

# Mentale gezondheid, preventie en leefstijl

Beleid en activiteiten vanuit cliënt- en naastenperspectief

PUBLIEKSVERSIE



Bureau Lenz, Nic Vos de Wael  
In opdracht van MIND

Mei 2024

# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b>	3
<b>Hoofdstuk 1: Inleiding</b>	7
<b>Hoofdstuk 2: Mens- en maatschappijbeelden</b>	11
2.1 Positieve gezondheid	11
2.2 Mentale gezondheid staat onder druk	12
2.3 Aanpak van maatschappelijke factoren	13
2.4 Mentaal gezonde leefomgevingen	15
2.5 Levensloopbenadering	17
2.6 Leefstijl en mentale gezondheid	17
2.7 Eigen regie en autonomie	19
<b>Hoofdstuk 3: Mentale gezondheid, preventie en leefstijl in de praktijk</b>	20
A. <u>Leefstijlfactoren</u>	
3.1 Beweging	20
3.2 Voeding	21
3.3 Slaap	23
3.4 Roken	24
3.5 Persoonlijke verzorging	25
3.6 Zingeving	26
3.7 Stress en ontspanning	27
B. <u>Leefstijl in de ggz</u>	
3.8 Leefstijl in de behandeling	29
3.9 Somatische screening	30
3.10 Gecombineerde leefstijlinterventies en GOAL	31
3.11 Psycho-educatie	32
3.12 Signaleringsplan en crisispreventie	33
3.13 Overgang van kliniek naar huis	34
3.14 Respijt- en time-outvoorzieningen	36
3.15 Leefstijl binnen intramurale zorg	36
C. <u>Sociale factoren</u>	
3.16 Sociale contacten en leefomgeving	39
3.17 Stigma en sociale inclusie	40
3.18 Geldzorgen	41
3.19 Werk, opleiding en dagbesteding	44

D. <u>Overig</u>	
3.20 Naastbetrokkenen	45
3.21 Digitale hulp bij een gezonde leefstijl	47
3.22 Cliëntondersteuning	48
<b>Hoofdstuk 4: Beleidsperspectief</b>	50
4.1 Landelijk beleid	50
4.2 Landelijke programma's en netwerken	51
4.3 Lokaal beleid	58
<b>Bijlage 1: Literatuurbronnen</b>	61
<b>Bijlage 2: Gebruikte afkortingen</b>	65

## **Samenvatting**

Er is een breed draagvlak in Nederland om te investeren in mentale gezondheid, preventie en gezonde leefstijl. MIND wil hierin een belangrijke rol vervullen. In dit rapport worden veel aanknopingspunten en handelingsperspectieven genoemd om dit thema te agenderen, te versterken en uit te voeren.

Op basis van de bevindingen in het rapport geven we hieronder de conclusies en aanbevelingen weer:

### **Financiering**

- Het is noodzakelijk dat er een betere financiering komt voor beleid met betrekking tot (mentale) gezondheid, preventie en gezonde leefstijl. Het is 'vijf over twaalf' in de gezondheidszorg. Het kan niet zo zijn dat de overheid minder in plaats van meer geld beschikbaar stelt voor preventie en leefstijl in de zorg. Bovendien is financiering momenteel te afhankelijk van tijdelijke subsidies. Gemeenten die een sleutelrol vervullen in het beleid krijgen onvoldoende middelen om die rol waar te maken.
- Verdere aanpassingen zijn nodig in organisatie en financiering van de zorg om domein-overstijgende samenwerking beter mogelijk te maken.
- Daarnaast bevelen we aan om een krachtig (deel)beleid te ontwikkelen voor mensen met een psychische aandoening, omdat zij al te maken hebben met gezondheidsachterstanden en extra risico's lopen.

### **Toegankelijkheid**

- Zorg voor een gedegen aanpak van maatschappelijke factoren die ten grondslag liggen aan (structurele) gezondheidsachterstanden. Mensen met (ernstig) psychische problemen leven vaak in een situatie van chronische stress als gevolg van onder meer bestaansonzekerheid, afhankelijkheid van complexe en starre regelgeving, gebrek aan sensitiviteit en flexibiliteit bij formele instanties.
- Versterk de toegankelijkheid van interventies die bijdragen aan mentale gezondheid en gezonde leefstijl, zoals GLI/GOAL, diëtiëk, fysiotherapie, maar ook vaktherapieën, body-mind interventies, enzovoort. Zowel binnen als buiten de ggz kan het aanbod vergroot worden. Het werken in groepen is kostenbesparend en biedt mogelijkheden voor peer support.

## **Kwaliteit in de ggz**

Ervaringskennis van cliënten en naasten binnen instellingen is nodig om de kwaliteit van ondersteuning bij mentale gezondheid, preventie en gezonde leefstijl te verbeteren.

Aspecten van kwaliteit die om aandacht vragen zijn:

- Integratie leefstijl binnen de behandeling en voldoende aanbod van leefstijlinterventies.
- Leefstijl binnen de intramurale zorg. Onderdelen die extra aandacht behoeven zijn: crisiszorg (HIC's), gesloten afdelingen, afdelingen voor langdurig verblijf en beschermd wonen. Aandachtspunten zijn: voeding, beweging, healing environment, aanbod voor ontspanning in het (behandel)programma.
- Overgang klinische opname naar thuis. Knelpunten daarbij zijn: onvoldoende voorbereiding op ontslag, onvoldoende nazorg, gebrek aan hulp bij het oplossen van achterliggende sociale problemen. Hierdoor wordt het risico op terugval vergroot.
- Dagbesteding. Ontwikkeling van het aanbod, in relatie tot het aanbod van andere organisaties en het aanbod van algemene voorzieningen. Breng eventuele lacunes in kaart zodat er geen (sub)groepen van cliënten zijn die buiten de boot vallen.
- Evenwicht tussen structuur en bescherming enerzijds, en eigen regie en autonomie anderzijds. Dit vraagt bij hulpverleners om meer bewustzijn, om presentie en om overleg en afstemming met cliënten en naasten.

## **Kwaliteit binnen gemeenten**

Ervaringskennis van cliënten en naasten binnen gemeenten is nodig om de kwaliteit van ondersteuning bij mentale gezondheid, preventie en gezonde leefstijl te verbeteren.

Aspecten van kwaliteit die om aandacht vragen zijn:

- De sociale basis, een prettige leefomgeving met algemene voorzieningen voor ontmoeting, ontspanning en herstel, waar mensen met een ggz-achtergrond zich thuis kunnen voelen.
- Beschikbaarheid en (financiële) toegankelijkheid van voorzieningen voor sport, beweging en cultuur.
- Overgang klinische opname naar thuis. Knelpunten daarbij zijn: onvoldoende voorbereiding op ontslag, onvoldoende nazorg, gebrek aan hulp bij het oplossen van achterliggende sociale problemen. Hierdoor wordt het risico op terugval vergroot.
- De ontwikkeling van het aanbod aan dagbesteding en inkoop door de gemeente. Onderzoek of er passende vervanging is gekomen voor aanbod dat mogelijk na 2022 is weggevallen. Breng eventuele lacunes in kaart zodat er geen (sub)groepen van cliënten zijn die buiten de boot vallen.
- Investeer in onafhankelijke cliëntondersteuning om mensen wegwijs te maken in de wereld van voorzieningen en bij te staan bij procedures en contacten met instanties.

Biedt ook informatie en ondersteuning aan mensen die dit nodig hebben, om toegang te krijgen tot financiële regelingen.

## **Ontwikkeling nieuwe interventies en hulpmiddelen**

Er is behoefte aan ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid bij de ontwikkeling van nieuwe interventies en hulpmiddelen voor (mentale) gezondheid, preventie en gezonde leefstijl.

Inzichten die uit dit onderzoek naar voren zijn gekomen:

- Er is behoefte aan interventies en hulpmiddelen op het gebied van leefstijlfactoren zoals beweging, voeding en slaap; toegespitst op de ggz-doelgroep, waar nodig aandoeningsspecifiek. Aandacht is gewenst voor de wisselwerking met medicatie en andere vormen van psychiatrische behandeling.
- Investeer in interventies en hulpmiddelen voor andere leefstijlfactoren die mensen met psychische klachten belangrijk vinden: persoonlijke verzorging, zingeving, ontspanning en verbinding.
- Deelnemers aan dit onderzoek geven aan dat zij interventies en hulpmiddelen die “motiveren en inspireren” belangrijk vinden. Informatie alleen is meestal onvoldoende om leefstijlveranderingen door te voeren en vol te houden. Interventies waarin het persoonlijk netwerk of peers betrokken zijn, hebben meer kans op succes.
- Ontwikkeling van en onderzoek naar digitale informatie, interventies en hulpmiddelen staat volop in de belangstelling. Sommige respondenten uit ons onderzoek gaven aan dat zij gebruik maken van informatie op internet, een beweegapp of een online training.
- Deelnemers uit de focusgroepen wezen er daarnaast op dat nog altijd veel mensen, ook jongeren, niet (voldoende) digitaal vaardig zijn. Sommige mensen hebben weerzin tegen digitale middelen of nemen er bewust afstand van. Zij hebben bijvoorbeeld bewust geen smartphone, omdat die te veel prikkels geeft. Daarnaast is een computer of dure smartphone voor sommige mensen simpelweg te duur. Het is belangrijk dat er altijd keuzevrijheid is. Dat betekent dat er een gelijkwaardig alternatief moet zijn voor digitale hulp of informatie.
- Onderzoek waar mogelijk kansen liggen voor verbinding met digitale platforms voor lotgenotencontact. E-health interventies voor leefstijl zijn het meest veelbelovends in combinatie met groepen voor psycho-educatie, training of peer-support.

## **Cultuurverandering en publieke opinie**

Er is een cultuurverandering nodig om definitief de weg in te slaan naar meer mentale gezondheid, preventie en gezonde leefstijl. Die cultuurverandering zal in zowel de zorg als de gehele samenleving moeten plaatsvinden. Daarbij zijn er verschillende thema's die om

verdieping en uitwisseling vragen. MIND en ervaringsdeskundigen kunnen hierin een belangrijke rol vervullen. Thema's zijn bijvoorbeeld:

- Omgaan met prestatiecultuur en chronische stress. Hoe komen we tot een minder stressvolle samenleving?
- Mentale gezondheid en psychisch lijden. Hoe voorkomen we nodeloos medicaliseren? Hoe bieden we meer ruimte voor psychische diversiteit?
- Individu en gemeenschap. Hoe kunnen we de sociale basis versterken en mensen beschermen tegen vergaande individualisering? Welke rol speelt het persoonlijk netwerk en hoe kan dat versterkt worden?
- Autonomie, eigen regie en zelfbeschikking. Waar liggen de grenzen?

Het stimuleren van cultuurverandering en maatschappelijk debat is op verschillende niveaus gewenst: binnen zorg- en brancheorganisaties en patiëntenverenigingen, tussen partners in ggz en sociaal domein, met maatschappelijke en wetenschappelijke organisaties en in de politiek.

MIND wil zich hiervoor inzetten met door middel van de inbreng van concrete ervaringskennis van cliënten en naasten. Dit onderzoeksrapport is daarvan een goed voorbeeld.

## Hoofdstuk 1: Inleiding

Dit rapport is het verslag van een verkennend onderzoek naar mentale gezondheid, preventie en leefstijl, waarin het cliënt- en naastenperspectief centraal staat.

Binnen de gezondheidszorg in het algemeen en de ggz in het bijzonder is steeds meer aandacht voor preventie en leefstijl. Dit blijkt onder meer uit afspraken die gemaakt zijn in het Integraal Zorgakkoord (IZA). Investerings in preventie en gezonde leefstijl, zo is de overtuiging, helpen om de mentale gezondheid te bevorderen. Een welkom neveneffect is dat de druk op specialistische ggz zal verminderen.

Ook bij MIND staan mentale gezondheid, preventie en leefstijl al langere tijd hoog op de agenda. Daarom heeft MIND aan Bureau Lenz gevraagd een verkennend onderzoek uit te voeren.

### Afbakening

Oorspronkelijk richtte dit onderzoek zich op preventie en leefstijl, twee begrippen die op zichzelf al veelomvattend zijn. Aan het begin van het onderzoek is daarom de volgende afbakening gemaakt:

- Het onderzoek richt zich op mensen die al te maken hebben (gehad) met psychische klachten of aandoeningen en daarvoor zorg (hebben) ontvangen. De preventie heeft als doel om te voorkómen dat de aandoening (weer) verergert en er een terugval optreedt in het herstel. Dit wordt ook wel zorggerelateerde preventie of terugvalpreventie genoemd.
- Het onderzoek richt zich op volwassenen. Op het gebied van preventie en leefstijl bij jongeren heeft MIND al meer ervaring en expertise.
- Het gaat om zowel mensen die ambulante zorg ontvangen als mensen die in een kliniek verblijven.
- Het onderzoek beperkt zich tot het domein van zorg en ondersteuning. Arbeid, huisvesting, sociale zekerheid e.d. kunnen een grote bijdrage leveren aan preventie, maar vallen buiten het bereik van dit onderzoek.
- De rol van familie en andere naastbetrokkenen maakt onderdeel uit van het onderzoek.

