelast (in DALY's) als gevolg van totaal psychische en gedragsstoornissen	X	X	X	X	X	X		
25. Ziektelast (in DALY's) als gevolg van angst-, dwang- en stressstoornissen	X	X	X	X	X	X		X
26. Ziektelast (in DALY's) als gevolg van bipolaire en depressieve stemmingsstoornissen	X	X	X	X	X	X		X
27. Ziektelast (in DALY's) als gevolg van burn-out	X			X	X			X
28. Ziektelast (in DALY's) als gevolg van ADHD en gedragsstoornissen	X	X	X	X	X			
29. Ziektelast (in DALY's) als gevolg van dementie	X					X		
30. Aantal overledenen per 100.000 inwoners als gevolg van psychische stoornissen (F00-F-99)	X	X	X	X	X	X		
31. Aantal overledenen per 100.000 inwoners als gevolg van zelfdoding (X60-X84)	X	X	X	X	X	X		

Lege cel: deze indicatoren zijn niet opgenomen in de kernset van de (deel)populatie. [a.] Verschillende ondergrenzen mogelijk voor leeftijd: 12 jaar, 15 jaar of 18 jaar; [b.] Voor deze deelpopulatie zijn alleen data beschikbaar over leerlingen uit groep 7 (Peil) en groep 8 van het Basisonderwijs (BO) (Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) en Peil).

Bijlage 6 Bouwstenen van de definitie van mentale gezondheid waarop indicatoren voor mentale gezondheid per (deel)populatie betrekking hebben

	Algemene populatie	Kinderen	Adolescenten	Jongvolwassenen	Volwassenen	Ouderen	Studenten	Werkenden
Persoonlijke component								
Mentale vaardigheden		X	X	X			X	
Positief zelfbeeld	X		X		X	X	X	X
Tevredenheid			X				X	
Goed voelen	X	X	X	X	X	X	X	X
Persoonlijk ontwikkeling							X	
Doelbewust leven		X	X	X			X	
In balans		X	X					
Positieve levenshouding	X				X	X	X	X
Sociale component								
Erbij horen en meedoen	X	X	X	X	X	X	X	X
Sociaal functioneren	X	X	X	X	X	X	X	X
Empathie								
Functionele component								
Persoonlijk grenzen stellen		X	X	X			X	
Persoonlijk hulpbronnen	X		X	X	X	X	X	X
Dagelijks functioneren	X	X	X	X	X	X	X	X

	Algemene populatie	Kinderen	Adolescenten	Jongvolwassenen	Volwassenen	Ouderen	Studenten	Werkenden
Actieve houding	X	X	X		X	X	X	X
Perceptieve component								
Denkbeeld over mentale gezondheid								
Eigenschappen concept								
Afwezigheid van psychische klachten	X	X	X	X	X	X	X	X
Totaal aantal bouwstenen	9	10	13	9	9	9	14	9

Voor meer informatie over de bouwstenen en componenten zie rapport ‘Delphistudie Definitie Mentale Gezondheid’ [4]

Bijlage 7 Tabellen huidige situatie indicatoren mentale gezondheid per deelpopulatie voor digitoegankelijkheid

Bijlagetabel B7.1 Huidige situatie voor tevredenheid over het eigen leven bij de algemene populatie (18 jaar en ouder)

		Levenstevredenheid
	Jaartal gegevens	**2024**
	Bron	**SSW**
	Populatie	**18 jaar en ouder**
	Cijfer	**%**
	Totaal	85,3
Geslacht	Man	85,0
	Vrouw	85,5
Leeftijd	18-24 jaar	78,5
	25-34 jaar	84,1
	35-44 jaar	85,2
	45-54 jaar	86,5
	55-64 jaar	85,5
	65-74 jaar	88,8
	75 jaar en ouder	87,6
Opleidingsniveau	Basisonderwijs	79,5
	Vmbo, mbo1, avo, onderbouw	81,7
	Havo, vwo, mbo	85,3
	Hbo, wo bachelor	87,2
	Wo, master, doctor	90,1

Bijlagetabel B7.2 Huidige situatie voor mentale problemen bij de algemene populatie (vanaf 12 jaar en ouder)

		Angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken	**Beperkt door emotionele problemen in de afgelopen 4 weken**	**Hoog risico op een angststoornis of depressie**	**Sterk eenzaam**
	Jaartal gegevens	**2024**	**2024**	**2024**	**2024**
	Bron	**GE**	**GE**	**GMVO**	**SSW**
	Populatie	**12 jaar en ouder**	**12 jaar en ouder**	**18 jaar en ouder**	**15 jaar en ouder**
	Cijfer	**%**	**%**	**%**	**%**
	Totaal	43,7	15,9	8,9	9,8
Geslacht / gender	Man	38,3	13,4	7,4	9,2
	Vrouw	49,0	18,3	10,2	10,4
	Anders	-	-	35,4	-
Leeftijd	12-15 jaar	31,6	7,3	-	-
	16-19 jaar	51,6	17,2	-	-
	20-29 jaar	51,9	23,3	-	-
	30-39 jaar	47,5	19,4	-	-
	40-49 jaar	44,5	16,9	-	-
	50-54 jaar	43,7	15,9	-	-
	55-64 jaar	39,4	13,7	-	10,1
	65-74 jaar	36,1	11,1	-	8,9
	75 jaar en ouder	43,0	10,5	-	5,8
	15-24 jaar	-	-	-	10,9
	25-34 jaar	-	-	-	10,2
	35-44 jaar	-	-	-	10,6

		Angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken	Beperkt door emotionele problemen in de afgelopen 4 weken	Hoog risico op een angststoornis of depressie	Sterk eenzaam
	Jaartal gegevens	**2024**	**2024**	**2024**	**2024**
	Bron	**GE**	**GE**	**GMVO**	**SSW**
	Populatie	**12 jaar en ouder**	**12 jaar en ouder**	**18 jaar en ouder**	**15 jaar en ouder**
	Cijfer	**%**	**%**	**%**	**%**
	45-54 jaar	-	-	-	10,8
	18-64 jaar	-	-	10,5	-
	65 jaar en ouder	-	-	4,2	-
Opleidingsniveau	Basisonderwijs	55,7	18,4	-	11,3
	Vmbo, havo/vwo onderbouw, mbo1	45,3	14,8	-	10,8
	Havo, vwo, mbo 2-4	40,4	15,6	-	9,9
	Hbo-, wo-bachelor	41,6	14,6	-	9,3
	Hbo-, wo-master, doctor	42,1	16,5	-	8,2
	Basisonderwijs, lbo, mavo, vmbo	-	-	11,3	-
	Havo, vwo, mbo 2-4	-	-	10,0	-
	Hbo, wo	-	-	6,6	-

Bijlagetabel B7.3 Huidige situatie voor psychische aandoeningen bij de algemene populatie (18 t/m 75 jaar)

		Enige angststoornis laatste jaar	Enige stemmingsstoornis laatste jaar	Enige psychische aandoening laatste jaar	Twee of meer psychische aandoeningen laatste jaar
	Jaartal gegevens	**2019/2022**	**2019/2022**	**2019/2022**	**2019/2022**
	Bron	**NEMESIS-3**	**NEMESIS-3**	**NEMESIS-3**	**NEMESIS-3**
	Populatie	**18 t/m 75 jaar**	**18 t/m 75 jaar**	**18 t/m 75 jaar**	**18 t/m 75 jaar**
	Cijfer	**%**	**%**	**%**	**%**
	Totaal	15,2	9,8	25,9	11,0
Geslacht	Man	11,0	8,1	24,0	9,2
	Vrouw	19,4	11,5	27,8	12,8
Leeftijd	18-24 jaar	19,9	13,3	39,6	14,4
	25-34 jaar	19,8	13,1	35,2	15,1
	35-44 jaar	17,5	11,1	27,7	14
	45-54 jaar	13,3	9,5	21,8	9,9
	55-64 jaar	13,8	7,9	21,4	8,9
	65-75 jaar	8,7	4,9	13,9	4,9
Opleidingsniveau	Basisonderwijs, lbo, mavo, vmbo	17,0	12,0	27,9	14,5
	Mbo, havo, vwo	15,9	10,2	26	10,9
	Hbo, wo	13,3	7,9	24,4	8,8

Bijlagetabel B7.4 Huidige situatie voor de drie indicatoren voor mentaal welbevinden bij kinderen

		Emotioneel welbevinden in de laatste twee weken	**Levenstevredenheid**	**Zelfbekwaamheid om met eigen problemen om te gaan**
	Jaartal gegevens	**2021**	**2023**	**2021**
	Bron	**HBSC-BO**	**PEIL-BO**	**HBSC-BO**
	Populatie	**Groep 8 basisonderwijs (10 t/m 12 jaar)**	**Groep 8 basisonderwijs (10 t/m 12 jaar)**	**Groep 8 basisonderwijs (10 t/m 12 jaar)**
	Cijfer	**Score**	**%**	**%**
	Totaal	17,2	86,1	53,9
Geslacht	Jongen	18,2	91,2	58,2
	Meisje	16,3	81,4	49,6

Bijlagetabel B7.5 Huidige situatie voor de vijf indicatoren voor mentaal welbevinden bij adolescenten

		Emotioneel welbevinden in de laatste twee weken	**Levenstevredenheid**	**Gevoel van controle over eigen leven**	**Zelfbekwaamheid om met eigen problemen om te gaan**	**Kan bij iemand terecht bij probleem**
	Jaartal gegevens	**2021**	**2023**	**2021**	**2021**	**2023**
	Bron	**HBSC-VO**	**PEIL-VO**	**HBSC-VO**	**HBSC-VO**	**GMJ**
	Populatie	**Leerlingen VO 12-16 jaar**	**Leerlingen VO 12-16 jaar**	**Leerlingen VO 12-16 jaar**	**Leerlingen VO 12-16 jaar**	**Leerlingen VO klas 2 en 4**
	Cijfer	**Score**	**%**	**%**	**%**	**%**
	Totaal	14,6	76,6	31,7	50,8	95,9
Geslacht	Jongen	16,2	84,4	37,9	56,1	96,3
	Meisje	13,0	68,6	25,3	45,2	95,7
Leeftijd	12 jaar	15,7	82,6	37,2	51,7	-
	13 jaar	15,0	77,0	31,9	49,2	-
	14 jaar	14,4	76,5	30,0	49,7	-
	15 jaar	14,2	71,6	29,2	51,2	-
	16 jaar	13,7	72,8	30,7	52,9	-
Leerjaar	Klas 2	-	-	-	-	95,5
	Klas 4	-	-	-	-	96,3
Schoolniveau	Vmbo-b/k	15,3	73,9	26,5	44,4	94,7
	Vmbo-g/t	15,1	76,7	30,4	47,2	95,6
	Havo	14,4	75,8	32,9	50,8	96,4
	Vwo	14,1	78,9	35,4	59,2	96,8

Bijlagetabel B7.6 Huidige situatie voor mentale problemen bij kinderen

		Mentale problemen (SDQ) in de afgelopen 6 maanden
	Jaartal gegevens	**2023**
	Bron	**PEIL-BO**
	Populatie	**Groep 8 basisonderwijs (10-12 jaar)**
	Cijfer	**%**
	Totaal	23,8
Geslacht	Jongen	20,7
	Meisje	26,6

Bijlagetabel B7.7 Huidige situatie voor de drie indicatoren voor mentale problemen bij adolescenten

		Mentale problemen (SDQ) in de afgelopen 6 maanden	**Angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken**	**Beperkt voelen door emotionele problemen in de afgelopen 4 weken**
	Jaartal gegevens	**2023**	**2024**	**2024**
	Bron	**PEIL-VO**	**GE**	**GE**
	Populatie	**Leerlingen VO 12-16 jaar**	**12-18 jaar**	**12-18 jaar**
	Cijfer	**%**	**%**	**%**
	Totaal	29,6	40,6	11,2
Geslacht	Jongen	20,9	32,4	7,0
	Meisje	38,3	49,2	15,8
Leeftijd	12 jaar	27,1	-	-
	13 jaar	30,7	-	-
	14 jaar	31,3	-	-
	15 jaar	31,2	-	-
	16 jaar	27,1	-	-
Schoolniveau	Vmbo-b/k	37,8	-	-
	Vmbo-g/t	32,8	-	-
	Havo	29,2	-	-
	Vwo	22,2	-	-

Bijlagetabel B7.8 Huidige situatie voor de drie indicatoren voor mentaal welbevinden bij jongvolwassenen

		Tevreden over eigen leven	**Herstelt meestal weer snel na een moeilijke periode**	**Voldoende weerbaar**
	Jaartal gegevens	**2024**	**2024**	**2024**
	Bron	**SSW**	**GMJV**	**GMJV**
	Populatie	**16 t/m 25 jaar**	**16 t/m 25 jaar**	**16 t/m 25 jaar**
	Cijfer	**%**	**%**	**%**
	Totaal	79,8	57,9	83,1
Geslacht/gender	Man	81,0	66,0	87,5
	Vrouw	78,5	50,5	79,1
Leeftijd	16-17 jaar	-	60,7	82,5
	18-20 jaar	-	58,2	83,3
	21-25 jaar	-	57,0	83,2
Opleidingsniveau	Basisonderwijs, vmbo, mbo1	-	46,8	80,1
	Havo, vwo, mbo2-4	-	56,4	83,2
	Hbo, wo	-	62,6	83,7

Bijlagetabel B7.9 Huidige situatie voor de drie indicatoren voor mentale problemen bij jongvolwassenen

		Angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken	**Beperkt voelen door emotionele problemen in de afgelopen 4 weken**	**Sterk eenzaam**
	Jaartal gegevens	**2024**	**2024**	**2024**
	Bron	**GE**	**GE**	**SS**
	Populatie	**16-25 jaar**	**16-25 jaar**	**16-25 jaar**
	Cijfer	**%**	**%**	**%**
	Totaal	52,0	21,0	11,2
Geslacht	Man	44,9	19,5	8,6
	Vrouw	59,2	22,5	14,0
Opleidingsniveau	Basisonderwijs, vmbo, mbo1	-	-	-
	Havo, vwo, mbo2-4	-	-	10,5
	Hbo, wo	-	-	11,7

Bijlagetabel B7.10 Huidige situatie voor levenstevredenheid bij volwassenen

		Levenstevredenheid
	Jaartal gegevens	**2024**
	Bron	**SSW**
	Populatie	**18-64 jaar**
	Cijfer	**%**
	Totaal	84,3
Geslacht	Man	83,9
	Vrouw	84,7
Opleidingsniveau	Basisonderwijs	69,7
	Vmbo, mbo1, avo, onderbouw	77,7
	Havo, vwo, mbo	84,6
	Hbo, wo bachelor	86,4
	Wo, master, doctor	90,4

Bijlagetabel B7.11 Huidige situatie voor de vier indicatoren voor mentale problemen bij volwassenen

		Angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken	**Beperkt voelen door emotionele problemen in de afgelopen 4 weken**	**Hoog risico op een angststoornis of depressie**	**Sterk eenzaam**
	Jaartal gegevens	**2024**	**2024**	**2024**	**2024**
	Bron	**GE**	**GE**	**GMVO**	**SSW**
	Populatie	**18-64 jaar**	**18-64 jaar**	**18-64 jaar**	**18-64 jaar**
	Cijfer	**%**	**%**	**%**	**%**
	Totaal	45,8	18,1	10,5	10,6
Geslacht / gender	Man	41,1	15,3	8,7	10,1
	Vrouw	50,5	21,0	12,1	11,1
	Anders dan man of vrouw	-	-	38,1	-
Opleidingsniveau	Basisonderwijs	58,7	24,4	-	19,2
	Vmbo, mbo1, avo, onderbouw	49,9	18,1	-	13,1
	Havo, vwo, mbo	43,9	18,1	-	10,6
	Hbo, wo bachelor	44,0	16,6	-	9,6
	Wo, master, doctor	43,9	17,7	-	8,1
Opleidingsniveau	Lo, mavo, lbo	-	-	16,5	-
	Havo, vwo, mbo	-	-	11,6	-
	Hbo, wo	-	-	7,5	-