Tijdens de uitvoering van het onderzoek bleek het toch lastig binnen duidelijke kaders te blijven. Soms is (bewust) buiten de lijntjes gekleurd. Sommige ervaringen en inzichten waren zo waardevol dat het zonde was ze buiten beschouwing te laten. Bovendien wijst alles in de aanpak van preventie en leefstijl op het belang van een integrale benadering en dat maakt het extra moeilijk om bepaalde aspecten buiten beschouwing te laten.

Concreet betekent dit dat er toch aandacht is besteed aan sociale aspecten zoals arbeid, huisvesting, inkomen en schulden. Het onderzoek beperkt zich bij deze onderwerpen wel tot ervaringen van cliënten en naasten en gaat niet of nauwelijks in op de regelgeving.



De grootste verandering is dat mentale gezondheid is toegevoegd als onderwerp van onderzoek. Vanuit het principe van positieve gezondheid is het goed om niet alleen te kijken hoe je bij psychische aandoeningen verergering en terugval kunt voorkomen, maar ook om te kijken hoe je mentale gezondheid kunt ontwikkelen en versterken. Daarom heeft dit rapport uiteindelijk de titel 'mentale gezondheid, preventie en leefstijl' gekregen.

### **Vraagstelling**

De vraagstelling voor dit onderzoek is daarmee:

Welke sociale en leefstijlfactoren bevorderen mentale gezondheid en kunnen verergering of terugval van psychische aandoeningen helpen voorkomen?

### **Opzet en organisatie van het onderzoek**

Het onderzoek heeft bestaan uit twee delen: 1. Een literatuurstudie; 2. Focusgroepen met cliënten en naasten.

De literatuurstudie is gestart in oktober 2023. De focusgroepen hebben plaatsgevonden vanaf half november. Beide onderdelen zijn in december 2023 afgerond, waarna gewerkt is aan deze rapportage.

Een beleidsadviseur tevens onderzoeker van MIND heeft het onderzoek inhoudelijk begeleid. Zij en enkele collega's van MIND hebben ondersteuning geleverd bij de organisatie van focusgroepen en het werven van deelnemers daarvoor.

Daarnaast heeft MIND een klankbordgroep ingesteld met drie personen vanuit de eigen achterban. De klankbordgroep is in de looptijd van het onderzoek drie keer geraadpleegd; de laatste keer om zich te buigen over conclusies en aanbevelingen naar aanleiding van de concept eindrapportage.

### **Literatuurstudie**

De literatuurstudie heeft zich gericht op actuele informatie over preventie en leefstijl vanuit verschillende invalshoeken: beleid, wetenschap, praktijk, ervaringskennis. Er is gebruik gemaakt van boeken, rapporten, artikelen, andere documenten en informatie van verschillende websites. Medewerkers van MIND, leden van de klankbordgroep en sommige deelnemers aan focusgroepen hebben literatuursuggesties gegeven. Van elke bron is een korte samenvatting gemaakt van relevante informatie, soms alleen in steekwoorden. Deze samenvattingen vormden met de verslagen van de focusgroepen de basis voor dit rapport. Een volledige literatuurlijst is opgenomen in de bijlage.

### **Focusgroepen**

In eerste instantie was het idee om alle focusgroepen voor cliënten en naasten op het kantoor van MIND in Amersfoort te organiseren. Een eerste werving van deelnemers via de interne nieuwsbrief van MIND leverde te weinig respons op. Toen is de werving langs twee wegen voortgezet: 1. Een oproep in de algemene nieuwsbrief van MIND en in de nieuwsbrief

voor leden van het MIND-panel; 2. Een uitnodiging aan regionale cliëntorganisaties, cliënten- en familieraden om een focusgroep op locatie te organiseren.

Deze nieuwe aanpak had succes en uiteindelijk zijn er elf focusgroepen geweest: vijf met gemengde groepen deelnemers op het kantoor van MIND, vijf op locatie bij cliëntenraden, en een op locatie bij een herstelacademie.

Alle focusgroepen hadden twee tot zes deelnemers, de meeste vier of meer. Er waren 48 deelnemers in totaal. De focusgroepen duurden twee uur. De opbouw van de bijeenkomsten was als volgt:

- Korte introductie en voorstelronde.
- Eerste gespreksronde. Welke invloed hebben sociale factoren op jouw mentale gezondheid? Denk aan huisvesting, de wijk/buurt waar je woont, sociale zekerheid, werk(loosheid), sociale contacten.
- Tweede gespreksronde. Welke invloed heeft leefstijl op jouw mentale gezondheid? Denk aan: beweging, voeding, slaap, medicatie, zingeving.
- Derde gespreksronde. Welke hulp heb jij gehad bij een gezonde leefstijl? Denk aan formele en informele hulp, specifieke interventies, digitale hulp. Wat zijn jouw ervaringen over wat werkt en niet werkt?
- Afsluiting

In de praktijk vielen de tweede en derde gespreksronde vaak samen.

Een algemeen beeld van het verloop van de focusgroepen

- Het werken in kleine groepen van circa vijf personen pakte goed uit. Deelnemers waren gemotiveerd en zeer betrokken bij het onderwerp. Dit betekent overigens dat zij niet representatief zijn voor de gehele populatie van ggz-cliënten en naasten. Deelnemers waren bovengemiddeld geïnteresseerd in gezonde leefstijl en bereid daarmee aan de slag te gaan.
- Bijna alle deelnemers hadden al lange ervaring met psychische aandoeningen en ggz. Een aanzienlijke groep heeft nog vrij recent ervaring gehad met een opname of een langduriger verblijf in een kliniek of beschermd wonen. Het aantal deelnemers dat uit naasten-ervaring sprak was in de minderheid (circa 20 procent). Een bijna even grote groep bracht zowel cliëntervaring als familie-ervaring in.
- In geen van de focusgroepen zijn alle aspecten van mentale gezondheid, preventie en leefstijl aan bod gekomen. Het is een bewuste keuze geweest om deelnemers ruimte te geven vooral in te gaan op onderwerpen die voor hen belangrijk waren. Over alle groepen heen is wel een vrij compleet beeld ontstaan, want alle belangrijke aspecten zijn in meerdere groepen aan de orde geweest.
- Meerwaarde van de focusgroepen op locatie was dat deze extra informatie hebben opgeleverd over actueel beleid bij een aantal instellingen. Diverse deelnemers van focusgroepen hebben ook inzicht kunnen geven in actueel beleid van hun gemeenten.

## **Rapportage**

Dit onderzoek had een verkennend karakter en heeft veel uiteenlopende resultaten opgeleverd. Deze rapportage heeft daarom geen strakke opzet. Er komt een waaier aan onderwerpen voorbij die vanuit verschillende perspectieven belicht worden: wetenschap, beleid, praktijk, ervaringskennis van cliënten en naasten. In die zin kun je dit rapport zien als een gereedschapskist of menukaart. Het is niet nodig om alles van A tot Z te lezen. Je kunt selectief gebruik maken van de suggesties die gedaan worden. Deze opzet betekent wel dat er her en der overlap in de tekst zit.

In hoofdstuk 2 gaan we in op mens- en maatschappijbeelden achter de doelen om mentale gezondheid, preventie en gezonde leefstijl te bevorderen. We roeren daarbij ook enkele ethische vraagstukken aan.

Hoofdstuk 3 gaat over mentale gezondheid, preventie en leefstijl in de praktijk. Allerlei thema's passeren de revue. We beschrijven ontwikkelingen in de praktijk, ervaringen van cliënten en naasten, en goede voorbeelden.

Hoofdstuk 4 schetst de belangrijkste ontwikkelingen in beleid. In dit hoofdstuk beschrijven we ook enkele belangrijke programma's die vanuit de overheid of met steun van de overheid zijn ontwikkeld. Tevens besteden we aandacht aan de rol van de lokale overheid.

## **Dankwoord**

Allereerst wil ik MIND danken voor het vertrouwen om dit onderzoek door mij te laten uitvoeren. Het was een uitdagende, maar ook leuke en interessante opdracht.

Veel dank aan alle medewerkers van MIND die hebben geholpen met de praktische organisatie van het onderzoek, die inhoudelijk hebben meegedacht en me in de literatuurstudie op het juiste spoor hebben gezet. Bijzondere dank voor Monique van den Eijnden die met veel inzet en enthousiasme het hele onderzoek heeft begeleid.

Dank aan de leden van de klankbordgroep voor hun betrokkenheid en het feit dat ze me geholpen hebben om door alle bomen het bos te blijven zien: Jan Dijkgraaf Oldekamp, Rena Braams, Ingrid Vollema en opnieuw Monique van den Eijnden.

Tot slot: bijzondere dank aan alle deelnemers van de focusgroepen die hun kennis, ervaring en wijsheid met mij hebben willen delen.

## Hoofdstuk 2: Mens- en maatschappijbeelden

Achter alle inspanningen om mentale gezondheid, preventie en gezonde leefstijl te bevorderen zitten mens- en maatschappijbeelden. Deze beelden worden soms expliciet verwoord, soms zijn ze tussen de regels door herkenbaar. In het algemeen is in dit onderzoek veel overeenstemming aangetroffen in visies op mens en maatschappij. Het is mogelijk een aantal leidende principes te formuleren die breed gedeeld worden.

### 2.1 Positieve gezondheid

Het gedachtegoed van positieve gezondheid is een belangrijke basis voor het denken over mentale gezondheid, preventie en leefstijl (1,2,3)<sup>1</sup>. Belangrijke kenmerken van positieve gezondheid zijn:

- Een verschuiving van denken in termen van ziekte naar denken in termen van gezondheid, veerkracht en vitaliteit. De afwezigheid van ziekten en beperkingen is niet meer het uitgangspunt, maar het vermogen om je aan te passen en eigen regie te voeren over je leven. Het is een vermogen dat kan groeien en waarin het de moeite waard is te investeren.
- Een integrale benadering over alle levensgebieden (het spinnenwebmodel van positieve gezondheid kent zes pijlers: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren).

Vertaald naar de psychiatrie betekent deze visie een breuk met een eenzijdige biomedische benadering. In plaats daarvan gaat men uit van een biopsychosociaal model of zelfs een biopsychosocio-spiritueel ecologisch model (4). Deze omslag naar een brede benadering is binnen het Integraal Zorgakkoord bevestigd door afspraken die zijn gemaakt over samenwerking tussen ggz en sociaal domein en over leefstijl als integraal onderdeel van alle behandelingen.

*“Het gedachtegoed van Positieve Gezondheid vormt een goed voorbeeld van een brede benadering. Overheden en organisaties kunnen dit gedachtegoed op verschillende manieren toepassen. De een gebruikt het als een manier om individuele burgers op een andere manier te benaderen of om een andere manier van werken te introduceren in de eigen organisatie. De ander ziet het als een aanzet om over de grenzen van de eigen organisatie of het eigen domein heen te kijken en te zoeken naar samenwerkingspartners. Zo stimuleert Positieve Gezondheid de samenwerking tussen verschillende lokale en regionale partijen, zoals zorg- en welzijnsorganisaties, zorgverzekeraars en gemeenten.” (Landelijke nota gezondheidsbeleid 2020-2024)*

---

<sup>1</sup> Nummers tussen haakjes zijn verwijzingen naar de literatuurlijst in bijlage 1)

*“Het concept van gezondheid wordt omschreven als het vermogen aan te passen en regie te voeren in het licht van de omstandigheden van het leven. (...) Het gaat om herstel van vitaliteit en kwaliteit van leven.”* (MIND: Focus op Gezondheid, basisnotitie voor zorgstandaarden ggz; 2018)

Deelnemers van de focusgroepen zien de integrale benadering van psychische aandoeningen in de praktijk terrein winnen. De eenzijdige, symptoomgerichte benadering in de ggz is nog steeds aanwezig, maar veel mensen zien verbetering. Met name jonge psychiaters en andere hulpverleners lijken meer oog te hebben voor aspecten als leefstijl, bestaanszekerheid of zingeving.

Een kritiekpunt is dat deze benadering vaak pas later in het behandelproces ruimte krijgt. Het zou vanaf het begin van de behandeling uitgangspunt moeten zijn; of zelfs daarvoor. Er zijn goede voorbeelden zoals de Wachtverzachter, waarbij mensen tijdens de wachttijd voor een ggz-behandeling al handvatten krijgen om op verschillende levensgebieden te werken aan hun gezondheid.