Bijlagetabel B7.12 Huidige situatie voor levenstevredenheid bij ouderen

		Levenstevredenheid
	Jaartal gegevens	**2024**
	Bron	**SSW**
	Populatie	**65 jaar en ouder**
	Cijfer	**%**
	Totaal	88,3
Geslacht	Man	88,6
	Vrouw	88,0
Opleidingsniveau	Basisonderwijs	87,8
	Vmbo, mbo1, avo, onderbouw	87,6
	Havo, vwo, mbo	87,8
	Hbo, wo bachelor	90,7
	Wo, master, doctor	88,6

Bijlagetabel B7.13 Huidige situatie voor de vier indicatoren voor mentale problemen bij ouderen

		Angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken	**Beperkt voelen door emotionele problemen in de afgelopen 4 weken**	**Hoog risico op een angststoornis of depressie**	**Sterk eenzaam**
	Jaartal gegevens	**2024**	**2024**	**2024**	**2024**
	Bron	**GE**	**GE**	**GMVO**	**SSW**
	Populatie	**65 jaar en ouder**	**65 jaar en ouder**	**65 jaar en ouder**	**65 jaar en ouder**
	Cijfer	**%**	**%**	**%**	**%**
	Totaal	39,2	10,8	4,2	7,5
Geslacht / gender	Man	32,7	9,8	3,2	6,8
	Vrouw	45,1	11,8	5,0	8,1
	Anders dan man of vrouw	-	-	6,6	-
Opleidingsniveau	Basisonderwijs	52,0	12,5	-	6,0
	Vmbo, mbo1, avo, onderbouw	41,6	12,2	-	7,8
	Havo, vwo, mbo	34,4	9,3	-	7,4
	Hbo, wo bachelor	34,4	7,6	-	8,0
	Wo, master, doctor	35,4	10,2	-	9,1
Opleidingsniveau	Lo, mavo, lbo	-	-	5,7	-
	Havo, vwo, mbo	-	-	3,3	-
	Hbo, wo	-	-	2,3	-

Bijlagetabel B7.14 Huidige situatie voor drie indicatoren voor mentaal welbevinden bij studenten

		Positieve mentale gezondheid (floreren)	**Levenstevredenheid**	**Veerkracht**	**Weerbaarheid**
	Jaartal	**2025**	**2025**	**2025**	**2024**
	Bron	**MMMS**	**MMMS**	**MMMS**	**GMJV**
	Populatie	**Hbo- en wo-studenten**	**Hbo- en wo-studenten**	**Hbo- en wo-studenten**	**Mbo-, hbo- en wo-studenten (16-25 jaar)**
	Cijfer	**%**	**Gemiddelde**	**%**	**%**
	Totaal	23	6,8	57	83,5
Gender	Man	27	6,9	70	87,6
	Vrouw	21	6,8	48	79,9
	Anders	7	6,1	37	72,0
Leeftijd	16-21 jaar	22	6,9	58	-
	22-25 jaar	23	6,8	57	-
	26-29 jaar	19	6,5	48	-
	30 jaar en ouder	31	6,8	61	-
	16 en 17 jaar	-	-	-	83,3
	18-21 jaar	-	-	-	83,7
	22-25 jaar	-	-	-	83,3
Onderwijstype	Mbo	-	-	-	83,2
	Hbo	24	6,8	54	84,2
	Wo	22	6,9	60	82,7

Bijlagetabel B7.15 Huidige situatie voor de drie indicatoren voor mentale problemen bij studenten

		Angst- of depressiegevoelens in laatste 4 weken	**Emotionele uitputtingsklachten**	**Sterk eenzaam**
	Jaartal gegevens	**2025**	**2025**	**2025**
	Bron	**MMMS**	**MMMS**	**MMMS**
	Populatie	**Hbo- en wo-studenten**	**Hbo- en wo-studenten**	**Hbo- en wo-studenten**
	Cijfer	**%**	**%**	**%**
	Totaal	83	56	23
Gender	Man	75	50	22
	Vrouw	88	59	23
	Anders	95	77	41
Leeftijd	16-21 jaar	81	54	22
	22-25 jaar	83	57	22
	26-29 jaar	88	64	29
	30 jaar en ouder	79	47	25
Onderwijstype	Hbo	81	52	22
	Wo	84	58	24

Bijlagetabel B7.16 Huidige situatie voor levenstevredenheid bij werkenden

		Levenstevredenheid
	Jaartal gegevens	**2024**
	Bron	**SSW**
	Populatie	**Werkende 15 jaar en ouder**
	Cijfer	**%**
	Totaal	87,9
Geslacht	Man	87,6
	Vrouw	88,2
Opleidingsniveau	Basisonderwijs	83,2
	Vmbo, mbo1, avo, onderbouw	85,0
	Havo, vwo, mbo	87,3
	Hbo, wo bachelor	88,6
	Wo, master, doctor	92,3

Bijlagetabel B7.17 Huidige situatie voor de indicatoren voor mentale problemen bij werkenden

		Angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken	**Beperkt voelen door emotionele problemen in de afgelopen 4 weken**	**Hoog risico op een angststoornis of depressie**	**Sterk eenzaam**
	Jaartal gegevens	**2024**	**2024**	**2024**	**2024**
	Bron	**GE**	**GE**	**GMVO**	**SSW**
	Populatie	**Werkende 15 jaar en ouder**	**Werkende 15 jaar en ouder**	**Werkende 18 jaar en ouder**	**Werkende 15 jaar en ouder**
	Cijfer	**%**	**%**	**%**	**%**
	Totaal	41,5	14,3	7,2	8,6
Geslacht / gender	Man	36,6	11,4	5,8	8,3
	Vrouw	47,0	17,5	8,5	9,0
	Anders dan man of vrouw	-	-	28,4	-
Opleidingsniveau	basisonderwijs	44,1	9,4	-	11,1
	vmbo, mbo1, avo, onderbouw	44,3	13,1	-	9,7
	havo, vwo, mbo	40,3	14,4	-	8,7
	hbo, wo bachelor	40,6	13,9	-	8,4
	wo, master, doctor	41,6	16,2	-	7,3
Opleidingsniveau	lo, mavo, lbo	-	-	9,3	-
	havo, vwo, mbo	-	-	8,4	-
	hbo, wo	-	-	5,8	-

Bijlagetabel B7.18 Huidige situatie voor burn-out klachten bij werknemers (15 t/m 74 jaar) en zelfstandigen (15 jaar en ouder)

		Burn-out klachten	**Burn-out klachten**
	Jaartal gegevens	**2024**	**2025**
	Bron	**NEA**	**ZEA**
	Populatie	**Werknemers 15-74 jaar**	**Zelfstandigen 15 jaar en ouder**
	Cijfer	**%**	**%**
	Totaal	20,1	11,8
Geslacht	Man	18,2	11,8
	Vrouw	22,2	11,7
Leeftijd	15-24 jaar	18,0	-
	25-34 jaar	26,3	19,1
	35-44 jaar	21,8	13,9
	45-54 jaar	18,5	11,0
	55-64 jaar	17,3	8,3
	65-74 jaar	9,6	-
	65 jaar en ouder	-	4,3
Opleidingsniveau	t/m vbo	18,2	-
	havo, mbo	19,0	-
	hbo, wo	21,8	-
Opleidingsniveau	basisonderwijs, vmbo, mbo1	-	12,3
	havo, vwo, mbo2	-	10,1
	hbo, wo	-	12,9

Bijlagetabel B7.18 Huidige situatie voor de vier indicatoren voor psychische aandoeningen bij werkenden van 18 t/m 75 jaar

		Enige angststoornis laatste jaar	**Enige stemmingsstoornis laatste jaar**	**Enige psychische aandoening laatste jaar**	**Twee of meer psychische aandoeningen laatste jaar**
	Jaartal gegevens	**2019/2022**	**2019/2022**	**2019/2022**	**2019/2022**
	Bron	**NEMESIS-3**	**NEMESIS-3**	**NEMESIS-3**	**NEMESIS-3**
	Populatie	**Werkende 18-75 jaar**	**Werkende 18-75 jaar**	**Werkende 18-75 jaar**	**Werkende 18-75 jaar**
	Cijfer	**%**	**%**	**%**	**%**
	Totaal	13,5	8,1	24,0	8,9
Geslacht	Man	9,9	6,5	22,7	7,6
	Vrouw	17,4	9,8	25,3	10,4
Leeftijd	18-24 jaar	19,9	10,0	35,4	11,8
	25-34 jaar	19,8	12,0	33,7	13,4
	35-44 jaar	17,5	8,3	24,0	10,3
	45-54 jaar	13,3	5,9	16,2	5,2
	55-64 jaar	13,8	5,6	18,5	6,2
	65-75 jaar	8,7	4,0	11,2	4,0
Opleidingsniveau	Basisonderwijs, lbo, mavo, vmbo	17,0	8,9	24,5	9,9
	Mbo, havo, vwo	15,9	8,6	24,2	9,4
	Hbo, wo	13,3	7,1	23,4	7,9

Bijlage 8 Factoren voor mentale gezondheid: referentiegroepen en 95% betrouwbaarheidsintervallen

Bijlagetabel B8.1 Samenhang van individuele factoren met levenstevredenheid (18 jaar en ouder) en met angst- of depressiegevoelens (12 jaar en ouder) onder algemene populatie inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen*

				SSW (2023)	**GE (2023)**
				Levenstevredenheid	**Angst- of depressie-gevoelens afgelopen 4 weken**
				OR (95% BI)	**OR (95% BI)**
	Individuele factor	**Indicator**	**Referentiecategorie indicator**	**Totaal**	**Totaal**
Demografisch	Herkomst	Herkomstland anders dan Nederland	Herkomstland Nederland	0,75 (0,64;0,87)	1,32 (1,19;1,48)
Sociaaleconomisch	Bestaanszekerheid	Zorgen over financiële toekomst	Geen zorgen over financiële toekomst	0,37 (0,32;0,43)	-
		Eerste inkomenskwintiel	Tweede t/m vijfde inkomenskwintiel	-	1,94 (1,69;2,22)
	Meedoen in de samenleving	Geen lid zijn van een vereniging	Lid van een vereniging	0,57 (0,49;0,66)	-
	Arbeidspositie	Geen betaald werk hebben	Betaald werk hebben	0,37 (0,31;0,44)	1,73 (1,53;1,94)
Leefstijl	Lichamelijke activiteit	Voldoet niet aan de beweegrichtlijnen	Voldoet aan de beweegrichtlijnen	-	1,09 (0,99;1,19)
	Alcoholgebruik	Zware drinker	Geen zware drinker	0,85 (0,66;1,11)	1,02 (0,86;1,21)
	Cannabisgebruik	Cannabis gebruikt in de afgelopen maand	Geen cannabis gebruikt in afgelopen maand	-	2,23 (1,77;2,81)
	Roken	Rookt (weleens)	Rookt niet	0,53 (0,45;0,64)	1,57 (1,39;1,77)
Gezondheid algemeen	Ervaren gezondheid	Ervaren gezondheid matig/(zeer) slecht	Ervaren gezondheid (zeer) goed	0,21 (0,18;0,24)	5,14 (4,58;5,77)

*Analyses zijn gecontroleerd voor geslacht, leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau. BI = betrouwbaarheidsinterval, OR = odds ratio, - = geen gegevens beschikbaar

Bijlagetabel B8.2 Samenhang van individuele factoren met levenstevredenheid (18 jaar en ouder) en met angst- of depressiegevoelens (12 jaar en ouder) onder mannen en vrouwen (algemene populatie) inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen*

				SSW (2023)		**GE (2023)**	
				Levenstevredenheid		**Angst- of depressie-gevoelens afgelopen 4 weken**	
				OR (95% BI)		**OR (95% BI)**	
	Individuele factor	**Indicator**	**Referentiecategorie indicator**	**Man**	**Vrouw**	**Man**	**Vrouw**
Demografisch	Herkomst	Herkomstland anders dan Nederland	Herkomstland Nederland	0,79 (0,63;1,00)	0,71 (0,57;0,88)	1,26 (1,07;1,49)	1,38 (1,19;1,60)
Sociaal-economisch	Bestaans-zekerheid	Zorgen over financiële toekomst	Geen zorgen over financiële toekomst	0,38 (0,31;0,47)	0,36 (0,29;0,44)	-	-
		Eerste inkomenskwintiel	Tweede t/m vijfde inkomenskwintiel	-	-	1,83 (1,49;2,24)	2,03 (1,68;2,45)
	Meedoen in de samenleving	Geen lid zijn van een vereniging	Lid van een vereniging	0,61 (0,50;0,76)	0,53 (0,44;0,65)	-	-
	Arbeidspositie	Geen betaald werk hebben	Betaald werk hebben	0,31 (0,24;0,40)	0,43 (0,34;0,55)	1,59 (1,33;1,88)	1,88 (1,59;2,55)
Leefstijl	Lichamelijke activiteit	Voldoet niet aan de beweegrichtlijnen	Voldoet aan de beweegrichtlijnen	-	-	1,00 (0,87;1,14)	1,18 (1,04;1,33)
	Alcoholgebruik	Zware drinker	Geen zware drinker	0,74 (0,53;1,04)	1,08 (0,70;1,67)	0,95 (0,74;1,21)	1,09 (0,86;1,38)
	Cannabis-gebruik	Cannabis gebruikt in de afgelopen maand	Geen cannabis gebruikt in afgelopen maand	-	-	2,03 (1,54;2,68)	2,93 (1,87;4,58)
	Roken	Rookt (weleens)	Rookt niet	0,56 (0,44;0,71)	0,51 (0,39;0,67)	1,60 (1,36;1,89)	1,55 (1,30;1,85)
Gezondheid algemeen	Ervaren gezondheid	Ervaren gezondheid matig/(zeer) slecht	Ervaren gezondheid (zeer) goed	0,20 (0,16;0,25)	0,21 (0,17;0,26)	4,84 (4,09;5,73)	5,43 (4,63;6,36)

*Analyses zijn gecontroleerd voor leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau. BI = betrouwbaarheidsinterval, OR = odds ratio, - = geen gegevens beschikbaar

Bijlagetabel B8.3 Samenhang van omgevingsfactoren met levenstevredenheid (18 jaar en ouder) en met angst- of depressiegevoelens (12 jaar en ouder) onder algemene populatie inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen*

				SSW (2023)	**GE (2023)**
				Levenstevredenheid	**Angst- of depressie-gevoelens afgelopen 4 weken**
				OR (95% BI)	**OR (95% BI)**
	Omgevingsfactor	**Indicator**	**Referentiecategorie indicator**	**Totaal**	**Totaal**
Gezin	Thuissituatie	Alleenstaand of alleenstaande ouder	Partner, kind in gezin of overig	0,40 (0,35;0,47)	1,82 (1,64;2,03)
Woon- en leefomgeving	Sociale leefomgeving	Geen dagelijks contact met familie, vrienden of buren	Dagelijks contact met familie, vrienden en/of buren	0,74 (0,65;0,86)	-
	Veiligheid woonomgeving	Voelt zich (een beetje) onveilig	Voelt zich niet onveilig	0,44 (0,38;0,51)	-
	Fysieke woonomgeving	Woont in (grote) stad	Woont niet in (grote) stad	0,84 (0,72;0,97)	1,25 (1,13;1,38)

*Analyses zijn gecontroleerd voor geslacht, leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau. BI = betrouwbaarheidsinterval, OR = odds ratio, - = geen gegevens beschikbaar

Bijlagetabel B8.4 Samenhang van omgevingsfactoren met levenstevredenheid (18 jaar en ouder) en met angst- of depressiegevoelens (12 jaar en ouder) onder mannen en vrouwen (algemene populatie) inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen*

				SSW (2023)		**GE (2023)**	
				Levenstevredenheid		**Angst- of depressie-gevoelens afgelopen 4 weken**	
				OR (95% BI)		**OR (95% BI)**	
	Omgevingsfactor	**Indicator**	**Referentiecategorie indicator**	**Man**	**Vrouw**	**Man**	**Vrouw**
Gezin	Thuissituatie	Alleenstaand of alleenstaande ouder	Partner, kind in gezin of overig	0,37 (0,30;0,46)	0,44 (0,36;0,54)	2,14 (1,82;2,51)	1,63 (1,41;1,88)
Woon- en leefomgeving	Sociale leefomgeving	Geen dagelijks contact met familie, vrienden of buren	Dagelijks contact met familie, vrienden en/of buren	0,78 (0,64;0,96)	0,71 (0,59;0,87)	-	-
	Veiligheid woonomgeving	Voelt zich (een beetje) onveilig	Voelt zich niet onveilig	0,43 (0,34;0,54)	0,44 (0,36;0,53)	-	-
	Fysieke woonomgeving	Woont in (grote) stad	Woont niet in (grote) stad	0,84 (0,68;1,05)	0,83 (0,67;1,03)	1,37 (1,18;1,58)	1,16 (1,02;1,33)

*Analyses zijn gecontroleerd voor leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau. BI = betrouwbaarheidsinterval, OR = odds ratio, - = geen gegevens beschikbaar

Bijlagetabel B8.5 Samenhang van individuele factoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder leerlingen in groep 8 (10 t/m 12 jaar) inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen*

				HBSC	
				Emotioneel welbevinden	**Mentale problemen (SDQ)**
				b-coëfficiënt (95% BI)	**OR (95% BI)**
	Individuele factor	**Indicator**	**Referentie-categorie indicator**	**Totaal**	**Totaal**
Demografisch	Herkomst	Herkomstland anders dan Nederland	Herkomstland Nederland	-0,28 (-1,14;0,59)	1,06 (0,78;1,44)
Sociaaleconomisch	Bestaanszekerheid	Lage gezinswelvaart	Midden/hoge gezinswelvaart	-0,08 (-1,10;0,93)	1,00 (0,61;1,64)
	Meedoen in de samenleving	Geen lidmaatschap (sport)club of vereniging	Lidmaatschap (sport)club of vereniging	-0,52 (-1,09;0,05)	1,18 (0,91;1,54)
Leefstijl	Socialemediagebruik	Problematisch socialemediagebruik	Geen problematisch socialemediagebruik	-3,68 (-5,77;-1,59)	11,95 (5,42;26,33)
	Lichamelijke activiteit	Minder dan 5 dagen per week 60 minuten bewegen	5 of meer dagen per week 60 minuten bewegen	-1,41 (-1,94;-0,88)	1,53 (1,20;1,95)
	Alcoholgebruik	Ooit alcoholgebruikt	Nooit alcoholgebruikt	-2,64 (-3,56;-1,71)	2,54 (1,71;3,78)
	Roken	Ooit gerookt	Nooit gerookt	-3,00 (-5,09;-0,91)	5,10 (2,39;10,87)
Gezondheid algemeen	Ervaren gezondheid	Ervaren gezondheid redelijk/slecht	Ervaren gezondheid goed/uitstekend	-4,83 (-5,71;-3,95)	4,33 (3,00;6,24)

*Analyses zijn gecontroleerd voor geslacht en leeftijd (in jaren). BI = betrouwbaarheidsinterval, OR = odds ratio, - = geen gegevens beschikbaar

Bijlagetabel B8.6 Samenhang van individuele factoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder jongens en meisjes in groep 8 (10 t/m 12 jaar) inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen*

				HBSC			
				Emotioneel welbevinden		Mentale problemen (SDQ)	
				b-coëfficiënt (95% BI)		OR (95% BI)	
	Individuele factor	Indicator	Referentie-categorie indicator	Jongen	Meisje	Jongen	Meisje
Demografisch	Herkomst	Herkomstland anders dan Nederland	Herkomstland Nederland	0,13 (-0,95;1,21)	-0,62 (-1,62;0,38)	1,07 (0,68;1,70)	1,05 (0,68;1,61)
Sociaaleconomisch	Bestaanszekerheid	Lage gezinswelvaart	Midden/hoge gezinswelvaart	-0,59 (-1,99;0,81)	0,35 (-1,06;1,76)	0,95 (0,48;1,87)	1,03 (0,49;2,18)
	Meedoen in de samenleving	Geen lidmaatschap (sport)club of vereniging	Lidmaatschap (sport)club of vereniging	-0,81 (-1,54;-0,08)	-0,31 (-1,33;0,72)	1,26 (0,76;2,08)	1,15 (0,77;1,70)
Leefstijl	Socialemediagebruik	Problematisch socialemediagebruik	Geen problematisch socialemediagebruik	-2,54 (-5,82;0,75)	-4,51 (-6,56;-2,47)	10,01 (3,15;31,81)	14,59 (4,83;44,07)
	Lichamelijke activiteit	Minder dan 5 dagen per week 60 minuten bewegen	5 of meer dagen per week 60 minuten bewegen	-1,34 (-2,04;-0,64)	-1,46 (-2,27;-0,64)	1,93 (1,35;2,77)	1,26 (0,93;1,71)
	Alcoholgebruik	Ooit alcoholgebruikt	Nooit alcoholgebruikt	-2,48 (-3,48;-1,48)	-2,76 (-4,08;-1,44)	2,92 (1,87;4,54)	2,17 (1,25;3,79)
	Roken	Ooit gerookt	Nooit gerookt	-0,93 (-4,16;2,29)	-4,39 (-6,99;-1,80)	4,04 (1,25;13,09)	6,35 (2,34;17,22)
Gezondheid algemeen	Ervaren gezondheid	Ervaren gezondheid redelijk/slecht	Ervaren gezondheid goed/uitstekend	-4,28 (-5,56;-3,01)	-5,11 (-6,25;-3,96)	4,12 (2,55;6,68)	4,41 (2,84;6,84)

*Analyses zijn gecontroleerd voor leeftijd (in jaren). BI = betrouwbaarheidsinterval, OR = odds ratio, - = geen gegevens beschikbaar

Bijlagetabel B8.7 Samenhang van omgevingsfactoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder leerlingen in groep 8 (10 t/m 12 jaar) inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen*

				HBSC	
				Emotioneel welbevinden	**Mentale problemen (SDQ)**
				b-coëfficiënt (95% BI)	**OR (95% BI)**
	Omgevingsfactor	**Indicator**	**Referentie-categorie indicator**	**Totaal**	**Totaal**
Gezin	Opvoedklimaat	Niet veel steun van gezin ervaren	Veel steun van gezin ervaren	-4,00 (-4,73;-3,26)	4,27 (3,27;5,57)
	Thuissituatie	Niet in één huis wonen met beide ouders	In één huis wonen met beide ouders	-1,06 (-1,60;-0,51)	2,21 (1,68;2,91)
Woon- en leefomgeving	Sociale leefomgeving	Niet veel steun van vrienden ervaren	Veel steun van vrienden ervaren	-3,17 (-3,70;-2,64)	3,64 (2,78;4,77)
	Fysieke woonomgeving	In (grote) stad naar school gaan	Niet in (grote) stad naar school gaan	0,39 (-0,31;1,08)	1,23 (0,87;1,72)
Onderwijsomgeving	Sociale omgeving op school	Geen goede relatie met klasgenoten en leraren	Goede relatie met klasgenoten en leraren	-4,89 (-5,76;-4,02)	6,43 (4,46;9,27)
	Belasting door school of studie	(Nogal) veel ervaren druk door schoolwerk	Niet veel ervaren druk door schoolwerk	-3,23 (-3,78;-2,69)	5,31 (3,75;7,51)

*Analyses zijn gecontroleerd voor geslacht en leeftijd (in jaren). BI = betrouwbaarheidsinterval, OR = odds ratio, - = geen gegevens beschikbaar

Bijlagetabel B8.8 Samenhang van omgevingsfactoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder jongens en meisjes in groep 8 (10 t/m 12 jaar) inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen*

				HBSC			
				Emotioneel welbevinden		Mentale problemen (SDQ)	
				b-coëfficiënt (95% BI)		OR (95% BI)	
	Omgevingsfactor	**Indicator**	**Referentie-categorie indicator**	**Jongen**	**Meisje**	**Jongen**	**Meisje**
Gezin	Opvoedklimaat	Niet veel steun van gezin ervaren	Veel steun van gezin ervaren	-2,82 (-3,57;-2,07)	-5,20 (-6,33;-4,07)	3,99 (2,81;5,65)	4,57 (3,16;6,61)
	Thuissituatie	Niet in één huis wonen met beide ouders	In één huis wonen met beide ouders	-0,38 (-1,03;0,26)	-1,56 (-2,50;-0,62)	1,99 (1,31;3,03)	2,36 (1,68;3,31)
Woon- en leefomgeving	Sociale leefomgeving	Niet veel steun van vrienden ervaren	Veel steun van vrienden ervaren	-2,82 (-3,34;-2,31)	-3,49 (-4,49;-2,49)	3,26 (2,20;4,83)	3,95 (2,71;5,74)
	Fysieke woonomgeving	In (grote) stad naar school gaan	Niet in (grote) stad naar school gaan	0,55 (-0,25;1,34)	0,32 (-0,74;1,38)	1,40 (0,86;2,29)	1,09 (0,73;1,61)
Onderwijsomgeving	Sociale omgeving op school	Geen goede relatie met klasgenoten en leraren	Goede relatie met klasgenoten en leraren	-4,62 (-5,76;-3,49)	-5,07 (-6,38;-3,76)	7,28 (4,46;11,87)	5,60 (3,18;9,88)
	Belasting door school of studie	(Nogal) veel ervaren druk door schoolwerk	Niet veel ervaren druk door schoolwerk	-2,91 (-3,75;-2,06)	-3,59 (-4,51;-2,66)	6,88 (4,35;10,88)	4,30 (2,83;6,55)

*Analyses zijn gecontroleerd voor leeftijd (in jaren). BI = betrouwbaarheidsinterval, OR = odds ratio, - = geen gegevens beschikbaar

Bijlagetabel B8.9 Samenhang van individuele factoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder leerlingen in het voortgezet onderwijs (12 t/m 16 jaar) inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen*

				HBSC	
				Emotioneel welbevinden	**Mentale problemen (SDQ)**
				b-coëfficiënt (95% BI)	**OR (95% BI)**
	Individuele factor	**Indicator**	**Referentie-categorie indicator**	**Totaal**	**Totaal**
Demografisch	Herkomst	Herkomstland anders dan Nederland	Herkomstland Nederland	-0,66 (-1,10;-0,23)	1,16 (0,99;1,36)
Sociaaleconomisch	Bestaanszekerheid	Lage gezinswelvaart	Midden/hoge gezinswelvaart	-2,07 (-2,74;-1,41)	1,58 (1,30;1,92)
	Meedoen in de samenleving	Geen lidmaatschap (sport)club of vereniging	Lidmaatschap (sport)club of vereniging	-1,41 (-1,88;-0,94)	1,48 (1,27;1,73)
Leefstijl	Socialemediagebruik	Problematisch socialemediagebruik	Geen problematisch socialemediagebruik	-2,77 (-3,31;-2,23)	8,13 (6,30;10,48)
	Lichamelijke activiteit	Minder dan 5 dagen per week 60 minuten bewegen	5 of meer dagen per week 60 minuten bewegen	-1,58 (-1,89;-1,28)	1,32 (1,17;1,49)
	Alcoholgebruik	Binge drinken in de afgelopen maand	Niet binge drinken in de afgelopen maand	-0,57 (-0,96;-0,17)	1,83 (1,51;2,20)
	Cannabisgebruik	Cannabisgebruik in de afgelopen 12 maanden	Geen cannabisgebruik in de afgelopen 12 maanden	-1,82 (-2,38;-1,25)	3,15 (2,48;4,00)
	Roken	Roken in de afgelopen maand	Niet roken in de afgelopen maand	-1,25 (-1,81;-0,70)	3,07 (2,40;3,93)
Gezondheid algemeen	Ervaren gezondheid	Ervaren gezondheid redelijk/slecht	Ervaren gezondheid goed/uitstekend	-4,33 (-4,64;-4,02)	4,42 (3,80;5,15)

*Analyses zijn gecontroleerd voor geslacht, leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau. BI = betrouwbaarheidsinterval, OR = odds ratio, - = geen gegevens beschikbaar

Bijlagetabel B8.10 Samenhang van individuele factoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder jongens en meisjes in het voortgezet onderwijs (12 t/m 16 jaar) inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen*

				HBSC			
				Emotioneel welbevinden		Mentale problemen (SDQ)	
				b-coëfficiënt (95% BI)		OR (95% BI)	
	Individuele factor	**Indicator**	**Referentie-categorie indicator**	**Jongen**	**Meisje**	**Jongen**	**Meisje**
Demografisch	Herkomst	Herkomstland anders dan Nederland	Herkomstland Nederland	-0,62 (-1,26;0,01)	-0,71 (-1,29;-0,12)	1,12 (0,88;1,44)	1,17 (0,93;1,47)
Sociaal-economisch	Bestaanszekerheid	Lage gezinswelvaart	Midden/hoge gezinswelvaart	-2,00 (-2,87;-1,12)	-2,10 (-2,94;-1,27)	1,55 (1,15;2,10)	1,46 (1,11;1,93)
	Meedoen in de samenleving	Geen lidmaatschap (sport)club of vereniging	Lidmaatschap (sport)club of vereniging	-1,22 (-1,85; -0,58)	-1,57 (-2,16;-0,98)	1,20 (0,94;1,52)	1,59 (1,30;1,94)
Leefstijl	Socialemediagebruik	Problematisch socialemediagebruik	Geen problematisch socialemediagebruik	-1,54 (-2,43;-0,65)	-3,50 (-4,24; -2,75)	6,17 (4,33;8,79)	9,91 (6,45;15,23)
	Lichamelijke activiteit	Minder dan 5 dagen per week 60 minuten bewegen	5 of meer dagen per week 60 minuten bewegen	-1,70 (-2,14;-1,26)	-1,48 (-1,90;-1,07)	1,39 (1,14;1,69)	1,22 (1,05;1,42)
	Alcoholgebruik	Binge drinken in de afgelopen maand	Niet binge drinken in de afgelopen maand	-0,21 (-0,79;0,36)	-0,92 (-1,55;-0,29)	1,59 (1,21;2,10)	1,86 (1,44;2,39)
	Cannabisgebruik	Cannabisgebruik in de afgelopen 12 maanden	Geen cannabisgebruik in de afgelopen 12 maanden	-1,86 (-2,63;-1,10)	-1,75 (-2,57;-0,92)	2,74 (1,91;3,93)	3,74 (2,63;5,31)
	Roken	Roken in de afgelopen maand	Niet roken in de afgelopen maand	-0,45 (-1,29;0,38)	-1,96 (-2,78;-1,14)	2,46 (1,68;3,62)	3,40 (2,52;4,58)
Gezondheid algemeen	Ervaren gezondheid	Ervaren gezondheid redelijk/slecht	Ervaren gezondheid goed/uitstekend	-3,79 (-4,35;-3,23)	-4,71 (-5,07;-4,34)	3,57 (2,83;4,51)	5,01 (4,03;6,23)

*Analyses zijn gecontroleerd voor leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau. BI = betrouwbaarheidsinterval, OR = odds ratio, - = geen gegevens beschikbaar

Bijlagetabel B8.11 Samenhang van omgevingsfactoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder leerlingen in het voortgezet onderwijs (12 t/m 16 jaar) inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen*

				HBSC	
				Emotioneel welbevinden	**Mentale problemen (SDQ)**
				b-coëfficiënt (95% BI)	**OR (95% BI)**
	Omgevingsfactor	**Indicator**	**Referentie-categorie indicator**	**Totaal**	**Totaal**
Gezin	Opvoedklimaat	Niet veel steun van gezin ervaren	Veel steun van gezin ervaren	-3,72 (-4,01;-3,43)	3,73 (3,18;4,38)
	Thuissituatie	Niet in één huis wonen met beide ouders	In één huis wonen met beide ouders	-1,35 (-1,73;-0,96)	1,70 (1,45;1,98)
Woon- en leefomgeving	Sociale leefomgeving	Niet veel steun van vrienden ervaren	Veel steun van vrienden ervaren	-2,01 (-2,34;-1,68)	1,88 (1,63;2,16)
	Fysieke woonomgeving	In (grote) stad wonen	Niet in (grote) stad wonen	-0,46 (-0,87;-0,05)	1,16 (0,98;1,37)
Onderwijsomgeving	Sociale omgeving op school	Geen goede relatie met klasgenoten en leraren	Goede relatie met klasgenoten en leraren	-3,29 (-3,61;-2,98)	3,77 (3,27;4,34)
	Belasting door school of studie	(Nogal) veel ervaren druk door schoolwerk	Niet veel ervaren druk door schoolwerk	-2,87 (-3,18;-2,56)	2,56 (2,24;2,94)

*Analyses zijn gecontroleerd voor geslacht, leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau. BI = betrouwbaarheidsinterval, OR = odds ratio, - = geen gegevens beschikbaar

Bijlagetabel B8.12 Samenhang van omgevingsfactoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder jongens en meisjes in het voortgezet onderwijs (12 t/m 16 jaar) inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen*