In het algemeen is er buiten de reguliere ggz een sterke en groeiende beweging voor herstel en zelfregie die aansluit op het gedachtengoed van positieve gezondheid. Ook veel activiteiten van lidorganisaties van MIND zijn – bewust of onbewust – geïnspireerd door denkbeelden over positieve gezondheid. Veel deelnemers aan focusgroepen hebben hiervan steun ondervonden.

## **2.2 Mentale gezondheid staat onder druk**

Er is brede consensus dat de mentale gezondheid van de Nederlandse bevolking onder druk staat en eerder achteruitgaat dan vooruit (3,5,6,7). Factoren die in dit verband vaak genoemd worden zijn:

- Prestatiedruk op de arbeidsmarkt en in het onderwijs.
- Toenemende individualisering en het wegvallen van sociale verbanden.
- Bestaansonzekerheid en kansongelijkheid. Het gaat deels om een reële achteruitgang in inkomenspositie en dergelijke, deels om toenemende onzekerheid over de toekomst op dit gebied.
- Een complexere wordende samenleving en vergaande digitalisering, waarbij een deel van de bevolking ontwikkelingen niet meer kan volgen en zich buitengesloten voelt.
- Stigmatisering en minder acceptatie van psychische diversiteit.

Het gaat om een combinatie van sociaal-economische, ideologische en culturele factoren die principiële vragen oproepen over hoe we onze samenleving hebben ingericht. MIND constateert in het ‘Deltaplan mentale gezondheid’:

*“We hebben met elkaar een samenleving opgebouwd die mentaal uitputtend is.”*

In een brief aan de Tweede kamer in 2021 pleit MIND al voor investeringen in een meer ontspannen, tolerante, weerbare, mentaal-vaardige samenleving; met minder stress en prestatiedruk. Dit pleidooi blijft onverminderd geldig.

De eerste actielijn in de aanpak 'Mentale Gezondheid: van ons allemaal' van de overheid is een mentaal gezonde maatschappij. Daarin is zowel individuele als collectieve bewustwording een doel:

*"Inwoners zijn zich bewust van hun mentale gezondheid en zien het belang om die te onderhouden, net zoals met hun fysieke gezondheid. Mentale gezondheid moet integraal onderdeel worden van het onderhouden van je 'algehele' gezondheid. Ook weten zij hoe ze anderen kunnen helpen om de mentale gezondheid te onderhouden. Nederlanders praten met elkaar over hun eigen mentale gezondheid en factoren in persoon, omgeving en maatschappij die mentale gezondheid kunnen beïnvloeden."*

Een onderdeel van deze actielijn is een maatschappelijk debat over de prestatiecultuur.

De factoren die een bedreiging vormen voor ieders mentale gezondheid kunnen ook van negatieve invloed zijn op mensen die al een psychische aandoening hebben (gehad). Ze kunnen herstel belemmeren en de kans op een terugval vergroten.

### **2.3 Aanpak van maatschappelijke factoren**

*"De preventie van mentale klachten is vaak nog te veel een zaak van het individu; er is daarnaast (...) meer aandacht nodig voor interventies in de leefomgeving en de aanpak van risicofactoren en oorzaken die gelegen zijn in de maatschappij. Door een aanpak op deze niveaus en vanuit verschillende perspectieven kunnen we gezamenlijk verandering bereiken. We hebben hierbij aandacht voor de achterliggende problematiek en sociaal maatschappelijke vraagstukken (zoals armoede, bestaanszekerheid, sociale basis, etc.) en zetten in op een mental health in all-policies benadering."* (Rijksoverheid: Aanpak 'Mentale gezondheid: van ons allemaal'; 2022)

Er is toenemende aandacht voor maatschappelijke factoren die van invloed zijn op (mentale) gezondheid en leefstijl. De fysieke en sociale leefomgeving speelt een belangrijke rol, evenals bestaansonzekerheid en sociaal-economische ongelijkheid. (1,3,6,7,8,9)

Soms wordt deze maatschappelijke benadering van gezondheid afgezet tegen een meer individuele benadering. Zo schrijft de RVS:

*"De aanpak is tot nu toe vooral gericht op individuele gedragsverandering, een benadering die vooral gezonde mensen gezonder maakt en niet de gewenste veranderingen teweegbrengt bij de groep met gezondheidsachterstanden."* (8)

Een begrip dat in bijna alle beleidsstukken terugkeert is (mental) health in all policies. (1,6,7,9,10,11) Maatregelen op elk beleidsterrein – bijvoorbeeld ruimtelijke ordening,

arbeid, onderwijs, natuur – kunnen onze gezondheid in gunstige of ongunstige zin beïnvloeden. Dit betekent dat investeringen voor mentale gezondheid en preventie voor een belangrijk deel buiten de gezondheidszorg moeten plaatsvinden. (24)

### **Gezondheidsachterstanden en doelgroepenbeleid**

Door te wijzen op maatschappelijke factoren ontstaat ook meer aandacht voor groepen in de samenleving met een grote gezondheidsachterstand. Er zijn veel data die bevestigen dat mensen met een lage sociaal-economische status (SES) of lage opleiding een slechtere gezondheid hebben, korter leven en ook minder jaren in goede gezondheid leven. Het beleid heeft hier in het verleden te weinig rekening mee gehouden. (1, 8) De WRR constateert zelfs dat 35 jaar algemeen preventiebeleid amper resultaat heeft opgeleverd. De projecten die uitgevoerd zijn bereiken vooral rijke en hoogopgeleide mensen en grijpen te weinig in op achterliggende oorzaken. (12)

Specifiek voor mentale gezondheid zijn er cijfers die laten zien dat mensen met een lage sociaal-economische status of opleiding vaker te maken hebben met stress, angst of depressie. Bij gezinnen met schulden komt depressie zelfs vier keer zo vaak voor als bij gezinnen zonder schulden. Diverse onderzoeken tonen aan dat er een nauwe correlatie is tussen financiële problemen, stress en psychische aandoeningen. (8, 13)

Met doelgroepenbeleid probeert men gezondheidsachterstanden te verkleinen. Buurten of wijken met veel inwoners in een achterstandspositie krijgen voorrang in de aanpak. Daar kunnen verschillende interventies worden ingezet: meer groen in de wijk, meer plekken voor ontmoeting, voorlichtingsactiviteiten, maatregelen tegen energiearmoede, werkprojecten, enzovoort. (1,3,14,15)

Er is brede consensus dat het wegwerken van gezondheidsachterstanden om langdurige investeringen vraagt, omdat die achterstanden diep verankerd zijn in de samenleving en vaak van generatie op generatie overgaan. (6,8,10,14)

Recent verschenen is het rapport ‘Gezond opgroeien, wonen en werken’ van de SER. De conclusies zijn in lijn met veel andere rapporten. De SER wijst extra op het risico van chronische stress die ontstaat als mensen geconfronteerd worden met een stapeling van sociale problemen. Die stress werkt als een onderliggend mechanisme waardoor mensen ook niet meer in staat zijn om hun problemen adequaat aan te pakken. De SER wijst er bovendien op dat mensen in een kwetsbare positie meer dan andere burgers geconfronteerd worden met complexe regelingen. *“Dit kan resulteren in een neerwaartse spiraal, waarbij burgers die het meeste baat hebben bij ondersteuning van de overheid, deze steeds moeilijker zullen kunnen vinden of zelfs mijden.”*

### **Ervaringen cliënten en naasten**

In de focusgroepen is gesproken over sociale factoren die een risico vormen voor verergering of terugval van (ernstige) psychische problematiek.

Financiële zorgen werden dikwijls genoemd. Deze hebben een direct effect op stressgevoelens en psychische kwetsbaarheid. De verhouding tussen financiële problemen en psychische problemen ligt wel genuanceerd. Diverse deelnemers hadden geen financiële zorgen tot het moment dat zij een psychische aandoening kregen. Toen verloren ze hun werk en moesten ze verder leven met veel minder geld. Oorzaak en gevolg zijn dus niet eenduidig aan te wijzen. Zoals het Trimbos-instituut kort samenvat (13):

*“Financiële problemen verhogen de kans op psychische problemen en mensen met psychische problemen hebben meer kans op financiële problemen.”*

Gebrek aan werk of een andere zinvolle daginvulling is eveneens een risicofactor voor veel deelnemers aan focusgroepen. Andersom werkt een vorm van (vrijwilligers)werk of dagbesteding vaak als een bescherming. De dagstructuur, de contacten met andere mensen en de (zelf)waardering die men aan het werk ontleent, zijn positief voor de mentale gezondheid.

Een klein aantal deelnemers heeft te maken gehad met dakloosheid of een erg slechte, onveilige thuissituatie. Dit heeft een direct negatief effect op het psychisch welzijn.

In de focusgroepen verschilden soms de meningen over de verantwoordelijkheid van de ggz bij sociale problematiek. Maar hulpverleners in de ggz zouden op z'n minst in staat moeten zijn om problemen op dit vlak te signaleren en mensen warm over te dragen naar hulpverleners in het sociale domein. Sommige deelnemers constateren dat de sociale hulpverlening binnen de ggz zelf in de loop van de jaren is afgebouwd. Bovendien: als een instelling bijvoorbeeld wel maatschappelijk werkers in dienst heeft, laten behandelaars soms na daarnaar te verwijzen.

Vooraf de overgang van een klinische opname naar thuis is een moment waarop veel cliënten geconfronteerd worden met schade die in hun sociale leven is aangebracht en die ze zelf moeten oplossen. Juist op die momenten ontbreekt vaak cruciale hulp om het eigen leven weer op de rit te krijgen.

In hoofdstuk 3 gaan we dieper in op een aantal sociale factoren en knelpunten bij de overgang van een ggz-kliniek naar thuis.

## **2.4 Mentaal gezonde leefomgevingen**

Het Trimbos-instituut pleit in een rapport over mentale gezondheidsbevordering en preventie voor het investeren in mentaal gezonde leefomgevingen. (6) Het is van vitaal belang dat mensen zich onderdeel voelen van een gemeenschap.

*“Met gemeenschap wordt hier bedoeld een groep van personen die bij elkaar horen op basis van een gedeelde identiteit vanwege bijvoorbeeld overeenkomsten in relaties, waarden, plaats, interesses, waarden en/of cultuur.”*



In de vorige paragraaf is al genoemd dat veel gezondheidsbeleid zich richt op buurten en wijken. Maar het Trimbos-instituut onderscheidt voor mentale gezondheid meerdere leefomgevingen of gemeenschappen:

- Een veilige thuisomgeving. Dit houdt onder meer in: een omgeving waarin mensen beschermd zijn tegen huiselijk geweld of emotionele verwaarlozing; maar ook goede huisvesting en voldoende inkomen.
- Een gezonde woonomgeving: een leefbare wijk met voldoende groen en ontmoetingsruimtes; een laag niveau van criminaliteit en overlast.
- Een gezonde schoolomgeving: aandacht voor mentaal welbevinden en beperken van prestatiedruk; bescherming tegen pesten; preventie van angst, depressie en suïcidaliteit.
- Een gezonde werkomgeving: eerlijke behandeling, autonomie, veiligheid, waardering; aandacht voor arbeidspositie en -omstandigheden.
- Een gezonde zorgomgeving: goede verbindingen tussen huisarts, welzijn en gemeentelijke voorzieningen; toegankelijkheid en continuïteit van zorg.

De omgevingsgerichte benadering is ook van toepassing op mensen die al geconfronteerd zijn met een ernstige inbreuk op hun mentale gezondheid. Aandacht is nodig voor het tijdelijk of definitief wegvallen van vertrouwde leefomgevingen, bijvoorbeeld als mensen hun baan verloren hebben of een opleiding moeten stoppen. Is het mogelijk weer terug te keren in deze leefomgevingen of moet mensen op zoek naar nieuwe leefomgevingen waar ze zich thuis kunnen voelen?

In de focusgroepen is het belang van het persoonlijk netwerk sterk naar voren gekomen: mensen om je heen op wie je terug kunt vallen en die je kunnen helpen om mentaal gezond te blijven. Veel deelnemers verwezen hierbij naar de steun die ze van hun partner of andere gezinsleden krijgen. Huisgenoten zijn bijvoorbeeld belangrijk bij het doorvoeren en volhouden van veranderingen in leefstijl.

Andersom kan de thuisomgeving een bron van stress of onveiligheid zijn. Dit geldt bijvoorbeeld in situaties waarin verhoudingen ernstig verstoord zijn of sprake is van huiselijk geweld.

Diverse deelnemers aan de focusgroepen hebben in een zelfregie- of herstelcentrum een nieuwe omgeving gevonden die steun biedt voor hun herstel en mentale gezondheid. Maar ook cliëntorganisaties, cliënten- en familieraden vervullen deze rol voor hun leden.

In de focusgroepen klonk een enkele keer wel kritiek dat cliënt- en familieorganisaties te zeer in zichzelf zijn gesloten of een te beperkte doelgroep bereiken.