				HBSC			
				Emotioneel welbevinden		Mentale problemen (SDQ)	
				b-coëfficiënt (95% BI)		OR (95% BI)	
	Omgevingsfactor	**Indicator**	**Referentie-categorie indicator**	**Jongen**	**Meisje**	**Jongen**	**Meisje**
Gezin	Opvoedklimaat	Niet veel steun van gezin ervaren	Veel steun van gezin ervaren	-3,42 (-3,86;-2,99)	-4,00 (-4,44;-3,55)	2,93 (2,34;3,66)	4,47 (3,67;5,44)
	Thuissituatie	Niet in één huis wonen met beide ouders	In één huis wonen met beide ouders	-1,36 (-1,89;-0,84)	-1,31 (-1,81;-0,82)	1,65 (1,33;2,06)	1,62 (1,35;1,94)
Woon- en leefomgeving	Sociale leefomgeving	Niet veel steun van vrienden ervaren	Veel steun van vrienden ervaren	-1,66 (-2,07;-1,26)	-2,39 (-2,84;-1,94)	1,50 (1,23;1,81)	2,23 (1,84;2,70)
	Fysieke woonomgeving	In (grote) stad wonen	Niet in (grote) stad wonen	-0,60 (-1,03;-0,17)	-0,29 (-0,85;0,27)	1,25 (1,00;1,56)	1,19 (0,96;1,48)
Onderwijsomgeving	Sociale omgeving op school	Geen goede relatie met klasgenoten en leraren	Goede relatie met klasgenoten en leraren	-2,92 (-3,27;-2,58)	-3,61 (-4,07;-3,15)	3,60 (2,90; 4,46)	3,78 (3,11;4,60)
	Belasting door school of studie	(Nogal) veel ervaren druk door schoolwerk	Niet veel ervaren druk door schoolwerk	-2,32 (-2,70;-1,94)	-3,49 (-3,96;-3,02)	2,24 (1,91;2,64)	3,55 (2,96;4,27)

*Analyses zijn gecontroleerd voor leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau. BI = betrouwbaarheidsinterval, OR = odds ratio, - = geen gegevens beschikbaar

Bijlagetabel B8.13 Samenhang van individuele factoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder jongvolwassenen (16 t/m 25 jaar) inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen*

				SSW (2023)	GE (2023)
				Levenstevredenheid	Angst- of depressie-gevoelens afgelopen 4 weken
				OR (95% BI)	OR (95% BI)
	Individuele factor	Indicator	Referentie-categorie indicator	Totaal	Totaal
Demografisch	Herkomst	Herkomstland anders dan Nederland	Herkomstland Nederland	0,62 (0,45;0,85)	1,35 (1,00;1,82)
Sociaaleconomisch	Bestaanszekerheid	Zorgen over financiële toekomst	Geen zorgen over financiële toekomst	0,42 (0,30;0,58)	-
		Eerste inkomenskwintiel	Tweede t/m vijfde inkomenskwintiel	-	1,78 (1,26;2,52)
	Meedoen in de samenleving	Geen lid zijn van een vereniging	Lid van een vereniging	0,54 (0,40;0,73)	-
	Arbeidspositie	Geen betaald werk hebben	Betaald werk hebben	0,45 (0,32;0,64)	1,60 (1,14;2,25)
Leefstijl	Lichamelijke activiteit	Voldoet niet aan de beweegrichtlijnen	Voldoet aan de beweegrichtlijnen	-	0,96 (0,74;1,25)
	Alcoholgebruik	Zware drinker	Geen zware drinker	1,80 (1,09;2,96)	0,74 (0,52;1,04)
	Cannabisgebruik	Cannabis gebruikt in de afgelopen maand	Geen cannabis gebruikt in afgelopen maand	-	1,92 (1,27;2,92)
	Roken	Rookt (weleens)	Rookt niet	0,78 (0,52;1,16)	1,24 (0,91;1,69)
Gezondheid algemeen	Ervaren gezondheid	Ervaren gezondheid matig/(zeer) slecht	Ervaren gezondheid (zeer) goed	0,15 (0,11;0,21)	8,67 (5,32;14,14)

*Analyses zijn gecontroleerd voor geslacht, leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau. BI = betrouwbaarheidsinterval, OR = odds ratio, - = geen gegevens beschikbaar

Bijlagetabel B8.14 Samenhang van individuele factoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder mannen en vrouwen van 16 t/m 25 jaar inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen*

				SSW (2023)		GE (2023)	
				Levenstevredenheid		Angst- of depressiegevoelens afgelopen 4 weken	
				OR (95% BI)		OR (95% BI)	
	Individuele factor	**Indicator**	**Referentie-categorie indicator**	**Man**	**Vrouw**	**Man**	**Vrouw**
Demografisch	Herkomst	Herkomstland anders dan Nederland	Herkomstland Nederland	0,61 (0,39;0,96)	0,63 (0,41;0,97)	1,38 (0,91;2,09)	1,29 (0,83;2,03)
Sociaal-economisch	Bestaans-zekerheid	Zorgen over financiële toekomst	Geen zorgen over financiële toekomst	0,46 (0,29;0,73)	0,37 (0,23;0,61)	-	-
		Eerste inkomenskwintiel	Tweede t/m vijfde inkomenskwintiel	-	-	1,38 (0,84;2,26)	2,40 (1,43;4,05)
	Meedoen in de samenleving	Geen lid zijn van een vereniging	Lid van een vereniging	0,56 (0,36;0,87)	0,51 (0,34;0,78)	-	-
	Arbeidspositie	Geen betaald werk hebben	Betaald werk hebben	0,46 (0,28;0,77)	0,43 (0,26;0,69)	2,01 (1,27;3,17)	1,11 (0,66;1,86)
Leefstijl	Lichamelijke activiteit	Voldoet niet aan de beweegrichtlijnen	Voldoet aan de beweegrichtlijnen	-	-	1,02 (0,70;1,50)	0,92 (0,64;1,32)
	Alcoholgebruik	Zware drinker	Geen zware drinker	2,13 (1,05;4,32)	1,57 (0,77;3,17)	0,52 (0,31;0,89)	0,92 (0,57;1,48)
	Cannabis-gebruik	Cannabis gebruikt in de afgelopen maand	Geen cannabis gebruikt in afgelopen maand	-	-	1,57 (0,93;2,65)	2,56 (1,20;5,46)
	Roken	Rookt (weleens)	Rookt niet	0,70 (0,42;1,19)	0,92 (0,49;1,72)	1,03 (0,67;1,60)	1,44 (0,91;2,30)
Gezondheid algemeen	Ervaren gezondheid	Ervaren gezondheid matig/(zeer) slecht	Ervaren gezondheid (zeer) goed	0,21 (0,13;0,35)	0,11 (0,07;0,17)	7,84 (4,05;15,15)	9,99 (4,70;21,20)

*Analyses zijn gecontroleerd voor leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau. BI = betrouwbaarheidsinterval, OR = odds ratio, - = geen gegevens beschikbaar

Bijlagetabel B8.15 Samenhang van omgevingsfactoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder jongvolwassenen (16 t/m 25 jaar) inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen*

				SSW (2023)	**GE (2023)**
				Levenstevredenheid	**Angst- of depressie-gevoelens afgelopen 4 weken**
				OR (95% BI)	**OR (95% BI)**
	Omgevingsfactor	**Indicator**	**Referentiecategorie indicator**	**Totaal**	**Totaal**
Gezin	Thuissituatie	Alleenstaand of alleenstaande ouder	Partner, kind in gezin of overig	0,67 (0,49;0,92)	1,65 (1,15;2,36)
Woon- en leefomgeving	Sociale leefomgeving	Geen dagelijks contact met familie, vrienden of buren	Dagelijks contact met familie, vrienden en/of buren	0,55 (0,40;0,77)	-
	Veiligheid woonomgeving	Voelt zich (een beetje) onveilig	Voelt zich niet onveilig	0,61 (0,43;0,86)	-
	Fysieke woonomgeving	Woont in (grote) stad	Woont niet in (grote) stad	1,00 (0,72;1,39)	1,00 (0,76;1,32)

*Analyses zijn gecontroleerd voor geslacht, leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau. BI = betrouwbaarheidsinterval, OR = odds ratio, - = geen gegevens beschikbaar

Bijlagetabel B8.16 Samenhang van omgevingsfactoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder mannen en vrouwen van 16 t/m 25 jaar inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen*

				SSW (2023)		**GE (2023)**	
				Levenstevredenheid		**Angst- of depressie-gevoelens afgelopen 4 weken**	
				OR (95% BI)		**OR (95% BI)**	
	Omgevingsfactor	**Indicator**	**Referentiecategorie indicator**	**Man**	**Vrouw**	**Man**	**Vrouw**
Gezin	Thuissituatie	Alleenstaand of alleenstaande ouder	Partner, kind in gezin of overig	0,62 (0,39;0,98)	0,73 (0,47;1,14)	1,84 (1,09;3,10)	1,42 (0,88;2,31)
Woon- en leefomgeving	Sociale leefomgeving	Geen dagelijks contact met familie, vrienden of buren	Dagelijks contact met familie, vrienden en/of buren	0,65 (0,40;1,06)	0,48 (0,31;0,77)	-	-
	Veiligheid woonomgeving	Voelt zich (een beetje) onveilig	Voelt zich niet onveilig	0,47 (0,26;0,85)	0,69 (0,45;1,05)	-	-
	Fysieke woonomgeving	Woont in (grote) stad	Woont niet in (grote) stad	1,21 (0,75;1,93)	0,85 (0,53;1,35)	1,03 (0,68;1,56)	0,99 (0,67;1,44)

*Analyses zijn gecontroleerd voor leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau. BI = betrouwbaarheidsinterval, OR = odds ratio, - = geen gegevens beschikbaar

Bijlagetabel B8.17 Samenhang van individuele factoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder volwassenen (18 t/m 64 jaar) inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen*

				SSW (2023)	GE (2023)
				Levenstevredenheid	Angst- of depressie-gevoelens afgelopen 4 weken
				OR (95% BI)	OR (95% BI)
	Individuele factor	Indicator	Referentiecategorie indicator	Totaal	Totaal
Demografisch	Herkomst	Herkomstland anders dan Nederland	Herkomstland Nederland	0,73 (0,61;0,87)	1,47 (1,29;1,68)
Sociaaleconomisch	Bestaanszekerheid	Zorgen over financiële toekomst	Geen zorgen over financiële toekomst	0,33 (0,27;0,39)	-
		Eerste inkomenskwintiel	Tweede t/m vijfde inkomenskwintiel	-	2,44 (2,03;2,92)
	Meedoen in de samenleving	Geen lid zijn van een vereniging	Lid van een vereniging	0,55 (0,47;0,65)	-
	Arbeidspositie	Geen betaald werk hebben	Betaald werk hebben	0,32 (0,24;0,35)	2,45 (2,07;2,91)
Leefstijl	Lichamelijke activiteit	Voldoet niet aan de beweegrichtlijnen	Voldoet aan de beweegrichtlijnen	-	1,01 (0,91;1,13)
	Alcoholgebruik	Zware drinker	Geen zware drinker	0,83 (0,63;1,10)	0,86 (0,71;1,04)
	Cannabisgebruik	Cannabis gebruikt in de afgelopen maand	Geen cannabis gebruikt in afgelopen maand	-	1,72 (1,34;2,21)
	Roken	Rookt (weleens)	Rookt niet	0,55 (0,45;0,67)	1,46 (1,27;1,68)
Gezondheid algemeen	Ervaren gezondheid	Ervaren gezondheid matig/(zeer) slecht	Ervaren gezondheid (zeer) goed	0,20 (0,17;0,24)	6,16 (5,28;7,17)

*Analyses zijn gecontroleerd voor geslacht, leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau. BI = betrouwbaarheidsinterval, OR = odds ratio, - = geen gegevens beschikbaar

Bijlagetabel B8.18 Samenhang van individuele factoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder mannen en vrouwen van 18 t/m 64 jaar inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen*

				SSW (2023)		GE (2023)	
				Levenstevredenheid		Angst- of depressie-gevoelens afgelopen 4 weken	
				OR (95% BI)		OR (95% BI)	
	Individuele factor	**Indicator**	**Referentiecategorie indicator**	**Man**	**Vrouw**	**Man**	**Vrouw**
Demografisch	Herkomst	Herkomstland anders dan Nederland	Herkomstland Nederland	0,81 (0,63;1,05)	0,66 (0,52;0,84)	1,52 (1,25;1,85)	1,42 (1,19;1,71)
Sociaal-economisch	Bestaans-zekerheid	Zorgen over financiële toekomst	Geen zorgen over financiële toekomst	0,36 (0,29;0,46)	0,29 (0,22;0,37)	-	-
		Eerste inkomenskwintiel	Tweede t/m vijfde inkomenskwintiel	-	-	2,42 (1,85;3,17)	2,43 (1,90;3,11)
	Meedoen in de samenleving	Geen lid zijn van een vereniging	Lid van een vereniging	0,62 (0,49;0,79)	0,49 (0,39;0,62)	-	-
	Arbeidspositie	Geen betaald werk hebben	Betaald werk hebben	0,24 (0,18;0,32)	0,35 (0,27;0,45)	2,42 (1,85;3,17)	2,49 (2,00;3,10)
Leefstijl	Lichamelijke activiteit	Voldoet niet aan de beweegrichtlijnen	Voldoet aan de beweegrichtlijnen	-	-	0,96 (0,81;1,13)	1,06 (0,91;1,24)
	Alcoholgebruik	Zware drinker	Geen zware drinker	0,78 (0,55;1,11)	0,93 (0,59;1,46)	0,77 (0,58;1,02)	0,95 (0,73;1,26)
	Cannabis-gebruik	Cannabis gebruikt in de afgelopen maand	Geen cannabis gebruikt in afgelopen maand	-	-	1,59 (1,18;2,14)	2,21 (1,35;3,60)
	Roken	Rookt (weleens)	Rookt niet	0,60 (0,46;0,78)	0,50 (0,37;0,67)	1,44 (1,19;1,75)	1,49 (1,22;1,84)
Gezondheid algemeen	Ervaren gezondheid	Ervaren gezondheid matig/(zeer) slecht	Ervaren gezondheid (zeer) goed	0,21 (0,17;0,27)	0,19 (0,15;0,24)	5,90 (4,72;7,38)	6,41 (5,20;7,92)

*Analyses zijn gecontroleerd voor leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau. BI = betrouwbaarheidsinterval, OR = odds ratio, - = geen gegevens beschikbaar

Bijlagetabel B8.19 Samenhang van omgevingsfactoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder volwassenen (18 t/m 64 jaar) inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen*

				SSW (2023)	GE (2023)
				Levenstevredenheid	Angst- of depressie-gevoelens afgelopen 4 weken
				OR (95% BI)	OR (95% BI)
	Omgevingsfactor	Indicator	Referentiecategorie indicator	Totaal	Totaal
Gezin	Thuissituatie	Alleenstaand of alleenstaande ouder	Partner, kind in gezin of overig	0,42 (0,35;0,49)	1,76 (1,55;2,01)
Woon- en leefomgeving	Sociale leefomgeving	Geen dagelijks contact met familie, vrienden of buren	Dagelijks contact met familie, vrienden en/of buren	0,76 (0,65;0,89)	-
	Veiligheid woonomgeving	Voelt zich (een beetje) onveilig	Voelt zich niet onveilig	0,41 (0,35;0,49)	-
	Fysieke woonomgeving	Woont in (grote) stad	Woont niet in (grote) stad	0,88 (0,74;1,05)	1,25 (1,11;1,41)

*Analyses zijn gecontroleerd voor geslacht, leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau. BI = betrouwbaarheidsinterval, OR = odds ratio, - = geen gegevens beschikbaar

Bijlagetabel B8.20 Samenhang van omgevingsfactoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder mannen en vrouwen van 18 t/m 64 jaar inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen*

				SSW (2023)		GE (2023)	
				Levenstevredenheid		Angst- of depressie-gevoelens afgelopen 4 weken	
				OR (95% BI)		OR (95% BI)	
	Omgevingsfactor	**Indicator**	**Referentiecategorie indicator**	**Man**	**Vrouw**	**Man**	**Vrouw**
Gezin	Thuissituatie	Alleenstaand of alleenstaande ouder	Partner, kind in gezin of overig	0,39 (0,31;0,49)	0,45 (0,36;0,57)	1,94 (1,6;2,35)	1,62 (1,35;1,94)
Woon- en leefomgeving	Sociale leefomgeving	Geen dagelijks contact met familie, vrienden of buren	Dagelijks contact met familie, vrienden en/of buren	0,77 (0,61;0,97)	0,74 (0,59;0,93)	-	-
	Veiligheid woonomgeving	Voelt zich (een beetje) onveilig	Voelt zich niet onveilig	0,40 (0,31;0,52)	0,42 (0,33;0,52)	-	-
	Fysieke woonomgeving	Woont in (grote) stad	Woont niet in (grote) stad	0,90 (0,70;1,16)	0,87 (0,68;1,12)	1,40 (1,16;1,68)	1,15 (0,97;1,35)

*Analyses zijn gecontroleerd voor leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau. BI = betrouwbaarheidsinterval, OR = odds ratio, - = geen gegevens beschikbaar

Bijlagetabel B8.21 Samenhang van individuele factoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder ouderen (65 jaar en ouder) inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen*

				SSW (2023)	GE (2023)
				Levenstevredenheid	Angst- of depressie-gevoelens afgelopen 4 weken
				OR (95% BI)	OR (95% BI)
	Individuele factor	Indicator	Referentiecategorie indicator	Totaal	Totaal
Demografisch	Herkomst	Herkomstland anders dan Nederland	Herkomstland Nederland	0,85 (0,57;1,27)	1,16 (0,89;1,50)
Sociaaleconomisch	Bestaanszekerheid	Zorgen over financiële toekomst	Geen zorgen over financiële toekomst	0,52 (0,39;0,70)	-
		Eerste inkomenskwintiel	Tweede t/m vijfde inkomenskwintiel	-	1,15 (0,88;1,51)
	Meedoen in de samenleving	Geen lid zijn van een vereniging	Lid van een vereniging	0,65 (0,48;0,89)	-
	Arbeidspositie	Geen betaald werk hebben en doet geen vrijwilligerswerk	Betaald werk hebben of doet vrijwilligerswerk	0,56 (0,42;0,76)	-
		Geen betaald werk hebben	Betaald werk hebben	-	1,39 (1,04;1,87)
Leefstijl	Lichamelijke activiteit	Voldoet niet aan de beweegrichtlijnen	Voldoet aan de beweegrichtlijnen	-	1,34 (1,11;1,61)
	Alcoholgebruik	Zware drinker	Geen zware drinker	-	1,31 (0,87;1,99)
	Roken	Rookt (weleens)	Rookt niet	0,46 (0,30;0,70)	1,25 (0,92;1,69)
Gezondheid algemeen	Ervaren gezondheid	Ervaren gezondheid matig/(zeer) slecht	Ervaren gezondheid (zeer) goed	0,22 (0,16;0,31)	3,56 (2,94;4,30)

*Analyses zijn gecontroleerd voor geslacht, leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau. BI = betrouwbaarheidsinterval, OR = odds ratio, - = geen gegevens beschikbaar

Bijlagetabel B8.22 Samenhang van individuele factoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder mannen en vrouwen van 65 jaar en ouder inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen*

				SSW (2023)		GE (2023)	
				Levenstevredenheid		Angst- of depressie-gevoelens afgelopen 4 weken	
				OR (95% BI)		OR (95% BI)	
	Individuele factor	**Indicator**	**Referentiecategorie indicator**	**Man**	**Vrouw**	**Man**	**Vrouw**
Demografisch	Herkomst	Herkomstland anders dan Nederland	Herkomstland Nederland	0,73 (0,41;1,32)	0,96 (0,56;1,65)	0,86 (0,57;1,29)	1,45 (1,02;2,05)
Sociaaleconomisch	Bestaans-zekerheid	Zorgen over financiële toekomst	Geen zorgen over financiële toekomst	0,46 (0,30;0,70)	0,58 (0,40;0,86)	-	-
		Eerste inkomenskwintiel	Tweede t/m vijfde inkomenskwintiel	-	-	0,90 (0,58;1,37)	1,36 (0,95;1,95)
	Meedoen in de samenleving	Geen lid zijn van een vereniging	Lid van een vereniging	0,61 (0,37;1,00)	0,68 (0,45;1,01)	-	-
	Arbeidspositie	Geen betaald werk hebben en doet geen vrijwilligerswerk	Betaald werk hebben of doet vrijwilligerswerk	0,57 (0,37;0,89)	0,55 (0,37;0,83)	-	-
		Geen betaald werk hebben	Betaald werk hebben	-	-	1,48 (1,00;2,21)	1,27 (0,82;1,96)
Leefstijl	Lichamelijke activiteit	Voldoet niet aan de beweegrichtlijnen	Voldoet aan de beweegrichtlijnen	-	-	1,14 (0,87;1,51)	1,55 (1,19;2,01)
	Alcoholgebruik	Zware drinker	Geen zware drinker	-	-	1,42 (0,79;2,56)	1,24 (0,69;2,23)
	Roken	Rookt (weleens)	Rookt niet	0,42 (0,24;0,73)	0,52 (0,28;0,97)	1,48 (0,97;2,25)	1,08 (0,70;1,66)
Gezondheid algemeen	Ervaren gezondheid	Ervaren gezondheid matig/(zeer) slecht	Ervaren gezondheid (zeer) goed	0,15 (0,09;0,25)	0,30 (0,20;0,46)	3,55 (2,68;4,70)	3,63 (2,81;4,70)

*Analyses zijn gecontroleerd voor leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau. BI = betrouwbaarheidsinterval, OR = odds ratio, - = geen gegevens beschikbaar

Bijlagetabel B8.23 Samenhang van omgevingsfactoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder ouderen (65 jaar en ouder) inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen*

				SSW (2023)	GE (2023)
				Levenstevredenheid	**Angst- of depressie-gevoelens afgelopen 4 weken**
				OR (95% BI)	**OR (95% BI)**
	Omgevingsfactor	**Indicator**	**Referentiecategorie indicator**	**Totaal**	**Totaal**
Gezin	Thuissituatie	Alleenstaand of alleenstaande ouder	Partner, kind in gezin of overig	0,38 (0,28;0,51)	1,60 (1,32;1,95)
Woon- en leefomgeving	Sociale leefomgeving	Geen dagelijks contact met familie, vrienden of buren	Dagelijks contact met familie, vrienden en/of buren	0,67 (0,50;0,90)	-
	Veiligheid woonomgeving	Voelt zich (een beetje) onveilig	Voelt zich niet onveilig	0,50 (0,37;0,67)	-
	Fysieke woonomgeving	Woont in (grote) stad	Woont niet in (grote) stad	0,71 (0,52;0,97)	1,41 (1,16;1,71)

*Analyses zijn gecontroleerd voor geslacht, leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau. BI = betrouwbaarheidsinterval, OR = odds ratio, - = geen gegevens beschikbaar

Bijlagetabel B8.24 Samenhang van omgevingsfactoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder mannen en vrouwen van 65 jaar en ouder inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen*

				SSW (2023)		GE (2023)	
				Levenstevredenheid		Angst- of depressie-gevoelens afgelopen 4 weken	
				OR (95% BI)		OR (95% BI)	
	Omgevingsfactor	**Indicator**	**Referentiecategorie indicator**	**Man**	**Vrouw**	**Man**	**Vrouw**
Gezin	Thuissituatie	Alleenstaand of alleenstaande ouder	Partner, kind in gezin of overig	0,32 (0,20;0,50)	0,43 (0,28;0,63)	2,03 (1,49;2,76)	1,38 (1,07;1,78)
Woon- en leefomgeving	Sociale leefomgeving	Geen dagelijks contact met familie, vrienden of buren	Dagelijks contact met familie, vrienden en/of buren	0,76 (0,49;1,17)	0,62 (0,42;0,91)	-	-
	Veiligheid woonomgeving	Voelt zich (een beetje) onveilig	Voelt zich niet onveilig	0,48 (0,31;0,75)	0,50 (0,34;0,74)	-	-
	Fysieke woonomgeving	Woont in (grote) stad	Woont niet in (grote) stad	0,66 (0,41;1,07)	0,74 (0,49;1,13)	1,48 (1,11;1,98)	1,35 (1,04;1,74)

*Analyses zijn gecontroleerd voor leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau. BI = betrouwbaarheidsinterval, OR = odds ratio, - = geen gegevens beschikbaar

Bijlagetabel B8.25 Samenhang van individuele factoren met positieve mentale gezondheid en met angst- of depressiegevoelens onder hbo- en wo-studenten inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen*

				MMMS (2023)	
				Positieve mentale gezondheid (floreren)	**Angst- of depressie-gevoelens afgelopen 4 weken**
				OR (95% BI)	**OR (95% BI)**
	Individuele factor	**Indicator**	**Referentiecategorie indicator**	**Totaal**	**Totaal**
Demografisch	Herkomst	Student met herkomstland anders dan Nederland of internationale student	Student met herkomstland Nederland	0,62 (0,57;0,67)	1,77 (1,59;1,96)
Sociaal-economisch	Meedoen in de samenleving	Geen lidmaatschap (sport)club of vereniging	Lidmaatschap (sport)club of vereniging	0,59 (0,54;0,64)	1,46 (1,33;1,61)
Levens-gebeurtenissen	Traumatische ervaringen	Één of meer stressvolle ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt	Geen stressvolle ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt	0,54 (0,50;0,58)	4,14 (3,78;4,53)
Leefstijl	Slapen	(Heel) veel slaapproblemen (in de laatste 4 weken)	Niet (heel) veel slaapproblemen (in de laatste 4 weken)	0,37 (0,34;0,41)	5,00 (4,39;5,68)
	Socialemedia-gebruik	Risicovol socialemediagebruik	Geen risicovol socialemediagebruik	0,47 (0,43;0,52)	3,20 (2,83;3,62)
	Alcoholgebruik	Zwaar alcoholgebruik	Geen zwaar alcoholgebruik	1,45 (1,33;1,58)	0,86 (0,78;0,94)
	Cannabisgebruik	Wekelijks cannabisgebruik	Geen wekelijks cannabisgebruik	0,61 (0,51;0,72)	2,18 (1,78;2,67)
	Roken	Dagelijks roken en/of vapen	Niet dagelijks roken en/of vapen	0,69 (0,58;0,80)	1,97 (1,62;2,40)

*Analyses zijn gecontroleerd voor gender, leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau. BI = betrouwbaarheidsinterval, OR = odds ratio, - = geen gegevens beschikbaar

Bijlagetabel B8.26 Samenhang van individuele factoren met positieve mentale gezondheid en met angst- of depressiegevoelens onder mannen en vrouwen (hbo- en wo-studenten) inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen*

				MMMS (2023)			
				Positieve mentale gezondheid (floreren)		Angst- of depressie-gevoelens afgelopen 4 weken	
				OR (95% BI)		OR (95% BI)	
	Individuele factor	**Indicator**	**Referentiecategorie indicator**	**Man**	**Vrouw**	**Man**	**Vrouw**
Demografisch	Herkomst	Student met herkomstland anders dan Nederland of internationale student	Student met herkomstland Nederland	0,55 (0,49;0,63)	0,68 (0,60;0,76)	1,86 (1,63;2,13)	1,65 (1,40;1,94)
Sociaal-economisch	Meedoen in de samenleving	Geen lidmaatschap (sport)club of vereniging	Lidmaatschap (sport)club of vereniging	0,57 (0,50;0,65)	0,62 (0,55;0,70)	1,38 (1,22;1,56)	1,60 (1,38;1,85)
Levens-gebeurtenissen	Traumatische ervaringen	Één of meer stressvolle ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt	Geen stressvolle ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt	0,50 (0,44;0,55)	0,59 (0,53;0,65)	4,28 (3,77;4,86)	4,00 (3,50;4,56)
Leefstijl	Slapen	(Heel) veel slaapproblemen (in de laatste 4 weken)	Niet (heel) veel slaapproblemen (in de laatste 4 weken)	0,37 (0,32;0,43)	0,37 (0,33;0,42)	4,51 (3,82;5,33)	5,68 (4,63;6,95)
	Socialemedia-gebruik	Risicovol socialemediagebruik	Geen risicovol socialemediagebruik	0,43 (0,37;0,50)	0,50 (0,44;0,57)	2,94 (2,50;3,46)	3,73 (3,08;4,52)
	Alcoholgebruik	Zwaar alcoholgebruik	Geen zwaar alcoholgebruik	1,55 (1,37;1,74)	1,33 (1,17;1,51)	0,79 (0,70;0,89)	1,03 (0,88;1,21)
	Cannabis-gebruik	Wekelijks cannabisgebruik	Geen wekelijks cannabisgebruik	0,63 (0,51;0,77)	0,52 (0,38;0,73)	1,93 (1,54;2,41)	4,81 (2,97;7,81)
	Roken	Dagelijks roken en/of vapen	Niet dagelijks roken en/of vapen	0,65 (0,52;0,81)	0,74 (0,59;0,93)	1,99 (1,56;2,53)	1,92 (1,37;2,68)

*Analyses zijn gecontroleerd voor leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau. BI = betrouwbaarheidsinterval, OR = odds ratio, - = geen gegevens beschikbaar

Bijlagetabel B8.27 Samenhang van omgevingsfactoren met positieve mentale gezondheid en met angst- of depressiegevoelens onder hbo- en wo-studenten inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen*

				MMMS (2023)	
				Positieve mentale gezondheid (floreren)	**Angst- of depressie-gevoelens afgelopen 4 weken**
				OR (95% BI)	**OR (95% BI)**
	Omgevingsfactor	**Indicator**	**Referentiecategorie indicator**	**Totaal**	**Totaal**
Gezin	Opvoedklimaat	(Heel) weinig steun ervaren van ouders	Niet (heel) weinig steun ervaren van ouders	0,43 (0,36;0,52)	3,10 (2,47;3,89)
	Thuissituatie	Alleen wonen	Niet alleen wonen	0,75 (0,66;0,85)	1,60 (1,38;1,86)
Woon- en leefomgeving	Sociale leefomgeving	(Heel) weinig steun ervaren van de sociale omgeving	Niet (heel) weinig steun ervaren van de sociale omgeving	0,36 (0,29;0,45)	2,41 (1,91;3,04)
Onderwijs-omgeving	Sociale omgeving op school	(Heel) weinig steun ervaren van studie	Niet (heel) weinig steun ervaren van studie	0,54 (0,49;0,59)	2,48 (2,22;2,78)
	Belasting door school of studie	(Heel) veel stress door studie	Niet (heel) veel stress door studie	0,50 (0,46;0,54)	4,17 (3,80;4,58)
Samenleving	Normen en waarden samenleving	Vaak prestatiedruk ervaren vanuit zichzelf en/of anderen	Niet vaak prestatiedruk ervaren vanuit zichzelf en/of anderen	0,44 (0,41;0,48)	4,56 (4,11;5,07)
	Complexiteit maatschappij	(Heel) veel stress ervaren door ten minste twee maatschappelijke problemen	Niet (heel) veel stress ervaren door ten minste twee maatschappelijke problemen	0,58 (0,54;0,63)	3,15 (2,83;3,50)

*Analyses zijn gecontroleerd voor gender, leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau. BI = betrouwbaarheidsinterval, OR = odds ratio, - = geen gegevens beschikbaar

Bijlagetabel B8.28 Samenhang van omgevingsfactoren met positieve mentale gezondheid en met angst- of depressiegevoelens onder mannen en vrouwen (hbo- en wo-studenten) inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen*