## 2.5 Levensloopbenadering

In het bovengenoemde rapport pleit het Trimbos-instituut ook voor een levensloopbenadering. Bepaalde fases in een mensenleven kunnen beslissend zijn voor de ontwikkeling van mentale gezondheid. Het is belangrijk om in die fases risico's te reduceren en beschermende factoren te versterken. Wat de risico's en beschermende factoren zijn en welke interventies kunnen helpen verschilt per fase (17).

Het Trimbos-instituut onderscheidt de volgende fases:

- Rond de geboorte;
- Kindertijd;
- Adolescentie;
- Studententijd;
- Volwassenheid
- Ouderdom

Binnen MIND zijn ouderen een groep die tot dusver relatief weinig aandacht krijgt. Binnen de vereniging is dit al eerder gesignaleerd en is een oproep gedaan om meer activiteiten voor ouderen te ontplooiën. Het Trimbos-instituut noemt als voornaamste risicofactoren voor ouderen: eenzaamheid, verslechtering van de lichamelijke conditie, en verlies van regelmogelijkheden. Het risico van dementie is een belangrijk aandachtspunt.

In literatuur over leefstijlpsychiatrie zijn ouderen ook een aparte aandachtsgroep (18-9). Hier worden als risicofactoren genoemd: eenzaamheid, gebrek aan lichaamsbeweging, voedingsproblemen en slapeloosheid. Zelfmanagement en zingeving zijn positieve factoren die tijdens de ouderdom een specifieke invulling kunnen krijgen.

In de focusgroepen is aandacht gevraagd voor continuïteit van zorg door de tijd heen. Levensbrede én levenslange ondersteuning is voor een deel van mensen met psychische aandoeningen gewenst. Langdurige relaties met dezelfde hulpverleners de voorkeur boven een opeenvolging van korte zorgtrajecten die slecht op elkaar aansluiten. Als een waakvlamfunctie behouden blijft is het mogelijk om de zorg sneller op- en af te schalen.

## 2.6 Leefstijl en mentale gezondheid

Er is steeds meer erkenning van de grote invloed van leefstijl op mentale gezondheid. Mentale en fysieke gezondheid hangen nauw met elkaar samen, en beide hebben een nauwe relatie met leefstijl. (18-1,18-6,19) Psychische aandoeningen en een ongezonde leefstijl versterken elkaar en verhogen de kans op comorbiditeit. Vooral bij ernstig psychische aandoeningen is er een hoge prevalentie van obesitas, diabetes en hart- en vaatziekten. Andersom wordt steeds meer bekend over het positieve effect dat

leefstijlveranderingen kunnen hebben op de psyche. Een gezonde leefstijl kan preventief werken, maar kan ook herstel bevorderen bij mensen met een psychische aandoening.

Aandacht voor leefstijl wordt steeds meer gezien als een essentieel onderdeel van goede geestelijke gezondheidszorg in plaats van een eventueel extraatje. Het boek 'Leefstijlpsychiatrie' is een standaardwerk en vormt een belangrijke basis voor de zorgstandaard leefstijl die nu in ontwikkeling is. In dit boek staat de volgende definitie van leefstijlpsychiatrie (18-1):

*“Het toepassen van wetenschappelijk onderbouwde leefstijlinterventies (zowel individueel als omgevingsgericht), waaronder een gezond voedingspatroon, regelmatige beweging, gezonde slaap, vermijden van middelengebruik, stressmanagement en positieve sociale verbondenheid, ten behoeve van de preventie en behandeling van psychiatrische aandoeningen, begeleid door gekwalificeerde professionals.”*

Aansluitend staat in het inleidend hoofdstuk:

*“Leefstijlpsychiatrie is niet een nieuw soort psychiatrie, maar een fundament voor goede geestelijke gezondheidszorg. Zij houdt verband met bredere bewegingen en concepten, zoals (...) positieve gezondheid, acceptance and commitment therapy (ACT) en herstelgericht werken.”*

In het leefstijlroer van de Vereniging Arts en Leefstijl worden zes pijlers van leefstijl onderscheiden: voeding, beweging, verbinding, ontspanning, middelen (roken, alcohol, drugs, medicatie) en slaap. (22) In de focusgroepen zijn al deze pijlers aan de orde gekomen. In vergelijking met veel literatuur kregen verbinding en ontspanning veel aandacht. Daarnaast werden factoren genoemd die niet in het leefstijlroer zijn opgenomen, met name zingeving en persoonlijke verzorging. De bevindingen in de focusgroepen komen deels overeen met conclusies in een onderzoek dat de Coalitie Leefstijl in de Zorg heeft laten uitvoeren (21). Daarin kwamen zingeving, ontspanning, verbinding met jezelf en anderen naar voren als belangrijke thema's waarvoor ggz-cliënten behoefte hebben aan informatie en ondersteuning.

Deelnemers aan de focusgroepen zien bij behandelaren in de ggz een toenemende aandacht voor leefstijl. Tegelijk is het vaak nog niet voldoende. Zij missen vooral concrete handvatten om met leefstijl aan de slag te gaan. De toegang tot specialistische hulp van bijvoorbeeld diëtisten of fysiotherapeuten is ook een probleem. Daarnaast komt leefstijl binnen intramurale settings als belangrijk thema naar voren.

Hier laten we het bij deze algemene bevindingen. In hoofdstuk 3 komen afzonderlijke leefstijlfactoren, de rol van de ggz, (de toegankelijkheid van) leefstijlinterventies en leefstijl binnen intramurale zorg uitgebreid aan de orde.

## 2.7 Eigen regie en autonomie

*“We gaan in onze instelling nu meer uit van samen-regie dan van eigen regie (want dat was een beetje doorgeschoten).”* (Lid van een cliëntenraad in een focusgroep).

Eigen regie en autonomie zijn belangrijke waarden in het denken over leefstijl en mentale gezondheid. Het gaat over persoonlijke keuzes die mensen in hun leven maken en grote terughoudendheid is geboden om daarbij in te grijpen. Gedragsverandering heeft veel meer kans van slagen als iemand zelf gemotiveerd is dan wanneer dat van buitenaf wordt opgelegd. (18-12,19) Mensen met een psychische aandoening moeten zoveel mogelijk zeggenschap over hun eigen leven houden. In dit verband is een begrip als ‘dignity of risk’ relevant. Eigen keuzes maken, ook als daar risico’s aan verbonden zijn, draagt bij aan zelfrespect.

Toch zijn eigen regie en autonomie geen absolute waarden. Ze mogen niet de aandacht wegnemen van maatschappelijke factoren die mentale gezondheid en leefstijl beïnvloeden en waar individuen soms weinig invloed op hebben. Ten tweede zijn mensen niet altijd in staat tot eigen regie en autonoom handelen. De WRR introduceerde in dit verband in 2017 het begrip ‘doenvermogen’ (23). De overheid heeft soms te hoge verwachtingen van het eigen vermogen van mensen om – bijvoorbeeld voor hun gezondheid – zelf doelen te stellen, in actie te komen, vol te houden en om te gaan met verleidingen en tegenslag. Juist mensen met chronische stress zijn niet altijd in staat om de juiste keuzes te maken. In een ethische reflectie op leefstijl stellen Jim van Os en Hans van Delden ook grenzen aan de autonomie van burgers. (18-17) Als iemand ongezonde keuzes maakt is het goed een inschatting te maken van de risico’s en van iemands vermogen om zelf te beslissen. Bij grote risico’s en een laag vermogen om zelf te beslissen kan ‘paternalistisch ingrijpen’ gerechtvaardigd zijn.

Eigen regie en autonomie komen pas goed tot hun recht in combinatie met andere waarden: Informatie en ondersteuning, presentie, dialoog en samen beslissen.

Deelnemers van de focusgroepen plaatsen ook regelmatig vraagtekens bij een te vanzelfsprekend vertrouwen op eigen regie en autonomie van de cliënt. In de praktijk kan dat leiden tot verwaarlozing of wegstijgen als een cliënt de grip op het eigen leven verliest. Juist door je psychische aandoening of bijbehorende medicatie voel je vaak minder energie om zelf beslissingen te nemen en daarnaar te handelen. Regelmatig klonk in focusgroepen de oproep aan hulpverleners om doortastender op te treden op momenten dat cliënten slecht in staat zijn om voor zichzelf te zorgen. Dit betekent niet de regie overnemen of dwang toepassen, maar actief signaleren, bespreken, stimuleren en ondersteunen. Eigen regie en autonomie zijn geen gegevenheid. Het zijn eerder doelen dan uitgangspunten. De hulp die iemand nodig heeft om deze doelen te bereiken, varieert per persoon en situatie.

## Hoofdstuk 3: Mentale gezondheid, preventie en leefstijl in de praktijk

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van thema's en instrumenten op het gebied van mentale gezondheid, preventie en leefstijl. Per thema of instrument geven we de belangrijkste bevindingen weer uit het literatuuronderzoek en de focusgroepen, gevolgd door aanknopingspunten voor activiteiten van MIND en aangesloten organisaties.

### A. Leefstijlfactoren

#### 3.1 Beweging

*“Buiten zijn is superbelangrijk voor mij: wandelen, fietsen. Als alles mij overweldigt ga ik dat doen.”*

Er komt steeds meer wetenschappelijk bewijs voor het positieve effect van beweging op het beloop van psychische aandoeningen. De meeste evidentie is er bij lichte en matige depressies, maar er zijn ook effecten aangetoond bij ernstige depressies, angst en – in iets minder mate – psychoses. (18-3, 25)

Er is een positief effect bij interventies voor a. verhogen fysieke activiteit; b. minder zitten of liggen; c. verbeteren fysieke fitheid (bijv. spiertraining). Er zijn ook aanwijzingen voor een positief effect van mind-body interventies (tai chi, yoga, mindfulness).

Gebrek aan energie en initiatief is vaak een obstakel voor cliënten om te gaan bewegen. Dit kan een gevolg zijn van de aandoening of de medicatie die iemand krijgt. Het hoeft geen gebrek aan motivatie te betekenen; het is alleen moeilijk om de motivatie in daden om te zetten. (28)

Wat volgens bronnen uit de literatuur kan helpen is: motiverende gespreksvoering; concrete, haalbare doelen stellen; en ondersteuning door beweegprofessionals. Daarnaast is het goed om naasten en mantelzorgers te betrekken. Verandering van medicatie (ook als het werkingsmechanisme hetzelfde is) kan ondersteunend werken. (26)

Cliënten in de focusgroepen bevestigen het belang van beweging. *“Het klopt echt. Beter in je lijf is beter in je hoofd.”* Het helpt om je lichamelijk en mentaal fitter te voelen en *“het leidt af van het piekeren.”* Tegelijk ervaren cliënten vaak drempels om daadwerkelijk in beweging te komen. Die drempels zitten in een gebrek aan energie. Daarnaast zijn er financiële drempels voor lidmaatschap van sportschool of een sportvereniging of ondersteuning door een fysiotherapeut. *“Sporten vind ik leuk, maar een abonnement op de sportschool is duur. Ik heb een stadspas, maar daar zit weinig sport in.”*

Wat helpt zijn motiverende gesprekken en concrete suggesties om in beweging te komen, bijvoorbeeld een wandelgroep of een begeleider die je uitnodigt om een begeleidingsgesprek buiten te voeren. Ondersteuning van naasten of lotgenoten helpt ook. Het is belangrijk om haalbare doelen te stellen; kleine stappen kunnen al een wereld van

verschil maken: *“Aan het begin kwam mijn zoon niet verder dan het einde van de straat, dan was hij moe en had hij al te veel prikkels gehad (...) Al ga je alleen maar in de deuropening staan om wat zonlicht en wind op te vangen.”*

Beweging en sporten kan vanuit beleid ondersteund worden door aandacht te besteden aan een leefomgeving met veel groen die uitnodigt tot bewegen. Daarnaast door het (financieel) toegankelijk maken van sportactiviteiten. In het kader van gezondheidsbeleid zijn er subsidiemogelijkheden voor buurtsportcoaches.

Het waardenetwerk Verslaving en Leefstijl van de Nederlandse ggz heeft als doel voor 2030 een beweeg- en sportaanbod voor alle ggz-cliënten te realiseren. De Nederlandse ggz is met Kenniscentrum Phrenos ook betrokken bij de oprichting van een digitale kenniswerkplaats sport en bewegen in de ggz. Op deze plek moeten kennis, onderzoek en goede voorbeelden bij elkaar komen.

Goede voorbeelden uit de focusgroepen:

- Anton Constandse biedt cliënten een gratis abonnement voor de sportschool.
- Zelfregie- en herstelcentrum De Stadskamer heeft een leefstijlcoach in dienst en een eigen aanbod voor sport en beweging.
- Yulius biedt samen met een atletiekvereniging ‘therapeutisch lopen’ aan, een combinatie van rennen en praten.

In een apart hoofdstuk gaan we dieper in op leefstijlfactoren binnen intramurale zorg (ggz-klinieken en beschermd wonen)

### **3.2 Voeding**

De relatie voeding – mentale gezondheid is moeilijk te onderzoeken, omdat het allebei ingewikkelde concepten zijn. Als daarnaast ook sprake is van lichamelijke aandoeningen zijn oorzaak-gevolgrelaties nog moeilijker vast te stellen. Niettemin is het aannemelijk dat voedingspatronen een rol spelen bij het ontstaan en aanhouden van psychische aandoeningen. Een gezond voedingspatroon hangt samen met een lagere kans op depressieve klachten; en voedingsinterventies kunnen bijdragen aan het verminderen van depressieve klachten. Ook voor andere psychische aandoeningen zijn er aanwijzingen in deze richting. Daarnaast wordt langzamerhand meer bekend over positieve effecten van bepaalde voedings-supplementen bij sommige aandoeningen. (18-4, 27)

Het is niet vanzelfsprekend dat mensen hun voedingsgedrag kunnen en willen veranderen. Gebrek aan energie en initiatief kan een belemmering zijn. En wie zich slecht voelt gaat vaak ongezonder eten, waardoor een negatieve spiraal kan ontstaan. *“Als ik mentaal minder ben, geef ik eerder toe aan verleidingen van ongezond eten.”* (deelnemer focusgroep)

Een gezond voedingspatroon heeft niet alleen te maken met wat je eet. Een gezond eetritme met maaltijden verdeeld over de dag is eveneens van belang. Hetzelfde geldt voor de maaltijdbeleving: een gezellige sfeer, eten met aandacht en zonder afleiding.

Over gezonde voeding is heel veel informatie op internet te vinden. Deze is echter niet altijd betrouwbaar en deels afhankelijk van hypes. De Coalitie Leefstijl in de Zorg onderzoekt hoe patiënten naar betrouwbare informatie kunnen worden toegeleid (zie hoofdstuk 4.2).

Sommige deelnemers van de focusgroepen zijn zeer bewust met voeding bezig. Ze volgen bepaalde diëten, mijden sommige voedingsproducten en gebruiken soms supplementen. In het algemeen constateert men toenemende aandacht voor voeding en andere leefstijlfactoren bij behandelaren, hoewel het nog regelmatig gebeurt dat deze thema's onbesproken blijven. Als er sprake is van een eetstoornis is aandacht voor voeding vanzelfsprekend; dat geldt echter niet bij andere aandoeningen die met eetproblemen gepaard kunnen gaan.

Er zijn grote verschillen tussen (aanvullende) verzekeringen voor vergoeding van een diëtist. Als je aantoonbaar overgewicht hebt of een somatische aandoening zijn de kansen op vergoeding aanmerkelijk groter. *“Ik ben verwezen naar een diëtist, maar moest dat zelf betalen; dan houdt het snel op.” “Bij mij wordt de diëtist wel vergoed, omdat ik diabetes heb.”*

Niet iedereen is enthousiast over hulp van een (standaard) diëtist. Er zijn ook alternatieven, zoals een natuur-diëtist. Er is waardering voor voedingsdeskundigen die out-of-the-box denken en aansluiten op jouw leefwereld en specifieke situatie.

Ondersteuning van gezinsleden of andere huisgenoten bij een gezonder voedingspatroon is belangrijk. Samen eten is ook gezelliger, krijgt meer aandacht en is doorgaans goedkoper. *“Als ik alleen moet koken schiet het er gauw bij in.”* Sommige deelnemers verwijzen naar het belang van eetplekken in de buurt waar je goedkoop en gezond een maaltijd kunt krijgen. Ook hier speelt het sociale aspect een grote rol. Dit soort voorzieningen zouden beter onder de aandacht gebracht kunnen worden.

De combinatie geld en gezond eten is voor veel mensen een thema: *“Ik zit bij de voedselbank via het Leger des Heils en de kerk, maar dat is niet het gezondste eten. Veel toevoegingen. In armoede is het moeilijk gezond te eten.”* Er is behoefte aan praktische informatie over hoe je gezonde en goedkope maaltijden kunt bereiden.

De overheid kan gezond eten bevorderen door te sturen op prijzen van voedingsproducten (bijvoorbeeld een suikertaks). In het kader van gezondheidsbeleid is er aandacht voor voorlichting over gezonde voeding, met name in wijken met gezondheidsachterstanden. Gemeenten kunnen daarnaast eetplekken voor goedkoop en gezond eten faciliteren. Het waardenetwerk Verslaving en Leefstijl van de Nederlandse ggz heeft duurzame en gezonde voeding in de ggz genoteerd als doel voor 2026.

Goede voorbeelden uit de focusgroepen:

- In veel gemeenten zijn voorzieningen voor (samen) goedkoop en gezond eten. Vaak zijn die toegankelijk voor een brede doelgroep met een kleine portemonnee; soms zijn het specifieke voorzieningen, bijvoorbeeld voor mensen uit de ggz of maatschappelijke opvang.
- Gezonde en goedkope voedselpakketten, bijvoorbeeld Too good to go of groente- en fruittassen van de Lidl.

### 3.3 Slaap

Slaapproblemen zijn een gemeenschappelijk symptoom bij veel psychische aandoeningen. Bij cliënten met depressie of PTSS lijdt wel 80-90% aan slapeloosheid. De problemen met slaap houden de aandoening mede in stand en vergroten het risico op terugval.

Er is een sterke wisselwerking tussen slaapproblemen en andere leefstijlfactoren, bijvoorbeeld (weinig) beweging, (ongezonde) voeding, middelengebruik en gebrek aan een goed dagritme. Negatieve factoren kunnen elkaar versterken. Andersom kunnen slaapmedicijnen zoals benzodiazepinen een negatief effect hebben op de psychische gesteldheid, zeker langdurig gebruik is gevaarlijk.

Psycho-educatie kan worden ingezet om slaapproblemen te verminderen. Onderwerpen die daarbij aan de orde kunnen komen zijn: de invloed van andere leefstijlfactoren op slaap, het belang van een goede dagstructuur en voldoende ontspanning, de invloed van schermgebruik, de invloed van geluid en licht in de slaapkamer, enzovoort.

Het is lastig om onderscheid te maken tussen slaapproblemen als leefstijl en slaapproblemen als stoornis. Tegenwoordig worden slaapproblemen vaker als een zelfstandige stoornis gezien die een aparte behandeling nodig heeft. Psychiaters of huisartsen moeten daarvoor zo nodig doorverwijzen. (18-5, 29)

Veel mensen uit de focusgroepen hebben ervaring met slaapproblemen. Ze liggen lang wakker, hebben 's nachts last van herbelevingen of kennen periodes waarin ze dag- en nachtritme omwisselen. Er is vooral behoefte aan praktische handvatten om slechte slaappatronen te doorbreken. Die handvatten kunnen per persoon verschillen *“In bed blijven en mediteren. Als dat niet lukt: opstaan, aan positieve dingen denken of iets leuks doen.” “Ik moet op tijd naar bed, na vier uur 's middags maak ik geen afspraken meer.”*

Deelnemers zoeken op verschillende manieren hulp bij hun slaapproblemen:

- Naast psycho-educatie kunnen ontspanningsoefeningen en meditatie helpen, soms simpele oefeningen die helpen relaxed naar bed te gaan.
- In een slaappoli wordt ook naar somatische factoren gekeken die slaap kunnen beïnvloeden. Deze zorg wordt niet altijd vergoed.
- Hulpmiddelen, zoals een bril of lamp die daglicht geeft, kunnen helpt om het dag- en nachtritme te herstellen.



De invloed van medicatie is vaak groot en de ervaringen ermee wisselen. Het is in ieder geval belangrijk steeds alert te blijven, voor- en nadelen goed af te wegen en zo nodig te wisselen van medicatie of ermee te stoppen. Soms blijft het zoeken. *“Momenteel heb ik weer last van slecht slapen en nachtzweeten. Ik wil de psychiater een voorstel doen voor een lage dosis slaapmedicatie. Ik ken de risico’s.” “Ik had medicatie waardoor ik ’s morgens mijn bed niet meer uit kon. Dat is nu aangepast.” “Ik had medicatie die ik alleen om de nacht mocht innemen. De ene nacht lag ik voor pampus, de volgende nacht lag ik te malen.”*

Gezond slapen hangt volgens deelnemers sterk samen met een gezond dagritme en iets hebben wat het de moeite waard maakt om uit je bed te komen. Daar ligt een sterke verbinding met werk, opleiding of dagbesteding: *“Opstaan voor een lege dag motiveert niet.” “Ik heb veel structuur nodig. Zo en zo laat mijn bed uit, boodschappen doen. Het helpt om verantwoordelijkheden te hebben: voor mijn kind zorgen, voor de hond, voor mezelf.”*

Een enkeling ervaart ook voordelen van een onregelmatig ritme en probeert de nadelen te aanvaarden. *“Ik heb geen structuur en ritme. Ik werk soms ’s nachts door. De pieken wil ik toch pakken. Daarna komt er weer een dal en dat probeer ik dan te accepteren.”*

### **3.4 Roken**

Bij middelengebruik (alcohol, drugs, tabak) is het belangrijk onderscheid te maken tussen recreatief gebruik en verslaving als psychische aandoening. Bij verslaving als aandoening is een geïntegreerde behandeling gewenst, waarbij eventueel andere psychische aandoeningen betrokken worden evenals de sociale omgeving en maatschappelijke factoren. (18-7) Het onderwerp van deze paragraaf is beperkt tot roken, wat natuurlijk vaak een verslaving is, maar wat doorgaans niet gezien wordt als psychische aandoening.

Het is bekend dat roken slecht voor de gezondheid is. Dat geldt ook voor de mentale gezondheid. Veel mensen roken om rust en ontspanning te vinden, maar dat heeft slechts een tijdelijk effect. Er zijn juist aanwijzingen dat roken op lange termijn een rol speelt bij het ontstaan of verergeren van psychische problemen. Stoppen met roken kost mensen met psychische aandoeningen vaak nog meer moeite dan anderen. (30)

Binnen het algemene gezondheidsbeleid is een rookvrije generatie een belangrijk speerpunt. De overheid werkt hieraan met voorlichting, financiële maatregelen (hogere accijnzen), verbod op reclame-uitingen en een rookverbod in publieke ruimtes. Volgens het Trimbos-instituut bevindt Nederland zich nu in een cruciale fase en is aanscherping van het anti-rookbeleid nodig. (24)

Het onderwerp roken in de ggz roept veel discussie op. De geschiedenis is dat er lange tijd heel veel gerookt is in de ggz, zowel door patiënten als hulpverleners. *“Stoppen met roken werd kortgeleden bij opname nog ontmoedigd, want dat kon extra stress opleveren.”* De Nederlandse ggz heeft echter de ambitie om de ggz in 2025 rookvrij te maken.

Bij het rookvrij maken van verblijfsvoorzieningen in de ggz staan twee belangen tegenover elkaar. Aan de ene kant het recht van cliënten/bewoners op een woonomgeving waar ze mogen roken; aan de andere kant het recht van hulpverleners op een rookvrije werkruimte. De rechter heeft in 2023 geoordeeld dat een rookverbod niet mag gelden op de eigen kamer van de cliënt of in de open lucht. Dit beperkt de mogelijkheden om ggz-instellingen geheel rookvrij te maken. (59)

Het thema roken is vooral in de focusgroepen met cliëntenraden aan de orde geweest. Iedereen erkent dat het een moeilijk en gevoelig thema is. Er is overeenstemming over het belang van goede voorlichting en van goede hulp als iemand wil stoppen met roken. Ontmoediging van roken is een goede zaak, maar geheel verbieden werkt volgens veel mensen averechts. In de praktijk zijn soms afspraken mogelijk waarmee iedereen kan leven: niet roken als de begeleiding in de woonruimte is; of: samen naar buiten gaan. Stoppen met roken kan worden aangemoedigd door ervaringen uit te wisselen en elkaar te ondersteunen. Persoonlijke verhalen van mensen die al gestopt zijn kunnen een goed voorbeeld geven. Een positieve benadering is om spanning en verveling op ggz-afdelingen tegen te gaan, want die factoren nodigen vaak uit tot roken. Volgens sommigen mag de ggz wel wat strenger zijn in het ontmoedigen van roken. Anderen plaatsen juist kanttekeningen bij de ambitie om de gehele ggz rookvrij te maken. *“Je hebt hoe dan ook iets nodig om spanning kwijt te kunnen”. “Ik blijf roken, want het is gezellig en het geeft me rust.”*

Extra spanning is er rond wel of niet roken op gesloten afdelingen. Soms is er een buitenruimte waar roken is toegestaan. Er zijn ook voorbeelden dat rokers extra vrijheden kregen om naar buiten te gaan, omdat binnen een rookverbod gold. Dat laatste is aan niet-rokers natuurlijk niet uit te leggen. *“Rokers kregen een pasje waarmee ze ’s nachts de deur uit konden, anderen niet.”*

De NVvP heeft een handleiding ‘Rookvrije ggz in de context van verplichte zorg’. (31)

Goed voorbeeld: Amsterdam UMC, locatie AMC, biedt patiënten nicotinevervangers en motiverende gespreksvoering met een rookvrijconsulent.