				MMMS (2023)			
				Positieve mentale gezondheid (floreren)		Angst- of depressie-gevoelens afgelopen 4 weken	
				OR (95% BI)		OR (95% BI)	
	Omgevingsfactor	**Indicator**	**Referentiecategorie indicator**	**Man**	**Vrouw**	**Man**	**Vrouw**
Gezin	Opvoedklimaat	(Heel) weinig steun ervaren van ouders	Niet (heel) weinig steun ervaren van ouders	0,44 (0,33;0,57)	0,43 (0,33;0,54)	3,44 (2,54;4,66)	2,76 (1,95;3,90)
	Thuissituatie	Alleen wonen	Niet alleen wonen	0,79 (0,66;0,94)	0,69 (0,57;0,82)	1,60 (1,32;1,93)	1,64 (1,29;2,09)
Woon- en leefomgeving	Sociale leefomgeving	(Heel) weinig steun ervaren van de sociale omgeving	Niet (heel) weinig steun ervaren van de sociale omgeving	0,34 (0,25;0,46)	0,37 (0,27;0,50)	2,33 (1,74;3,14)	2,48 (1,70;3,63)
Onderwijs-omgeving	Sociale omgeving op school	(Heel) weinig steun ervaren van studie	Niet (heel) weinig steun ervaren van studie	0,47 (0,41;0,54)	0,63 (0,55;0,71)	2,46 (2,12;2,85)	2,59 (2,18;3,07)
	Belasting door school of studie	(Heel) veel stress door studie	Niet (heel) veel stress door studie	0,48 (0,43;0,54)	0,51 (0,46;0,56)	4,06 (3,58;4,62)	4,29 (3,73;4,93)
Samenleving	Normen en waarden samenleving	Vaak prestatiedruk ervaren vanuit zichzelf en/of anderen	Niet vaak prestatiedruk ervaren vanuit zichzelf en/of anderen	0,44 (0,39;0,49)	0,44 (0,39;0,49)	3,79 (3,30;4,35)	5,85 (4,97;6,90)
	Complexiteit maatschappij	(Heel) veel stress ervaren door ten minste twee maatschappelijke problemen	Niet (heel) veel stress ervaren door ten minste twee maatschappelijke problemen	0,51 (0,45;0,57)	0,66 (0,59;0,73)	3,42 (2,96;3,95)	2,81 (2,40;3,29)

*Analyses zijn gecontroleerd voor leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau. BI = betrouwbaarheidsinterval, OR = odds ratio, - = geen gegevens beschikbaar

Bijlagetabel B8.29 Samenhang van individuele factoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder werkenden (vanaf 15 jaar) inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen*

				SSW (2023)	GE (2023)
				Levenstevredenheid	Angst- of depressie-gevoelens afgelopen 4 weken
				OR (95% BI)	OR (95% BI)
	Individuele factor	Indicator	Referentiecategorie indicator	Totaal	Totaal
Demografisch	Herkomst	Herkomstland anders dan Nederland	Herkomstland Nederland	0,67 (0,55;0,81)	1,34 (1,17;1,55)
Sociaal-economisch	Bestaanszekerheid	Zorgen over financiële toekomst	Geen zorgen over financiële toekomst	0,32 (0,27;0,39)	-
		Eerste inkomenskwintiel	Tweede t/m vijfde inkomenskwintiel	-	1,91 (1,55;2,37)
	Meedoen in de samenleving	Geen lid zijn van een vereniging	Lid van een vereniging	0,61 (0,50;0,73)	-
	Arbeidspositie	Werkt minder dan 35 uur per week	Werkt minstens 35 uur per week	0,87 (0,72;1,06)	1,05 (0,93;1,19)
Leefstijl	Lichamelijke activiteit	Voldoet niet aan de beweegrichtlijnen	Voldoet aan de beweegrichtlijnen	-	0,92 (0,82;1,03)
	Alcoholgebruik	Zware drinker	Geen zware drinker	0,79 (0,59;1,06)	0,89 (0,73;1,08)
	Cannabisgebruik	Cannabis gebruikt in de afgelopen maand	Geen cannabis gebruikt in afgelopen maand	-	2,01 (1,54;2,61)
	Roken	Rookt (weleens)	Rookt niet	0,53 (0,42;0,66)	1,51 (1,31;1,75)
Gezondheid algemeen	Ervaren gezondheid	Ervaren gezondheid matig/(zeer) slecht	Ervaren gezondheid (zeer) goed	0,22 (0,18;0,26)	5,26 (4,46;6,20)

*Analyses zijn gecontroleerd voor geslacht, leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau. BI = betrouwbaarheidsinterval, OR = odds ratio, - = geen gegevens beschikbaar

Bijlagetabel B8.30 Samenhang van individuele factoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder werkende mannen en vrouwen (vanaf 15 jaar) inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen*

				SSW (2023)		GE (2023)	
				Levenstevredenheid		Angst- of depressie-gevoelens afgelopen 4 weken	
				OR (95% BI)		OR (95% BI)	
	Individuele factor	**Indicator**	**Referentiecategorie indicator**	**Man**	**Vrouw**	**Man**	**Vrouw**
Demografisch	Herkomst	Herkomstland anders dan Nederland	Herkomstland Nederland	0,77 (0,58;1,01)	0,60 (0,46;0,78)	1,34 (1,10;1,64)	1,36 (1,12;1,66)
Sociaal-economisch	Bestaans-zekerheid	Zorgen over financiële toekomst	Geen zorgen over financiële toekomst	0,34 (0,26;0,45)	0,3 (0,22;0,39)	-	-
		Eerste inkomenskwintiel	Tweede t/m vijfde inkomenskwintiel	-	-	1,82 (1,35;2,45)	2,03 (1,50;2,75)
	Meedoen in de samenleving	Geen lid zijn van een vereniging	Lid van een vereniging	0,65 (0,50;0,86)	0,56 (0,44;0,73)	-	-
	Arbeidspositie	Werkt minder dan 35 uur per week	Werkt minstens 35 uur per week	1,07 (0,81;1,41)	0,71 (0,52;0,96)	1,01 (0,84;1,21)	1,11 (0,93;1,32)
Leefstijl	Lichamelijke activiteit	Voldoet niet aan de beweegrichtlijnen	Voldoet aan de beweegrichtlijnen	-	-	0,90 (0,76;1,07)	0,93 (0,79;1,09)
	Alcoholgebruik	Zware drinker	Geen zware drinker	0,81 (0,55;1,19)	0,77 (0,48;1,22)	0,81 (0,61;1,08)	0,97 (0,74;1,28)
	Cannabis-gebruik	Cannabis gebruikt in de afgelopen maand	Geen cannabis gebruikt in afgelopen maand	-	-	1,92 (1,41;2,63)	2,44 (1,47;4,07)
	Roken	Rookt (weleens)	Rookt niet	0,55 (0,41;0,74)	0,51 (0,37;0,71)	1,62 (1,33;1,98)	1,41 (1,13;1,76)
Gezondheid algemeen	Ervaren gezondheid	Ervaren gezondheid matig/(zeer) slecht	Ervaren gezondheid (zeer) goed	0,22 (0,17;0,29)	0,21 (0,17;0,28)	4,78 (3,81;6,01)	5,78 (4,55;7,34)

*Analyses zijn gecontroleerd voor leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau. BI = betrouwbaarheidsinterval, OR = odds ratio, - = geen gegevens beschikbaar

Bijlagetabel B8.31 Samenhang van omgevingsfactoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder werkenden (vanaf 15 jaar) inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen*

				SSW (2023)	GE (2023)
				Levenstevredenheid	Angst- of depressie-gevoelens afgelopen 4 weken
				OR (95% BI)	OR (95% BI)
	Omgevingsfactor	Indicator	Referentiecategorie indicator	Totaal	Totaal
Gezin	Thuissituatie	Alleenstaand of alleenstaande ouder	Partner, kind in gezin of overig	0,46 (0,39;0,56)	1,61 (1,40;1,85)
Woon- en leefomgeving	Sociale leefomgeving	Geen dagelijks contact met familie, vrienden of buren	Dagelijks contact met familie, vrienden en/of buren	0,75 (0,62;0,90)	-
	Veiligheid woonomgeving	Voelt zich (een beetje) onveilig	Voelt zich niet onveilig	0,43 (0,35;0,52)	-
	Fysieke woonomgeving	Woont in (grote) stad	Woont niet in (grote) stad	0,88 (0,73;1,07)	1,17 (1,03;1,33)

*Analyses zijn gecontroleerd voor geslacht, leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau. BI = betrouwbaarheidsinterval, OR = odds ratio, - = geen gegevens beschikbaar

Bijlagetabel B8.32 Samenhang van omgevingsfactoren met levenstevredenheid en met angst- of depressiegevoelens onder werkende mannen en vrouwen (vanaf 15 jaar) inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen*

				SSW (2023)		**GE (2023)**	
				Levenstevredenheid		**Angst- of depressie-gevoelens afgelopen 4 weken**	
				OR (95% BI)		**OR (95% BI)**	
	Omgevingsfactor	**Indicator**	**Referentiecategorie indicator**	**Man**	**Vrouw**	**Man**	**Vrouw**
Gezin	Thuissituatie	Alleenstaand of alleenstaande ouder	Partner, kind in gezin of overig	0,42 (0,32;0,55)	0,52 (0,40;0,67)	1,85 (1,52;2,26)	1,41 (1,16;1,72)
Woon- en leefomgeving	Sociale leefomgeving	Geen dagelijks contact met familie, vrienden of buren	Dagelijks contact met familie, vrienden en/of buren	0,72 (0,55;0,94)	0,78 (0,60;1,00)	-	-
	Veiligheid woonomgeving	Voelt zich (een beetje) onveilig	Voelt zich niet onveilig	0,37 (0,27;0,49)	0,47 (0,36;0,61)	-	-
	Fysieke woonomgeving	Woont in (grote) stad	Woont niet in (grote) stad	0,94 (0,72;1,24)	0,83 (0,63;1,10)	1,26 (1,05;1,52)	1,11 (0,93;1,32)

*Analyses zijn gecontroleerd voor leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau. BI = betrouwbaarheidsinterval, OR = odds ratio, - = geen gegevens beschikbaar

Bijlage 9 Trends indicatoren en gevolgen mentale gezondheid voor digitoegankelijkheid

Algemene bevolking

Bijlagetabel B9.1 Percentage van de algemene populatie (18 jaar en ouder) dat tevreden was over het eigen leven in de periode 2013 t/m 2024

	Totaal	Man	Vrouw
2013	83,6	82,1	85,0
2014	84,6	84,2	85,0
2015	83,9	83,4	84,5
2016	85,2	85,6	84,8
2017	85,4	86,5	84,4
2018	85,7	85,1	86,3
2019	87,3	87,1	87,6
2020	84,8	84,4	85,2
2021	83,6	83,3	84,0
2022	83,4	82,9	83,8
2023	84,2	84,0	84,3
2024	85,3	85,0	85,5

Bijlagetabel B9.2 Percentage van de algemene populatie (12 jaar en ouder) met angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken in de periode 2014 t/m 2024

	Totaal	Man	Vrouw
2014	36,0	30,7	41,2
2015	36,4	30,8	41,8
2016	38,0	33,2	42,7
2017	36,8	31,5	41,9
2018	38,1	32,6	43,5
2019	38,8	33,3	44,3
2020	40,1	34,1	45,9
2021	43,9	38,5	49,2
2022	44,0	38,4	49,6
2023	42,4	36,5	48,2
2024	43,7	38,3	49,0

Bijlagetabel B9.3 Percentage in de algemene populatie (12 jaar en ouder) dat zich door emotionele problemen beperkt voelde bij dagelijkse bezigheden in de afgelopen 4 weken in de periode 2020 t/m 2024

	Totaal	Man	Vrouw
2020	14,2	11,9	16,5
2021	16,4	13,3	19,5
2022	15,8	13,4	18,2
2023	15,1	12,5	17,6
2024	15,9	13,4	18,3

Bijlagetabel B9.4 Percentage in de algemene populatie (18 jaar en ouder) met hoog risico op een angststoornis of depressie in de periode 2012 t/m 2024

	Totaal	Man	Vrouw
2012	5,7	4,6	6,7
2016	6,5	5,8	7,2
2020	6,4	5,3	7,5
2022	9,7	8,2	11,0
2024	8,9	7,4	10,2

Bijlagetabel B9.5 Percentage in de algemene populatie (15 jaar en ouder) met sterke eenzaamheid in de periode 2019 t/m 2024

	Totaal	Man	Vrouw
2019	8,7	7,8	9,6
2021	11,0	10,2	11,8
2022	10,7	10,4	11,0
2023	10,8	11,0	10,6
2024	9,8	9,2	10,4

Bijlagetabel B9.1 Percentage 18- t/m 64-jarigen met DSM-IV psychische aandoeningen in het voorgaande jaar, in de perioden 2007/2009 en 2019/2022

	Enige angststoornis	Enige stemmingsstoornis	Enige psychische aandoening
2007/2009	10,1	6,0	17,4
2019/2022	15,6	10,8	26,1

Bijlagetabel B9.7 Percentage huisartspatiënten van 0 jaar en ouder dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege depressieve gevoelens of depressie in de periode 2014 t/m 2023

	Totaal	Man	Vrouw
2014	4,1	2,9	5,3
2015	4,1	2,9	5,3
2016	4,2	2,9	5,4
2017	4,2	2,9	5,4
2018	4,3	3,0	5,6
2019	4,3	3,0	5,6
2020	4,2	3,0	5,4
2021	4,3	3,0	5,5
2022	4,2	3,0	5,4
2023	4,1	2,9	5,3

Bijlagetabel B9.8 Percentage huisartspatiënten van 0 jaar en ouder dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege angstige, nerveuze of gespannen gevoelens, of angst, in de periode 2014 t/m 2023

	Totaal	Man	Vrouw
2014	3,5	2,3	4,7
2015	3,6	2,4	4,7
2016	3,6	2,4	4,9
2017	3,8	2,5	5,1
2018	4,0	2,6	5,3
2019	4,1	2,7	5,5
2020	4,1	2,6	5,5
2021	4,2	2,7	5,7
2022	4,3	2,7	5,8
2023	4,3	2,7	5,8

Bijlagetabel B9.9 Percentage huisartspatiënten van 0 jaar en ouder dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege enigerlei psychisch probleem in de periode 2014 t/m 2023

	Totaal	Man	Vrouw
2014	19,7	17,7	21,7
2015	19,9	17,9	21,9
2016	20,3	18,3	22,4
2017	21,1	19,0	23,2
2018	21,7	19,5	23,9
2019	21,9	19,7	24,1
2020	21,5	19,3	23,6
2021	22,1	19,7	24,4
2022	22,2	19,6	24,7
2023	22,3	19,7	24,8

Bijlagetabel B9.10 Aantal patiënten met stemmingsstoornis, angststoornis of enigerlei psychische diagnose in de specialistische ggz per 100.000 inwoners van 18 jaar en ouder in de periode 2015 t/m 2021

	Specialistische GGZ: stemmingsstoornis	Specialistische GGZ: angststoornis	Specialistische GGZ: enigerlei psychische diagnose
2015	1512	919	5127
2016	1488	949	5079
2017	1504	1018	5054
2018	1532	1082	5309
2019	1418	1094	5086
2020	1355	1129	4990
2021	1368	1209	5237

Bijlagetabel B9.11 Aantal wachtplekken voor basis- en specialistische ggz voor mensen van 18 jaar en ouder in de periode 2022 t/m 2024

	Aanmeldgesprek	Behandeling
2022	57.129	29.985
2023	65.635	31.815
2024	72.443	36.435

Bijlagetabel B9.12ab Gemiddelde wachttijd in weken basis-ggz (a) en specialistische ggz (b) voor mensen van 18 jaar en ouder in de periode 2022 tot 2023

	Basis-ggz Aanmeldwachtijd	Basis-ggz Behandelwachttijd	Specialistische ggz aanmeldwachtijd	Specialistische ggz behandelwachttijd
2022 2e kwartaal	8,5	3,8	10,9	5,7
2022 3e kwartaal	8,4	4,1	11,9	6,1
2022 4e kwartaal	9,5	5,4	14,6	7,1
2023 1e kwartaal	8,7	5,4	13,8	7,1

Bijlagetabel B9.13 Zorguitgaven voor totaal psychische stoornissen per inwoner per jaar in de periode 2015 t/m 2019

	Totaal psychische stoornissen (exclusief dementie en verstandelijke beperking)
2015	450
2017	457
2019	489

Bijlagetabel B9.14 Aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen vanwege psychische stoornissen in de periode 2015 t/m 2020

	Aantal	%
2015	343.410	42,5
2016	343.150	42,5
2017	343.400	42,5
2018	345.110	42,5
2019	346.920	42,4
2020	345.850	42,4

Bijlagetabel B9.15 Aantal overledenen als gevolg van psychische stoornissen in de algemene populatie (0 jaar en ouder) per 100.000 inwoners in de periode 2014 t/m 2024

	Totaal	Man	Vrouw
2014	60,4	41,1	79,4
2015	67,3	45,8	88,5
2016	70,2	49,4	90,7
2017	73,5	51,7	95,1
2018	75,5	54,2	96,6
2019	73,6	54,4	92,4
2020	67,0	50,4	83,3
2021	67,1	49,3	84,8
2022	73,7	54,0	93,1
2023	78,6	59,7	96,6
2024	82,0	63,5	100,4