### **3.5 Persoonlijke verzorging**

*“Soms is alles te veel, dan ben ik het gehele overzicht kwijt. Dan weet ik zelfs niet meer of ik m’n schoenen wel aan heb.”*

Persoonlijke verzorging is een onderwerp dat in de literatuur over leefstijl nauwelijks aandacht krijgt. Toch is het een belangrijke factor om (mentaal) gezond te blijven. De aandacht die je aan persoonlijke verzorging besteedt is vaak een graadmeter voor hoe het met je gaat. Verwaarloost iemand zichzelf dan is dat een slecht teken voor de mentale

gesteldheid. Andersom kan extra aandacht voor persoonlijke verzorging helpen om beter in je vel te zitten en gevoel van eigenwaarde te krijgen.

Zorg voor je persoonlijke omgeving kan eveneens een positief effect hebben. Dan hoeft het niet te gaan om een huis dat volledig schoon en opgeruimd is, maar wel om een omgeving waar je zelf zorg aan besteedt en je thuis voelt.

In de focusgroepen leeft het thema persoonlijke verzorging meer dan in de literatuur. Een slechte persoonlijk verzorging en je psychisch slecht voelen gaan vaak hand in hand. *“Als ik geen aandacht aan mijn kleding en uiterlijk besteed is dat een teken dat ik richting crisis ga.”* In de behandeling is het onderwerp vaak taboe, er zit schaamte omheen. Maar hulpverleners zouden moeten signaleren, zaken benoemen en zo nodig hulp bieden. Vaak signaleren ze wel, oordelen ze ook, maar zeggen niets: *“Ik las later terug in mijn dossier dat ik er toen slecht verzorgd uitzag; het werd opgeschreven, maar er werd niets over gezegd.”* Als hulpverleners niet oordelend zijn, maar wel hulp bieden als het nodig is, stellen mensen dat op prijs. Niet met een vingertje wijzen, wel present zijn. *“Ik was niet meer in staat om mezelf te wassen. Ton kwam daar iemand voor langs. Ze namen het over, maar wel in overleg. Het is belangrijk dat ze je in de waarde laten.”*

Familieleden en huisgenoten kunnen een belangrijke rol spelen bij het signaleren dat er problemen zijn bij persoonlijke verzorging. Soms kunnen ze zelf hun naaste helpen en stimuleren om de verzorging weer op te pakken. In andere gevallen is het belangrijk dat hun signalen serieus worden genomen. *“Ik vergat om te douchen, scheren was te veel gevraagd. Hoe dat samenhangt met je psychische gesteldheid is een kip- en eiverhaal. Geen enkele puf om nog iets te doen. Gelukkig heb ik een vrouw en gezin, zij letten er wel op.”*

Andere deelnemers wijzen op het belang van huisbezoeken. Als hulpverleners bij je thuis komen, kunnen ze beter signaleren of er problemen zijn met (persoonlijke) verzorging en krijgen ze een beter beeld hoe het met je gaat.

### **3.6 Zingeving**

In hoofdstuk 2 is al geconstateerd dat zingeving voor ggz-cliënten een belangrijk thema is. Je kunt erover twisten of zingeving een onderdeel is van leefstijl, Maar het begrip komt wel regelmatig terug in literatuur over leefstijl. Het is een van de pijlers van positieve gezondheid.

Er is geen eenduidige definitie van zingeving. Er is overlap met begrippen als welbevinden, bestaansvragen, religiositeit en spiritualiteit. Zingeving is voor velen een essentieel aspect in het proces van (persoonlijk) herstel na een ontwrichtende ervaring. Psycho-educatie en derde-generatiegedragstherapieën, zoals ACT, mindfulness en compassietraining kunnen cliënten helpen bij zingeving. Het is in ieder geval belangrijk als behandelaren zingeving aan de orde stellen en een luisterende, niet-oordelende houding hebben. (4)

In de aanpak 'Mentale gezondheid: van ons allemaal' zit aandacht voor zingeving besloten. Daar is het vooral verbonden met vragen als: hoe ga je om met tegenslag, hoe behoud je evenwicht in een samenleving met een sterke prestatiecultuur. (3)

In een onderzoek in opdracht van de Coalitie Leefstijl in de Zorg bleek dat juist cliënten met psychische klachten veel informatie over zingeving zoeken. (21)

Veel deelnemers van de focusgroepen spraken over het belang van zingeving. Voor sommigen is zingeving direct verbonden met religie of spiritualiteit. Voor anderen gaat het meer algemeen om grip krijgen op de eigen geschiedenis en betekenis kunnen geven aan wat jou overkomen is in het leven. Begrippen als rouwverwerking en (zelf)acceptatie zijn voor hen belangrijk. Weer anderen geven een meer praktische invulling aan het begrip zingeving: goed voor jezelf zorgen en iets voor een ander doen.

*"Ik zoek zelf uit wat voor mij werkt: zingeving, yoga, dansen. Lichaamsbewustzijn is heel belangrijk voor mij: minder praten en naar binnen gaan."*

*"Het zijn kleine dingen die nut hebben en je een gevoel van erkenning geven. Voor jezelf koken, een kleurplaat maken die je aan iemand toe kunt sturen. Aan echte zingeving kom je niet toe, als je diep in de put zit"*

Acceptatie is een begrip dat vaak valt. Dat betekent niet je passief overleveren aan wat je overkomt, maar het actief doorleven en weer ruimte scheppen om verder te gaan.

*"Accepteren van je lijden helpt, anders zit je voortdurend in een vechtstand."*

*"Soms moet je dingen doorleven, in plaats van ze te bestrijden."*

Binnen de herstelbeweging is het belang van zingeving en je verhouden tot existentiële vraagstukken een centraal gegeven. In de focusgroepen wordt veelvuldig verwezen naar het aanbod van zelfregie- en herstelinitiatieven op dit gebied: de WRAP, Herstellen doe je Zelf, Rewriting the Narrative, enzovoort. De meerwaarde van werken in groepen en inzet van ervaringsdeskundigheid wordt benadrukt. Het levert (h)erkenning en waardering op. Sommige trainingen zoals de WRAP en Herstellen doe je Zelf worden ook binnen de reguliere ggz aangeboden. Ook dan hebben deelnemers positieve ervaringen ermee.

Goede voorbeelden

- De gemeente Gorinchem financiert een aantal hersteltrainingen.
- Jaarlijks zingevingsfestival van GGZ Drenthe, Verslavingszorg Noord-Nederland en Cosis

### **3.7 Stress en ontspanning**

Stress is een onderliggende factor bij het ontstaan en verergering van veel psychische problematiek. Het heeft een directe samenhang met slaapproblemen. Ook met andere leefstijlfactoren is er een nauwe relatie. Zo beïnvloedt stress eetgedrag en vormt het een

drempel om gedragsverandering in leefstijl te beginnen of vol te houden. Andersom helpt beweging om stress te verlagen.

Stress is een gedeelde noemer van veel maatschappelijke factoren die gezondheid negatief beïnvloeden: bestaansonzekerheid, slechte huisvesting en leefomgeving, werkloosheid, een beperkt sociaal netwerk. Bij mensen aan de onderkant van de samenleving stapelen deze problemen zich vaak op. Zij zijn bovendien extra afhankelijk van complexe regelgeving en procedures die op zichzelf weer stressverhogend zijn. Hun situatie wordt omschreven als een van continue stress. Er is in literatuur en beleid veel aandacht voor de relatie tussen stress en maatschappelijke factoren zoals bestaanszekerheid en woonomgeving. Veel mensen in een kwetsbare maatschappelijke positie hebben te maken met chronische stress. Ze zijn bovendien vaak afhankelijk van complexe regelgeving en procedures die op zichzelf weer stressverhogend zijn. (16,58)

De lockdowns tijdens de coronacrisis hebben veel mensen doen beseffen hoe stressvol onze samenleving in normale tijden is. Vooral mensen met psychische aandoeningen ervoeren het soms als een zegen dat de maatschappij als het ware tot stilstand kwam. Tegelijk hebben de coronacrisis en andere crisissen geleid tot toename van stress bij veel mensen. (3,7,9,55)

Stress is meer dan alleen een leefstijlfactor, omdat mensen vaak weinig invloed hebben op factoren die stress veroorzaken. Tegelijk kan leefstijl wel helpen om beter om te gaan met stress en meer te ontspannen. In het beleid is daarom aandacht voor interventies in kwetsbare wijken om mensen gedrag en vaardigheden aan te leren om beter met stress om te gaan.

In het eerder aangehaald onderzoek voor de Coalitie Leefstijl in de Zorg geven mensen met psychische klachten aan veel behoefte te hebben aan (informatie over) ontspanning. (21)

De ervaringen van deelnemers aan de focusgroepen sluiten in het algemeen aan bij de literatuur. Stress is een zeer belangrijke risicofactor voor verergering en terugval van psychische problemen. Hoog op de lijst van maatschappelijke stressfactoren staan geldzorgen en 'gedoe met instanties'. Voor een aantal mensen komt daar digitalisering bij.

*"Iedereen die ik ken met ervaring bij de UWV voelt stress en machteloosheid (...) Ik werk 7 uur, wil wel meer werken, maar alles tot 16 uur kost me alleen maar stress. En meer dan 16 uur kan ik niet aan. Vaak kom ik net wel of net niet rond."*

*"Ik heb geen vertrouwen meer in instanties. Er is heel veel strijd geweest om mijn kinderen te mogen zien."*

Cliënten vinden hulp bij psycho-educatie, maar ook bij lichaams oefeningen voor mindfulness, yoga, tai-chi, ademhaling, enzovoort. Hier ligt ook een link met zingeving.

## B. Leefstijl in de ggz

### 3.8 Leefstijl in de behandeling

Van ggz-behandelaren wordt veel verwacht bij het ondersteunen van cliënten bij een gezonde leefstijl. Voldoende kennis van gezondheid en leefstijl, diagnostische vaardigheden en kennis van (behandel)interventies zijn basisvoorwaarden.

In de behandelrelatie is alleen voorlichting geven meestal niet voldoende om cliënten te bewegen tot leefstijlveranderingen. Algemene adviezen als 'zou je niet eens wat meer bewegen?' of 'let op je voeding' schieten tekort. Voorwaarden om wel succes te boeken zijn volgens de literatuur (18-14,28,32,33):

- Ondersteuning van cliënten met psycho-educatie en motiverende gespreksvoering.
- Aansluiten op wensen en persoonlijke doelen van de cliënt (shared decision making).
- Aansluiten op eigen tempo van de cliënt en diens eigen leerstijl en vaardigheden voor zelfmanagement; inzetten op haalbare doelen.
- Concrete handvatten voor gedragsverandering; zo nodig verwijzing naar specialistische hulp, e-health (digitale apps), groepsinterventies (bijv. cursus mindfulness) of voorzieningen in het sociaal domein (bijv. eetgroep of wandelclub).
- Het betrekken van naasten.
- Een behandelaar die zelf het goede voorbeeld geeft.
- Een optimistische, niet-oordelende houding van hulpverleners.

De literatuur geeft verklaringen waarom leefstijl in de behandeling soms niet tot zijn recht komt. Ontkenning of onderschatting van het belang van leefstijl spelen een rol. Daarnaast kan sprake zijn van handelingsverlegenheid. Behandelaren vinden het lastig om leefstijl te bespreken, omdat ze het toch als een privézaak beschouwen. Bovendien kan sprake zijn van therapeutisch nihilisme: een gebrek aan vertrouwen in de cliënt en zijn vermogen om de leefstijl aan te passen (18-9, 28, 34).

Het is een opdracht aan zorginstellingen en beroepsgroepen om leefstijl in de ggz-behandeling beter te borgen. De totstandkoming van de ggz-zorgstandaard Leefstijl kan een belangrijke impuls geven, evenals het integraal zorgakkoord, waarin afspraken zijn gemaakt over het integreren van leefstijl in elke behandeling. Om die laatste afspraak te implementeren is de Coalitie Leefstijl in de Zorg gevormd (zie hoofdstuk 4.2)

De ervaringen binnen focusgroepen met ondersteuning van behandelaren bij leefstijl zijn uiteenlopend. Als er sprake is van een trend dan is dat zeker in gunstige zin. Behandelaren brengen leefstijl nu eerder ter sprake dan vroeger. Maar dat geldt zeker nog niet altijd. *"Het komt alleen ter sprake als ik het aankaart. Ik doe het wel, maar niet iedere cliënt is daartoe in staat."*

*“Toen het slecht ging had ik veel overgewicht – van 65 naar 115 kilo – en kon ik nauwelijks meer bewegen. De psychiater had dat bespreekbaar moeten maken en mij een zetje in de rug kunnen geven om het aan te pakken, of me naar een diëtist moeten verwijzen.”*

Handelingsverlegenheid kan aan beide kanten een rol spelen. Ook cliënten ervaren drempels om leefstijl in de behandelkamer ter sprake te brengen, al is het maar omdat ze voelen dat de behandelaar weinig tijd heeft. Ze wensen in het algemeen een open en pro-actieve houding van de behandelaar. Die moet signaleren, het gesprek aangaan en doorvragen. Het onderwerp leefstijl moet volgens sommigen veel vroeger in de behandeling aan de orde komen en niet laat zoals nu dikwijls het geval is.

Daarbij is niet voldoende dat de hulpverlener leefstijl alleen ter sprake brengt. Veel deelnemers hebben behoefte aan een meer gerichte en intensieve begeleiding op het gebied van leefstijl dan ze nu krijgen. Er is behoefte aan concrete handvatten om leefstijlveranderingen te beginnen én vol te houden.

Deelnemers bevestigen dat persoonlijke doelen en eigen tempo belangrijk zijn bij het doorvoeren van leefstijlveranderingen. Het is echt maatwerk.

*“De algemene riedels over slaaphygiëne en ‘ga eens hardlopen’ ken ik wel. Maar de vraag is: hoe ga je het doen, en vooral: hoe houd je het vol?”*

*“Ik krijg wel algemene adviezen. ‘Doe het rustig aan, zorg dat je goed slaapt en veel beweegt’, maar dat zijn een beetje dooddoeners.”*

Veel waardering is er voor behandelaren die persoonlijke betrokkenheid tonen en cliënten soms letterlijk over de drempel helpen om in beweging te komen, bijvoorbeeld door samen een wandeling te maken.

### **3.9 Somatische screening**

Volgens de richtlijn somatische screening bij EPA moeten mensen met een ernstige psychische aandoening en mensen die antipsychotica gebruiken ieder jaar een volledige somatische screening krijgen. (35) Die screening bestaat uit lichamelijk onderzoek, een leefstijlanamnese en medicatiemonitoring. In de praktijk wordt de richtlijn vaak niet gevolgd, zo bleek uit een rapport van het programma Zinnige Zorg in 2020. (36) 80% van de cliënten met psychose kreeg geen of een onvolledige somatische screening. Waarschijnlijk is dit ook een knelpunt bij andere aandoeningen, al gelden daar andere richtlijnen en hoeft de situatie niet zo dramatisch te zijn als bij psychosezorg.

Naar aanleiding van het rapport Zinnige Zorg psychose is een verbetertraject gestart.

Phrenos inventariseerde succesvolle praktijkvoorbeelden en stelde naar aanleiding daarvan vijf ontwikkelpunten vast (35):

- 1) Een betere vertaling van uitslagen van somatische screening naar concrete behandelplannen, en de opvolging van deze plannen.
- 2) Betere afspraken tussen huisartsen en gespecialiseerde ggz rondom de verantwoordelijkheid en uitvoering van somatische screening.

- 3) Een duidelijkere gezamenlijke lijn rondom de inhoud van somatische screening.
- 4) Een beter bereik van de doelgroep, met name bij zorgmijders.
- 5) Bestuurlijke borging en voldoende financiën om somatische screening op een goede manier te implementeren.

Deze ontwikkelpunten kunnen een impuls krijgen door de komst van de zorgstandaard somatische screening die begin 2024 verwacht wordt. (37)

De focusgroepen geven een gemengd beeld. De ervaringen met somatische screening lijken tegenwoordig iets beter dan in het verleden, maar er valt nog steeds een wereld te winnen.

*“Op somatische screening moest ik zelf aandringen. Ik kom voor mezelf op, maar dat kun je niet van iedereen verwachten.”*

Somatische screening is vooral gebruikelijk als mensen ook een somatische aandoening hebben. Alleen een (ernstig) psychische aandoening is vaak niet voldoende voor een somatische screening, of de screening blijft dan heel beperkt: *“Ik heb nooit een somatische screening gehad, alleen elke drie maanden bloedprikken vanwege mijn lithium.”*

Een belangrijk verbeterpunt is, zoals Phrenos vaststelt, de afstemming tussen psychiater en huisarts. Die afstemming ontbreekt vaak en dan valt er een gat:

*“Bij .... (naam instelling) kreeg ik elk jaar een lichamelijk onderzoek. Nu ben ik bij de huisarts, ik slik nog dezelfde medicatie, maar er is geen lichamelijk onderzoek meer.”*

Verdere aandachtspunten vanuit de focusgroepen: een goede uitleg over het belang van somatische screening aan de cliënt; en een goede terugkoppeling van de resultaten.

Goede voorbeelden:

- Leden van de focusgroepen hebben goede ervaringen met de somatische screening in het UMCU in het zorgprogramma Lijf en Leven. Zie ook volgende paragraaf.
- De Utrechtse Somatische Screeningslijst is specifiek ontworpen voor zorgmijders.

### **3.10 Gecombineerde leefstijlinterventies en GOAL**

Uit literatuur blijkt dat gecombineerde interventies die op meerdere leefstijlfactoren tegelijk inspelen het meest succesvol zijn. Daarbij is de kans op succes het grootst als wordt aangesloten op persoonlijke doelen van de cliënt.

*“Gelijktijdige inzet op verschillende componenten (zoals bewegen voeding, ontspanning), afgestemd op mogelijkheden en interesses van patiënten en het stellen van haalbare doelen is belangrijk voor succes.”* Betrokkenheid van gekwalificeerde professionals, zoals bewegingsagogen, diëtisten of fysiotherapeuten is soms noodzakelijk. (28)

Een bekende interventie is de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) bij overgewicht. Het is een interventie van twee jaar die met name ingaat op beweging en voedingspatronen. Op basis van een individuele indicatie worden GLI's vergoed vanuit de zorgverzekeringswet.



Mensen met psychische aandoeningen voldoen echter vaak niet aan de criteria voor deelname, omdat hun BMI (net) te laag is.

GGZ Centraal heeft een variant van de GLI ontwikkeld: Gecombineerde Ondersteuning voor Ambulante Leefstijlinterventies (GOAL). (38) GOAL is voor mensen met ernstig psychische aandoeningen en een risico op hart- en vaatziekten en/of diabetes. Doel van de interventie is niet alleen gewichtsverlies, maar ook een betere mentale gezondheid door mentale veerkracht en actieve participatie. De leefstijlcoach die de cliënt begeleidt heeft een verbindende rol naar andere professionals in het medische en sociale domein.

GOAL wordt bij GGZ Centraal momenteel in een pilot met 50 cliënten toegepast. Mede afhankelijk van de resultaten kan de interventie later breder worden aangeboden. Veel andere ggz-instellingen hebben interesse, er is een training beschikbaar voor ggz-professionals.

UMCU Utrecht heeft al geruime tijd het zorgprogramma Lijf & Leven voor mensen met complexe, psychische klachten. Mensen krijgen eerst een dag diagnostisch onderzoek met allerlei tests, metingen en gesprekken. Op basis daarvan krijgen ze een advies en behandelplan. Het behandelplan kan zich richten op meer beweging, andere voeding, aanpassing van medicatie of een combinatie van die dingen.

Sommige deelnemers van de focusgroepen hebben ervaring met de GLI of met het zorgprogramma Lijf & Leven. Die ervaringen zijn positief. *“Echt een verademing!”* Het opnieuw kritisch kijken naar medicatie is voor veel cliënten een essentieel onderdeel.

### **3.11 Psycho-educatie**

Psycho-educatie is een interventie die mensen kennis aanleert over hun psychische klachten en vaardigheden om er beter mee om te gaan. Er zijn veel verschillende vormen van psycho-educatie en die heten ook niet altijd psycho-educatie. Ervaringsdeskundigen zijn vaak betrokken. Veel aanbod is aandoeningsspecifiek, het kan één-op-één zijn, in een groep of digitaal. Psycho-educatie kan een belangrijke rol spelen bij leefstijl. Het motiveert mensen om met leefstijl aan de slag te gaan en geeft concrete handelingsperspectieven. (18-2,29,31) Deelnemers van de focusgroepen geven aan dat psycho-educatie hen heeft geholpen beter om te gaan met emoties en spanningen. *‘Ik heb geleerd milder naar mezelf te kijken.’* Psycho-educatie draagt volgens hen tevens bij aan acceptatie van de aandoening.

Voor naasten is er ook psycho-educatie, zodat zij de cliënt beter kunnen ondersteunen én beter voor zichzelf kunnen zorgen. Met de komst van het zorgprestatie model kan psycho-educatie voor naasten nu vergoed worden vanuit de zorgverzekeringswet, als onderdeel van de behandeling voor de cliënt.

MIND heeft onderzoek gedaan naar psycho-educatie voor naasten. (39) Een op de drie respondenten in het onderzoek maakte geen gebruik van psycho-educatie. Problemen waar naasten tegenaan lopen en waar psycho-educatie bij kan helpen, zijn: overbelasting;

onbegrip en vooroordelen van omgeving; (onvoldoende) samenwerking met zorgverleners. Onderwerpen die naasten belangrijk vinden bij psycho-educatie zijn: omgaan met ingewikkeld gedrag, grenzen stellen en loslaten, voor jezelf zorgen, crisis. Aanbevelingen in het MIND-onderzoek zijn om het aanbod beter in kaart te brengen en meer bekendheid te geven.

### 3.12 Signaleringsplan en crisispreventie

Een signaleringsplan kan een belangrijk hulpmiddel zijn bij terugvalpreventie. In het plan staat hoe je signalen en symptomen van een dreigende terugval herkent, en welke acties je kunt ondernemen om het evenwicht weer te herstellen. Het plan geeft ook aan bij wie en wanneer je zo nodig hulp kunt vragen. Familie en naasten kunnen een signaleringsplan gebruiken om teen eventuele terugval tijdig te signaleren en passende hulp te bieden. Leefstijl is een essentieel onderdeel van een signaleringsplan. Een achteruitgang of naderende crisis kondigt zich vaak aan door veranderingen in leefstijl: slechter slapen, ongezonder eten, minder bewegen, niet meer kunnen ontspannen. Andersom kan het weer oppakken van een gezonde leefstijl helpen om de achteruitgang te keren. Een signaleringsplan kan ook helpen om somatische problemen tijdig te onderkennen. (37)

Veel deelnemers aan de focusgroepen hebben een signaleringsplan of hun naaste heeft zo'n plan. Een deel ervan gebruikt het signaleringsplan actief. Het hangt thuis op de koelkast, ze raadplegen het regelmatig en bespreken het met hun hulpverlener. Sommigen hebben het signaleringsplan al heel lang en stellen het jaarlijks bij. Er zijn ook mensen die het signaleringsplan nooit meer inkijken, omdat het inmiddels in hun 'systeem' zit.

*“Hoe zorg ik dat ik niet terugval, is een vraag die me elke dag bezighoudt.”*

*“Het is heel belangrijk voor mij. Ik heb het met het FACT-team opgesteld. Als je tijdig signaleert, heb je soms kort hulp nodig. Wordt het echt een psychose, dan ben je veel langer van huis. Het plan ligt ook bij de huisarts. (...) Er staat in wat ik zelf kan doen in sommige situaties en wat anderen kunnen doen. Ik heb het plan al heel lang (...). Toen ik verhuisde naar een ander deel van het land is het gewoon overgedragen.”*

Andere mensen vinden het signaleringsplan niet belangrijk of het werkt volgens hen niet. Ze zien het als een formaliteit, waar in de praktijk weinig mee gebeurt. Of ze hebben de ervaring dat een crisis toch altijd te snel komt om die tijdig af te kunnen wenden.

*“Op het moment dat ik een signaleringsplan nodig heb, gooi ik het weg, dan ben ik al niet meer bereikbaar.”*

*“Het gaat pas spelen als het te laat is en alle seinen op rood staan.”*

*“Het is te veel gericht op crisissituaties, te weinig op herstel.”*

In de focusgroepen komen ook alternatieven ter sprake, zoals de crisiskaart en de WRAP. Over de WRAP zijn mensen die de training gevolgd hebben, positief. Er zijn ook goede ervaringen met de VERS-training.

Aandachtspunten voor een (crisis)signaleringsplan vanuit focusgroepen:

- Een goed signaleringsplan is maatwerk en wordt door behandelaar en cliënt samen opgesteld. Desgewenst zijn ook familie of andere naasten betrokken.
- De cliënt moet eigenaar van het plan zijn en bepalen met wie het gedeeld wordt.
- Timing is belangrijk. Een signaleringsplan kan te vroeg worden aangeboden, waardoor het zijn doel mist. Opnieuw aanbieden op een later tijdstip is dan belangrijk.
- Het plan moet regelmatig geactualiseerd worden.
- Interventies als WRAP of een VERS-training kunnen een noodzakelijke aanvulling of een alternatief zijn.