Bijlagetabel B9.16 Aantal overledenen als gevolg van zelfdoding per 100.000 inwoners (0 jaar en ouder) in de periode 2014 t/m 2024

	Totaal	Man	Vrouw
2014	10,9	15,0	6,9
2015	11,0	15,2	6,9
2016	11,1	15,1	7,2
2017	11,2	15,3	7,1
2018	10,6	13,7	7,5
2019	10,4	14,3	6,6
2020	10,5	14,2	6,8
2021	10,6	14,9	6,4
2022	10,8	15,0	6,8
2023	10,5	14,7	6,2
2024	10,3	14,0	6,6

Kinderen en adolescenten

Bijlagetabel B9.17 Percentage leerlingen groep 8 (10 t/m 12 jaar) dat tevreden is over het eigen leven in de periode 2001 t/m 2023

	Totaal	Jongen	Meisje
2001	92,6	93,1	92,1
2005	88,7	90,5	86,9
2009	91,4	93,8	88,9
2013	87,9	89,8	86,0
2017	92,0	93,4	90,7
2021	87,0	91,5	82,6
2023	86,1	91,2	81,4

Bijlagetabel B9.18 Percentage leerlingen voortgezet onderwijs (12 t/m 16 jaar) dat tevreden is over het eigen leven in de periode 2001 t/m 2023

	Totaal	Jongen	Meisje
2001	86,8	89,6	83,9
2005	85,0	89,7	80,1
2009	87,6	90,9	84,2
2013	81,4	86,3	76,5
2017	82,0	87,4	76,2
2019	81,0	85,7	76,1
2021	71,0	79,8	61,8
2023	76,6	84,4	68,6

Bijlagetabel B9.19 Percentage leerlingen groep 8 (10 t/m 12 jaar) met mentale problemen (SDQ) in de periode 2005 t/m 2023

	Totaal	Jongen	Meisje
2005	17,4	19,6	15,2
2009	14,7	14,6	14,8
2013	17,4	17,3	17,5
2017	15,8	16,2	15,4
2021	26,1	21,3	30,7
2023	23,8	20,7	26,6

Bijlagetabel B9.20 Percentage leerlingen voortgezet onderwijs (12 t/m 16 jaar) met mentale problemen (SDQ) in de periode 2005 t/m 2023

	Totaal	Jongen	Meisje
2005	16,4	13,7	19,2
2009	14,6	14,6	14,6
2013	20,0	16,0	24,1
2017	19,7	16,4	23,2
2019	20,2	14,7	25,9
2021	30,5	21,5	39,8
2023	29,6	20,9	38,3

Bijlagetabel B9.21 Percentage adolescenten (12 t/m 18 jaar) met angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken in de periode 2014 t/m 2024

	Totaal	Jongen	Meisje
2014	32,1	29,0	35,2
2015	32,3	22,9	41,9
2016	32,0	27,9	36,2
2017	26,9	21,0	33,2
2018	33,9	27,8	40,2
2019	36,3	30,7	42,1
2020	38,1	30,9	45,5
2021	41,9	29,1	55,4
2022	41,7	32,0	51,9
2023	37,5	26,4	49,3
2024	40,6	32,4	49,2

Bijlagetabel B9.22 Percentage adolescenten (12 t/m 18 jaar) dat zich door emotionele problemen beperkt voelt in de afgelopen 4 weken in de periode 2020 t/m 2024

	Totaal	Jongen	Meisje
2020	11,8	9,7	14,0
2021	16,9	8,4	25,8
2022	12,5	8,3	17,0
2023	13,4	8,7	18,3
2024	11,2	7,0	15,8

Bijlagetabel B9.23 Percentage huisartspatiënten van 0 t/m 11 jaar dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege angstige, nerveuze of gespannen gevoelens of angst in de periode 2014 t/m 2023

	Totaal	Jongen	Meisje
2014	0,6	0,6	0,7
2015	0,7	0,7	0,8
2016	0,7	0,6	0,7
2017	0,8	0,7	0,8
2018	0,8	0,7	0,9
2019	0,8	0,7	0,9
2020	0,8	0,7	0,9
2021	0,8	0,7	0,9
2022	0,8	0,7	0,9
2023	0,8	0,7	0,9

Bijlagetabel B9.24 Percentage huisartspatiënten van 12 t/m 18 jaar dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege angstige, nerveuze of gespannen gevoelens of angst in de periode 2014 t/m 2023

	Totaal	Jongen	Meisje
2014	1,9	1,2	2,7
2015	2,0	1,4	2,7
2016	2,0	1,3	2,8
2017	2,3	1,4	3,1
2018	2,4	1,5	3,3
2019	2,7	1,6	3,7
2020	2,6	1,5	3,8
2021	3,0	1,5	4,5
2022	3,0	1,6	4,5
2023	3,0	1,6	4,4

Bijlagetabel B9.25 Percentage huisartspatiënten van 0 t/m 11 jaar dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege depressieve gevoelens of depressie in de periode 2014 t/m 2023

	Totaal	Jongen	Meisje
2014	0,1	0,1	0,1
2015	0,1	0,1	0,1
2016	0,1	0,1	0,1
2017	0,1	0,1	0,1
2018	0,1	0,1	0,1
2019	0,1	0,1	0,1
2020	0,1	0,1	0,1
2021	0,1	0,1	0,1
2022	0,1	0,1	0,1
2023	0,1	0,1	0,1

Bijlagetabel B9.26 Percentage huisartspatiënten van 12 t/m 18 jaar dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege depressieve gevoelens of depressie in de periode 2014 t/m 2023

	Totaal	Jongen	Meisje
2014	1,3	0,8	1,8
2015	1,4	0,9	1,9
2016	1,5	0,9	2,1
2017	1,8	1,0	2,6
2018	2,0	1,2	2,8
2019	2,0	1,1	3,0
2020	2,1	1,1	3,1
2021	2,4	1,3	3,6
2022	2,2	1,2	3,3
2023	2,0	1,1	2,8

Bijlagetabel B9.27 Percentage huisartspatiënten van 0 t/m 11 jaar dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege enigerlei psychisch probleem in de periode 2014 t/m 2023

	Totaal	Jongen	Meisje
2014	13,4	16,6	10,0
2015	13,7	16,9	10,3
2016	13,7	16,9	10,4
2017	14,4	17,9	10,9
2018	14,8	18,2	11,2
2019	14,3	17,5	10,9
2020	13,9	17,0	10,7
2021	14,1	17,3	10,9
2022	13,8	16,7	10,7
2023	13,7	16,5	10,7

Bijlagetabel B9.28 Percentage huisartspatiënten van 12 t/m 18 jaar dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege enigerlei psychisch probleem in de periode 2014 t/m 2023

	Totaal	Jongen	Meisje
2014	16,4	17,9	14,8
2015	16,5	18,0	14,9
2016	17,0	18,3	15,6
2017	18,0	19,0	17,0
2018	18,6	19,4	17,9
2019	18,9	19,3	18,6
2020	18,9	18,9	18,9
2021	20,2	19,2	21,3
2022	20,4	19,1	21,7
2023	20,5	19,3	21,7

Bijlagetabel B9.29Percentage jeugdigen (0 t/m 22 jaar) dat gebruik maakt van jeugdhulp met of zonder verblijf in de periode 2021 t/m 2024

	Totaal	Jongen	Meisje
2021	10,4	11,1	9,6
2022	10,6	11,1	10,0
2023	10,8	11,3	10,3
2024	10,9	11,4	10,4

Bijlagetabel B9.30 De mediane, minimale en maximale gerealiseerde kosten voor jeugdhulp in de periode 2017 t/m 2023, in euro's per inwoner per gemeente

	Mediaan	Minimaal	Maximaal
2017	196	10	277
2018	198	44	449
2019	209	43	454
2020	225	68	466
2021	238	4	467
2022	239	24	573
2023	274	43	611

Bijlagetabel B9.31 Leerlingen (aantal en aantal per 1000 leerplichtigen) met relatief verzuim in de periode van schooljaar 2015/2016 t/m 2023/2024

Schooljaar	Aantal	Aantal per 1000 leerplichtigen
2015-2016	68.262	27,0
2016-2017	66.725	26,6
2017-2018	63.443	25,2
2018-2019	63.732	25,6
2019-2020	49.157	20,0
2020-2021	50.224	20,7
2021-2022	58.859	24,5
2022-2023	65.715	27,1
2023-2024	67.267	27,9

Bijlagetabel B9.32 Leerlingen (aantal en aantal per 1000 leerplichtigen) met een vrijstelling artikel 5a in de periode van schooljaar 2015/2016 t/m 2023/2024

	Aantal	Aantal per 1000 leerplichtigen
2015-2016	5537	2,2
2016-2017	3811	2,3
2017-2018	3046	2,2
2018-2019	2945	2,4
2019-2020	1700	2,6
2020-2021	1629	2,9
2021-2022	2018	3,1
2022-2023	2377	3,5
2023-2024	2362	4,0

Bijlagetabel B9.33 Aantal overledenen als gevolg van psychische stoornissen per 100.000 inwoners tot 20 jaar in de periode 2014 t/m 2024

	Totaal	Mannen	Vrouwen
2014	0,3	0,3	0,2
2015	0,4	0,6	0,1
2016	0,3	0,3	0,4
2017	0,3	0,3	0,3
2018	0,2	0,3	0,2
2019	0,2	0,2	0,2
2020	0,4	0,4	0,3
2021	0,3	0,3	0,3
2022	0,4	0,4	0,4
2023	0,3	0,3	0,3
2024	0,3	0,2	0,4

Bijlagetabel B9.34 Aantal overledenen als gevolg van zelfdoding per 100.000 inwoners tot 20 jaar in de periode 2014 t/m 2024

	Totaal	Jongen	Meisje
2014	1,4	1,6	1,3
2015	1,3	1,4	1,1
2016	1,3	1,5	1,0
2017	2,1	2,6	1,7
2018	1,3	1,5	1,1
2019	1,8	2,2	1,3
2020	1,6	1,8	1,5
2021	1,5	1,9	1,1
2022	1,8	2,2	1,4
2023	1,4	1,9	1,0
2024	1,7	1,8	1,5

Jongvolwassen

Bijlagetabel B9.35 Percentage jongvolwassenen dat tevreden is over het eigen leven in de periode 2013 t/m 2024

	Totaal	Man	Vrouw
2013	86,2	84,5	87,8
2014	83,9	84,1	83,7
2015	86,8	84,9	88,9
2016	85,8	87,4	84,2
2017	86,8	88,1	85,4
2018	84,5	84,6	84,4
2019	86,7	87,5	85,8
2020	82,1	83,9	80,2
2021	77,7	76,9	78,5
2022	75,8	75,3	76,2
2023	76,2	74,8	77,6
2024	79,8	81,0	78,5

Bijlagetabel B9.36 Percentage jongvolwassenen met angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken in de periode 2014 t/m 2024

	Totaal	Man	Vrouw
2014	38,5	32,7	44,5
2015	37,5	30,2	44,9
2016	41,9	35,5	48,6
2017	37,3	29,2	45,7
2018	42,7	35,2	50,3
2019	43,5	37,3	49,8
2020	46,4	39,0	54,4
2021	54,8	47,0	62,6
2022	53,7	42,6	65,0
2023	50,8	39,1	62,6
2024	52,0	44,9	59,2

Bijlagetabel B9.37 Percentage jongvolwassenen dat zich beperkt voelt door emotionele problemen bij opleiding, werk of andere dagelijkse bezigheden in de afgelopen 4 weken in de periode 2020 t/m 2024

	Totaal	Man	Vrouw
2020	20,0	16,0	24,3
2021	24,8	18,1	31,4
2022	23,1	18,6	27,8
2023	21,6	16,0	27,3
2024	21,0	19,5	22,5

Bijlagetabel B9.38 Percentage jongvolwassenen dat sterk eenzaam is in de periode 2019 t/m 2022

	Totaal	Man	Vrouw
2019	9,4	9,7	9,0
2021	12,0	9,4	15,4
2022	12,6	10,8	14,5
2023	10,4	10,2	10,6
2024	11,2	8,6	14,0

Bijlagetabel B9.39 Percentage huisartspatiënten van 16 t/m 25 jaar dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege angstige, nerveuze of gespannen gevoelens of angst in de periode 2014 t/m 2023

	Totaal	Man	Vrouw
2014	3,6	2,1	5,2
2015	3,7	2,2	5,2
2016	3,7	2,2	5,3
2017	4,1	2,4	5,8
2018	4,3	2,5	6,3
2019	4,8	2,8	6,8
2020	4,7	2,7	6,8
2021	5,3	3,0	7,7
2022	5,4	2,9	8,0
2023	5,3	2,8	8,0

Bijlagetabel B9.40 Percentage huisartspatiënten van 16 t/m 25 jaar dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege depressieve gevoelens of depressie in de periode 2014 t/m 2023

	Totaal	Man	Vrouw
2014	3,0	1,9	4,0
2015	3,0	2,0	4,1
2016	3,2	2,1	4,3
2017	3,6	2,4	4,9
2018	4,0	2,8	5,3
2019	4,1	2,8	5,5
2020	4,2	2,8	5,6
2021	4,6	3,0	6,3
2022	4,7	3,2	6,2
2023	4,3	2,8	5,8

Bijlagetabel B9.41 Percentage huisartspatiënten van 16 t/m 25 jaar dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege enigerlei psychisch probleem in de periode 2014 t/m 2023

	Totaal	Man	Vrouw
2014	17,7	15,9	19,5
2015	17,9	16,1	19,8
2016	18,4	16,7	20,2
2017	20,0	17,9	22,2
2018	20,9	18,5	23,4
2019	21,7	19,2	24,3
2020	21,6	18,8	24,6
2021	23,4	19,6	27,5
2022	24,1	19,8	28,6
2023	24,0	19,5	28,7

Bijlagetabel B9.42 Aantal overledenen als gevolg van psychische stoornissen per 100.000 inwoners van 15 t/m 24 jaar in de periode 2014 t/m 2024

	Totaal	Man	Vrouw
2014	0,2	0,1	0,3
2015	0,6	0,8	0,4
2016	0,5	0,4	0,7
2017	0,6	0,6	0,6
2018	0,8	0,9	0,6
2019	0,1	0,0	0,3
2020	0,6	0,5	0,7
2021	0,8	0,5	1,0
2022	1,0	0,7	1,3
2023	1,0	0,6	1,3
2024	1,4	1,0	1,9

Bijlagetabel B9.43 Aantal overledenen als gevolg van zelfdoding per 100.000 inwoners van 15 t/m 24 jaar in de periode 2014 t/m 2024

	Totaal	Man	Vrouw
2014	6,2	7,7	4,7
2015	5,9	8,4	3,3
2016	5,4	7,2	3,4
2017	7,5	9,8	5,1
2018	6,8	8,6	5,0
2019	7,2	8,9	5,4
2020	7,1	8,2	5,9
2021	7,2	9,8	4,6
2022	8,4	10,4	6,4
2023	7,4	10,5	4,2
2024	6,7	8,1	5,3

Volwassenen

Bijlagetabel B9.44 Percentage volwassenen dat tevreden is over het eigen leven in de periode 2013 t/m 2024

	Totaal	Man	Vrouw
2013	83,0	81,5	84,5
2014	84,0	83,2	84,9
2015	83,2	82,4	84,0
2016	84,9	85,1	84,6
2017	85,1	85,9	84,4
2018	85,4	84,6	86,2
2019	86,9	86,5	87,3
2020	84,2	83,6	84,9
2021	82,9	82,3	83,5
2022	82,0	81,5	82,4
2023	82,7	82,1	83,4
2024	84,3	83,9	84,7

Bijlagetabel B9.45 Percentage volwassenen met angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken in de periode 2014 t/m 2024

	Totaal	Man	Vrouw
2014	36,6	31,6	41,7
2015	37,7	32,8	42,5
2016	39,6	35,1	44,2
2017	38,1	33,5	42,7
2018	38,6	33,9	43,3
2019	39,5	34,6	44,4
2020	41,4	35,9	47,1
2021	45,9	41,9	50,0
2022	46,4	41,2	51,7
2023	44,8	39,5	50,0
2024	45,8	41,1	50,5

Bijlagetabel B9.46 Percentage volwassenen dat zich beperkt voelt door emotionele problemen bij werk of andere dagelijkse bezigheden in de afgelopen 4 weken in de periode 2020 t/m 2024

	Totaal	Man	Vrouw
2020	16,5	13,9	19,2
2021	18,3	15,0	21,6
2022	18,4	15,8	21,0
2023	17,1	14,2	20,0
2024	18,1	15,3	21,0

Bijlagetabel B9.47 Percentage volwassenen met een hoog risico op een angststoornis of depressie in de periode 2012 t/m 2024

	Totaal	Man	Vrouw
2012	6,0	5,0	7,1
2016	7,1	6,4	7,7
2020	7,2	6,0	8,4
2022	11,4	9,6	13,0
2024	10,5	8,7	12,1

Bijlagetabel B9.48 Percentage volwassenen dat sterk eenzaam is in de periode 2019 t/m 2024

	Totaal	Man	Vrouw
2019	9,0	8,5	9,5
2021	11,8	11,1	12,5
2022	11,5	11,3	11,8
2023	11,5	11,8	11,2
2024	10,6	10,1	11,1

Bijlagetabel B9.49 Percentage huisartspatiënten van 18 t/m 64 jaar dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege angstige, nerveuze of gespannen gevoelens of angst in de periode 2014 t/m 2023

	Totaal	Man	Vrouw
2014	4,2	2,8	5,5
2015	4,2	2,8	5,6
2016	4,3	2,8	5,7
2017	4,5	3,0	6,0
2018	4,7	3,1	6,3
2019	4,9	3,3	6,6
2020	4,9	3,2	6,6
2021	5,1	3,3	6,8
2022	5,2	3,3	7,0
2023	5,2	3,3	7,1

Bijlagetabel B9.50 Percentage huisartspatiënten van 18 t/m 64 jaar dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege depressieve gevoelens of depressie in de periode 2014 t/m 2023

	Totaal	Man	Vrouw
2014	5,0	3,6	6,4
2015	5,1	3,7	6,4
2016	5,1	3,7	6,5
2017	5,1	3,7	6,6
2018	5,3	3,8	6,8
2019	5,3	3,8	6,8
2020	5,2	3,7	6,6
2021	5,3	3,8	6,7
2022	5,1	3,7	6,6
2023	5,0	3,5	6,5

Bijlagetabel B9.51 Percentage huisartspatiënten van 18 t/m 64 jaar dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege enigerlei psychisch probleem in de periode 2014 t/m 2023

	Totaal	Man	Vrouw
2014	20,2	17,5	23,0
2015	20,5	17,7	23,2
2016	20,9	18,2	23,7
2017	21,9	19,0	24,8
2018	22,8	19,6	25,9
2019	23,1	20,0	26,1
2020	22,7	19,8	25,7
2021	23,4	20,1	26,6
2022	23,6	20,2	26,9
2023	23,7	20,3	27,1

Bijlagetabel B9.52 Aantal patiënten van 18 t/m 64 jaar dat behandeld is in de gespecialiseerde ggz voor stemmingsstoornissen in de periode 2015 t/m 2021 per 100.000 inwoners

	Totaal	Man	Vrouw
2015	1665	1290	2043
2016	1640	1259	2024
2017	1657	1249	2069
2018	1672	1239	2109
2019	1551	1138	1968
2020	1473	1076	1875
2021	1480	1058	1908

Bijlagetabel B9.53 Aantal patiënten van 18 t/m 64 jaar dat behandeld is in de gespecialiseerde ggz voor angststoornissen in de periode 2015 t/m 2021 per 100.000 inwoners

	Totaal	Man	Vrouw
2015	1103	732	1478
2016	1143	759	1531
2017	1228	788	1671
2018	1309	826	1797
2019	1329	816	1848
2020	1378	827	1935
2021	1479	854	2111

Bijlagetabel B9.54 Aantal patiënten van 18 t/m 64 jaar dat behandeld is in de gespecialiseerde ggz voor enigerlei psychische diagnose in de periode 2015 t/m 2021 per 100.000 inwoners

	Totaal	Man	Vrouw
2015	5810	5320	6305
2016	5809	5255	6368
2017	5824	5163	6492
2018	6127	5367	6895
2019	5910	5113	6715
2020	5832	4960	6715
2021	6145	5127	7177

Bijlagetabel B9.55 Aantal overledenen als gevolg van psychische stoornissen per 100.000 inwoners van 20 t/m 64 jaar in de periode 2014 t/m 2024

	Totaal	Man	Vrouw
2014	4,2	5,7	2,6
2015	5,1	7,0	3,2
2016	5,2	7,1	3,2
2017	5,5	7,1	3,8
2018	5,7	7,6	3,8
2019	5,4	7,0	3,7
2020	6,0	8,1	3,8
2021	6,2	8,2	4,1
2022	6,5	8,7	4,4
2023	6,6	8,4	4,9
2024	7,0	8,5	5,5

Bijlagetabel B9.56 Aantal overledenen als gevolg van zelfdoding per 100.000 inwoners van 20 t/m 64 jaar in de periode 2014 t/m 2024

	Totaal	Man	Vrouw
2014	14,3	19,8	8,8
2015	14,0	19,2	8,7
2016	13,8	19,2	8,4
2017	14,1	19,5	8,5
2018	13,4	17,4	9,4
2019	12,9	17,4	8,3
2020	12,8	17,5	8,1
2021	13,2	18,5	7,7
2022	13,2	18,2	8,1
2023	12,7	17,6	7,6
2024	12,7	17,3	7,9

Ouderen

Bijlagetabel B9.57 Percentage ouderen dat tevreden is over het eigen leven in de periode 2013 t/m 2024

	Totaal	Man	Vrouw
2013	85,7	84,5	86,8
2014	86,5	88,1	85,2
2015	86,5	87,2	85,9
2016	86,3	87,5	85,2
2017	86,5	88,8	84,5
2018	87,0	87,2	86,8
2019	88,8	89,3	88,4
2020	86,8	87,3	86,4
2021	86,0	86,6	85,6
2022	87,9	87,7	88,0
2023	88,7	90,5	87,1
2024	88,3	88,6	88,0

Bijlagetabel B9.58 Percentage ouderen met angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken in de periode 2014 t/m 2024

	Totaal	Man	Vrouw
2014	36,4	28,8	43,0
2015	34,5	27,8	40,2
2016	35,6	29,1	41,1
2017	36,6	28,3	43,8
2018	38,7	30,8	45,8
2019	37,9	30,7	44,2
2020	37,4	30,7	43,4
2021	38,6	31,5	45,0
2022	37,9	31,5	43,7
2023	37,3	30,5	43,4
2024	39,2	32,7	45,1

Bijlagetabel B9.59 Percentage ouderen dat zich door emotionele problemen beperkt voelt in de afgelopen 4 weken in de periode 2020 t/m 2024

	Totaal	Man	Vrouw
2020	8,7	7,3	9,9
2021	10,7	9,3	12,0
2022	9,0	7,7	10,2
2023	10,6	9,0	12,0
2024	10,8	9,8	11,8

Bijlagetabel B9.60 Percentage ouderen met een hoog risico op een angststoornis of depressie in de periode 2012 t/m 2024

	Totaal	Man	Vrouw
2012	4,3	2,9	5,4
2016	4,6	3,3	5,8
2020	3,9	2,9	4,7
2022	4,5	3,7	5,3
2024	4,2	3,2	5,0

Bijlagetabel B9.61 Percentage ouderen dat sterk eenzaam is in de periode 2019 t/m 2024

	Totaal	Man	Vrouw
2019	8,2	5,7	10,5
2021	8,6	8,6	8,6
2022	8,1	8,1	8,2
2023	8,7	9,0	8,4
2024	7,5	6,8	8,1

Bijlagetabel B9.62 Percentage huisartspatiënten van 65 jaar en ouder dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege angstige, nerveuze of gespannen gevoelens of angst in de periode 2014 t/m 2023

	Totaal	Man	Vrouw
2014	4,1	2,5	5,5
2015	4,1	2,5	5,4
2016	4,1	2,4	5,5
2017	4,2	2,5	5,7
2018	4,2	2,6	5,6
2019	4,2	2,6	5,6
2020	4,1	2,5	5,6
2021	4,1	2,4	5,6
2022	4,1	2,4	5,6
2023	4,0	2,3	5,4

Bijlagetabel B9.63 Percentage huisartspatiënten van 65 jaar en ouder dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege depressieve gevoelens of depressie in de periode 2014 t/m 2023

	Totaal	Man	Vrouw
2014	4,9	3,3	6,3
2015	4,9	3,3	6,3
2016	4,9	3,3	6,3
2017	4,8	3,3	6,1
2018	4,8	3,3	6,2
2019	4,8	3,3	6,1
2020	4,6	3,2	5,8
2021	4,5	3,1	5,8
2022	4,6	3,2	5,8
2023	4,5	3,2	5,7

Bijlagetabel B9.64 Percentage huisartspatiënten van 65 jaar en ouder dat contact had met de huisartsenpraktijk vanwege enigerlei psychisch probleem in de periode 2014 t/m 2023

	Totaal	Man	Vrouw
2014	23,9	19,1	27,9
2015	23,6	19,1	27,5
2016	23,9	19,4	27,7
2017	24,0	19,6	27,8
2018	24,1	20,0	27,7
2019	24,3	20,4	27,8
2020	23,2	19,5	26,5
2021	23,5	19,8	26,8
2022	23,6	19,9	26,9
2023	23,4	20,0	26,5

Bijlagetabel B9.65 Aantal patiënten van 65 jaar en ouder in de specialistische ggz die behandeld zijn voor een stemmingsstoornis in de periode 2015 t/m 2021 per 100.000 inwoners

	Totaal	Man	Vrouw
2015	1006	784	1192
2016	995	783	1175
2017	1016	796	1203
2018	1093	868	1285
2019	1009	807	1185
2020	999	801	1172
2021	1036	823	1222

Bijlagetabel B9.66 Aantal patiënten van 65 jaar en ouder in de specialistische ggz die behandeld zijn voor een angststoornis in de periode 2015 t/m 2021 per 100.000 inwoners

	Totaal	Man	Vrouw
2015	308	230	373
2016	319	237	389
2017	349	251	431
2018	372	266	463
2019	370	263	462
2020	377	267	474
2021	408	284	515

Bijlagetabel B9.67 Aantal patiënten van 65 jaar en ouder in de specialistische ggz die behandeld zijn voor enigerlei psychische aandoening in de periode 2015 t/m 2021 per 100.000 inwoners

	Totaal	Man	Vrouw
2015	2851	2474	3166
2016	2704	2344	3009
2017	2595	2233	2903
2018	2743	2376	3058
2019	2549	2205	2845
2020	2443	2092	2749
2021	2534	2157	2863

Bijlagetabel B9.68 Aantal overledenen als gevolg van psychische stoornissen per 100.000 inwoners van 65 jaar en ouder in de periode 2014 t/m 2024

	Totaal	Man	Vrouw
2014	329,5	234,4	407,9
2015	357,0	251,5	444,8
2016	365,8	267,0	448,8
2017	376,1	274,0	462,7
2018	379,4	281,2	463,4
2019	363,8	278,8	437,0
2020	322,8	248,2	387,3
2021	318,6	238,3	388,3
2022	346,4	258,4	423,0
2023	364,9	285,9	433,9
2024	376,8	300,6	443,8

Bijlagetabel B9.69 Aantal overledenen als gevolg van zelfdoding per 100.000 inwoners van 65 jaar en ouder in de periode 2014 t/m 2024

	Totaal	Man	Vrouw
2014	11,5	16,3	7,5
2015	13,6	20,4	8,0
2016	14,4	19,4	10,2
2017	12,9	17,8	8,8
2018	12,8	17,3	9,0
2019	12,9	19,2	7,4
2020	13,0	18,2	8,5
2021	12,9	18,4	8,1
2022	13,5	19,5	8,2
2023	13,2	19,9	7,3
2024	12,1	17,1	7,8

Studenten

Bijlagetabel B9.70 Percentage positieve mentale gezondheid en veerkracht in de periode 2021 t/m 2025

	Positieve mentale gezondheid (floreren)	Veerkracht
2021	18	51
2023	20	54
2025	23	57

Bijlagetabel B9.71 Gemiddelde score op levenstevredenheid in de periode 2021 t/m 2025

	Levenstevredenheid
2021	6,0
2023	6,7
2025	6,8

Bijlagetabel B9.72 Percentage studenten met mentale problemen in de periode 2021 t/m 2025

	Angst- of depressiegevoelens in laatste 4 weken	Emotionele uitputtingsklachten	Sterk eenzaam
2021	83	68	29
2023	84	59	24
2025	83	56	23

Werkenden

Bijlagetabel B9.73 Percentage werkenden (15 jaar en ouder) dat tevreden is over het eigen leven in de periode 2013 t/m 2024

	Totaal	Man	Vrouw
2013	87,3	86,4	88,3
2014	88,6	88,0	89,1
2015	87,8	87,5	88,1
2016	88,6	88,7	88,5
2017	89,1	90,1	88,0
2018	88,3	87,9	88,7
2019	90,1	89,9	90,3
2020	88,3	87,9	88,8
2021	86,1	85,9	86,3
2022	85,0	84,9	85,0
2023	86,2	86,1	86,2
2024	87,9	87,6	88,2

Bijlagetabel B9.74 Percentage werkenden (15 jaar en ouder) met angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken in de periode 2014 t/m 2024

	Totaal	Man	Vrouw
2014	31,7	27,0	37,0
2015	32,4	27,7	37,8
2016	33,5	28,3	39,5
2017	32,8	28,5	37,9
2018	34,7	29,4	40,6
2019	35,0	30,1	40,7
2020	37,2	31,3	43,9
2021	41,5	37,4	46,2
2022	42,8	37,5	48,9
2023	40,4	35,3	46,1
2024	41,5	36,6	47,0

Bijlagetabel B9.75 Percentage werkenden (15 jaar en ouder) dat zich beperkt voelt door emotionele problemen in de afgelopen 4 weken in de periode 2020 t/m 2024

	Totaal	Man	Vrouw
2020	12,7	10,1	15,6
2021	15,0	11,9	18,6
2022	15,2	12,3	18,4
2023	14,0	11,4	16,9
2024	14,3	11,4	17,5

Bijlagetabel B9.76 Percentage werkenden (18 jaar en ouder) met een hoog risico op een angststoornis of depressie in de periode 2012 t/m 2024

	Totaal	Man	Vrouw
2012	3,5	2,8	4,4
2016	3,7	3,1	4,5
2020	4,7	3,6	5,8
2022	8,0	6,7	9,4
2024	7,2	5,8	8,5

Bijlagetabel B9.77 Percentage werkenden (15 jaar en ouder) dat sterk eenzaam is in de periode 2019 t/m 2024

	Totaal	Man	Vrouw
2019	7,0	6,7	7,5
2021	9,9	9,5	10,3
2022	9,6	9,7	9,6
2023	9,9	10,1	9,6
2024	8,6	8,3	9,0

Bijlagetabel B9.78 Percentage werknemers (15 t/m 74 jaar) en zelfstandigen (15 jaar en ouder) met burn-out klachten in de periode 2014 t/m 2025

	Werknemers	Zelfstandigen
2014	14,4	
2015	13,4	7,5
2016	14,6	
2017	15,9	8,8
2018	17,3	
2019	17,0	9,2
2020	15,7	
2021	17,3	9,5
2022	20,0	
2023	19,0	11,7
2024	20,1	
2025		11,8

Bijlagetabel B9.79 Percentage met recent ziekteverzuim bij werknemers vanwege psychische klachten, overspannenheid of burn-out in de periode 2014 t/m 2024

	Totaal	Man	Vrouw
2014	5,7	5,1	6,2
2015	6,2	5,5	7,0
2016	6,2	5,6	6,9
2017	7,4	6,3	8,4
2018	7,2	5,8	8,6
2019	8,1	6,8	9,4
2020	7,4	6,5	8,3
2021	8,6	7,5	9,8
2022	6,7	5,7	7,7
2023	7,9	6,5	9,3
2024	8,2	6,8	9,5

M. van Bon-Martens | R. Boekee | V. Ramaker | U. Chavez Baldini |
A. Luik | R. Verkaik | M. Savelkoul | S. Leone | M. Hiemstra

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

Netherlands Institute of
Mental Health and Addiction

016513