Een signaleringsplan moet daarnaast onderdeel zijn van een breder pakket om crises te voorkomen of goed op te kunnen vangen:

- Een vangnet van tijdige (professionele) hulp, bijvoorbeeld een respijtvoorziening (zie volgende paragraaf) of een preventieve opname. (*“Alleen weten dat zo’n vangnet er is geeft al rust en dat werkt preventief.”*)
- Als zich toch een crisis voordoet moet helder zijn welke afspraken gelden en wie verantwoordelijk is.
- Een cliënt moet erop kunnen vertrouwen dat professionals handelen in lijn met het signaleringsplan (*“Op de HIC gingen ze lijnrecht in tegen wat in mijn plan stond”*)

Een van de instellingen waar een focusgroep is gehouden heeft als beleid dat cliënten bij een terugval weer bij dezelfde hulpverlener in behandeling kunnen komen, zonder dat ze eerst weer op de wachtlijst moeten. Dit beleid is conform afspraken die in het Hoofdlijnenakkoord ggz van 2015 al gemaakt zijn voor mensen met ernstig psychische aandoeningen. In andere focusgroepen bleek dat dit niet het beleid is van alle ggz-aanbieders.

### **3.13 Overgang van kliniek naar huis**

*“Ik was wat je noemt iemand met multi-problematiek. Schulden, een stukgelopen relatie, kinderen in het spel; en een PTSS. Tijdens de opname ligt de focus op jou, maar toen ik weer thuiskwam was het een drama. Daar was niets gebeurd. Er was geen nazorg, geen overdracht naar de eerstelijns. Er was niets gedaan aan mijn schulden. De relatie was niet te redden, het huis stond onder water. Ik ben toen zelf naar maatschappelijk werk gegaan. “*

De overgang van intramurale zorg naar thuis is een cruciaal moment voor terugvalpreventie. Het is belangrijk om in die periode te beoordelen hoe beschermende factoren voor mentale gezondheid versterkt kunnen worden en risicofactoren gereduceerd. Het is ook een periode waarin de cliënt zelf weer een grotere verantwoordelijkheid krijgt voor een gezonde leefstijl.

Deelnemers aan de focusgroepen geven aan dat de overgang van kliniek naar thuis vaak te groot is. Het is noodzakelijk dat cliënten in de periode vooraf goed voorbereid worden en in de periode achteraf voldoende nazorg krijgen.

Uit de focusgroepen komen de volgende aandachtspunten:

- Vanaf dag één van een opname of beschermd wonen mensen voorbereiden op weer zelfstandig thuis wonen. Aandacht voor huisvesting, inkomen, dagstructuur, leefstijl, verantwoordelijkheid nemen, enzovoort.
- De samenleving binnen de instelling brengen. Een voorbeeld zijn ervaringsdeskundigen vanuit een zelfregie- of herstelcentrum die cliënten tijdens een opname of beschermd wonen al voorbereiden op de overgang naar huis.
- Hulp bij het creëren van een nieuwe, stabiele woonsituatie. Met name na langdurige opnames of verblijf in beschermd wonen is het niet vanzelfsprekend dat iemand nog een huis heeft.
- Voldoende ambulante begeleiding. De terugval in aantal uren begeleiding is vaak bijzonder groot. Vaak van 24 uur zorg in de nabijheid tot een of twee uurtjes zorg in de week. Signalen die wijzen op een dreigende terugval worden niet altijd tijdig gesignaleerd. Soms is een tussenstap noodzakelijk: *“Voor mij was dagbehandeling wel een goede tussenvorm. Om de structuur vast te houden en de overgang naar thuis met de zorg voor de kinderen geleidelijk te maken.”*
- Goede overdracht naar en samenwerking met andere hulpverleners, bijvoorbeeld huisarts of wijkteam. De versnippering van ambulante hulp is een veel voorkomend probleem. *“Ik heb nauwelijks nazorg gehad. Het zijn allemaal eilandjes: behandeling, begeleiding, hulp bij werk zoeken.”*
- Het tijdig oplossen van sociale problemen die de kans op een terugval vergroten. Soms worden mensen na een opname thuis weer even hard geconfronteerd met zaken die hen eerder in crisis hebben gebracht.
- Een concrete tip uit een van de focusgroepen: een ontslaggesprek met naasten en een terugkomgesprek na enkele maanden om te checken of alles goed gaat.

Begin 2024 verscheen een evaluatierapport over de regeling medisch noodzakelijk verblijf. (40) In de werkwijzer medisch noodzakelijk verblijf is vastgelegd welke verantwoordelijkheid ggz-aanbieders en gemeenten hebben bij de overgang van een opname naar thuis. De regiebehandelaar heeft de verantwoordelijkheid om na te gaan of ontslag uit de kliniek verantwoord is. Daarbij hoort ook: nagaan of zaken als huisvesting, inkomen, nazorg en maatschappelijke ondersteuning goed geregeld zijn. Gemeenten moeten een aanspreekpunt hebben, iemand die kan helpen om dit soort zaken in overleg met behandelaar en cliënt tijdig op te pakken.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Het evaluatierapport van het Trimbos-instituut is vrij technisch en onvolledig. Het gaat bijvoorbeeld niet in op de rol van gemeenten.

### 3.14 Respijt- en time-outvoorzieningen

Respijt- en time-outvoorzieningen kunnen een essentiële rol spelen bij terugvalpreventie. Ze kunnen cliënten lucht en ruimte geven op momenten dat de druk toeneemt en terugval in een crisis dreigt. Ze hebben ook de functie om naasten en informele zorgverleners te ontlasten. Voorzieningen op dit gebied zijn er zowel binnen de ggz als in het sociaal domein. Een afspraak uit het GALA is dat gemeenten en zorgverzekeraars gaan samenwerken om zwaardere vormen van respijtzorg te realiseren; dit is vooral met het oog op ontlasting van mantelzorgers. (10)

Deelnemers van de focusgroepen die in het verleden gebruik hebben gemaakt van een respijt- of time-outvoorziening benadrukken hoe waardevol die zijn geweest voor henzelf en voor hun directe omgeving (bijvoorbeeld een gezin met kleine kinderen). *“Je moet uit de situatie, even niets meer hoeven.”*

Binnen de ggz lijken time-outvoorzieningen amper nog beschikbaar. In het verleden hadden veel instellingen een bed-op-recept (BOR), maar dat aanbod is sterk verminderd. In focusgroepen wordt dat betreurd. In één focusgroep op locatie bleek dat de betreffende instelling wel bedden-op-recept aanbiedt en dat er ook veelvuldig gebruik van wordt gemaakt. Men vindt de voorziening zelfs zo belangrijk dat die ook openblijft tijdens de verbouwing van het pand.

In het sociaal domein lijkt juist een toename te zijn van respijt- en time-outvoorzieningen. Diverse zelfregie- en herstelorganisaties hebben een eigen respijthuis, bijvoorbeeld Ixta Noa (diverse locaties), Stichting Kernkracht in Gouda, Stichting Zelfregie in NM-Limburg, en Fameus in de regio Tilburg. Dit soort voorzieningen lijken wel sterk afhankelijk van initiatieven van onderaf en bereidheid van gemeenten om die te financieren.

### 3.15 Leefstijl binnen de intramurale zorg

Over gezonde leefstijl en intramurale zorg is in dit onderzoek niet veel in de literatuur gevonden. De meeste artikelen op dit gebied hebben betrekking op het rookbeleid binnen instellingen of op voeding.

Het waardenetwerk Verslaving en Leefstijl van de Nederlandse ggz besteedt in ieder geval wel aandacht aan leefstijl en intramurale zorg. Het waardenetwerk heeft doelstellingen voor een rookvrije ggz, duurzame en gezonde voeding, en een sport- en beweegaanbod voor ggz-clieënten (zie hoofdstuk 4.2) Medio 2024 verschijnt bovendien het kwaliteitskader langdurige ggz. Mogelijk biedt dit extra kansen om leefstijl binnen beschermd wonen en afdelingen voor langdurig verblijf te agenderen.

Naast afzonderlijke leefstijlfactoren verdient de ruimtelijke omgeving aandacht bij intramurale zorg. Licht, kleurgebruik, natuur, ruimte voor beweging, ontmoeting en

ontspanning zijn allemaal elementen die kunnen bijdragen aan een ‘healing environment’ (een genezende omgeving). De RIVM-website duurzame zorg (42) bevat informatie over enkele goede praktijken binnen ggz-instellingen op het gebied van voeding, beweging en healing environment. Een ander initiatief is de Groene GGZ. Veel instellingen die grote terreinen hebben met veel groen zijn hierbij aangesloten.

In de focusgroepen zijn leefstijlfactoren binnen intramurale zorg uitgebreid aan de orde geweest. Het merendeel van de deelnemers heeft ervaring met korte of langere opnames in de ggz en/of beschermd wonen.

### Voeding

Op het gebied van voeding lijkt er de afgelopen jaren veel ten goede veranderd. Meerdere cliëntenraden geven aan dat hun instelling is overgegaan van maaltijden uit de centrale keuken naar koken op de afdeling. Cliënten en bewoners worden vaker betrokken bij het samenstellen van de maaltijd, boodschappen doen en koken. Sommige instellingsterreinen hebben een eigen moestuin. Instellingen hebben koks of voedingsassistenten in dienst die zorg dragen voor gezonde voeding en cliënten/bewoners vaardigheden aanleren. En er is aandacht voor maaltijden als momenten van rust en sociale ontmoeting.

*“Het eten bij ons is perfect. Het kwam heel lang uit de centrale keuken, dat was waardeloos. Nu is er op elke afdeling een voedingsassistent. Er wordt samen gekookt en gegeten. Maar er is ook maatwerk: als je een goede reden hebt kun je alleen eten.”*

*“Er is een kleine tuin waar onder meer bloemkool wordt verbouwd. Dat concept moet binnen de instelling verder worden uitgebreid en bekend worden. Het bevordert saamhorigheid, mensen komen in beweging en zijn bewuster bezig met voeding.”*

*“Op de gesloten afdeling komt een keer in de week een cheffkok; die kookt en leert ons dingen over gezonde voeding. De andere dagen koken we om de beurt voor de groep.”*

Bovenstaand beeld is niet volledig. Er zijn ook nog recente voorbeelden van ‘beroerd eten’ en ‘stuk gekookte groenten uit een centrale keuken’. In sommige locaties hangt veel af van de interesse en motivatie van betreffende hulpverleners.

### Sport en beweging

Vooraf bij klinische opnames is regelmatig aandacht voor sport en beweging. Activiteiten op dit gebied maken dikwijls onderdeel uit van het dagprogramma. Diverse deelnemers van de focusgroepen geven aan dat ze aansporing en enige drang om in beweging te komen wel goed vinden: *“Tijdens een opname moesten we elke dag wandelen, ook als ik geen zin had, maar het werkte wel goed.”*

Grote instellingen hebben dikwijls eigen sportfaciliteiten op hun terrein. Die faciliteiten zijn soms beperkt toegankelijk, omdat cliënten er alleen onder (gediplomeerde) begeleiding gebruik van mogen maken. Het behoud van eigen sportaccommodaties is soms onzeker, want afhankelijk van het vastgoedbeleid van de instelling. Een oplossing kan zijn om

sportaccommodaties ook open te stellen voor buurtbewoners; dit bevordert bovendien de integratie.

### Dagstructuur

Dagstructuur en dagactiviteiten zijn een belangrijk aspect van leefstijl in de intramurale zorg. In een behandelsetting is meestal sprake van een dagprogramma. Soms zijn die programma's zo vol dat er nauwelijks tijd is voor wat beweging of voor rust en ontspanning. Daartegenover staan afdelingen of woonlocaties waar helemaal niets gebeurt en mensen zich vooral vervelen. Op sommige plekken zijn mensen afhankelijk van zorg, maar ontbreekt bijna elke stimulans voor een gezonde leefstijl.

*“Alleen maar zitten of lang op bed liggen is niet goed. Soms moet je uit je kamer getrokken worden. De begeleiding kan meer doen om mensen te activeren: vragen stellen, advies geven.”*

### Gesloten afdelingen en crisiszorg

Afgaande op de focusgroepen zijn gesloten afdelingen en crisisafdelingen het ongunstigst voor een gezonde leefstijl. Dit zijn afdelingen die vaak spanningsvol zijn, weinig ruimte bieden voor beweging en niet of nauwelijks prioriteit leggen bij een gezonde voeding.

*“Ik heb nooit geweten hoe de buitenkant van het gebouw eruitziet.”*

*“Bij gesloten opname kreeg ik het voedsel niet weg, alles uit de centrale keuken, drie keer doorgekookt.”*

Op crisisafdelingen zijn doorgaans weinig activiteiten; verveling en spanningen liggen dan op de loer. De opnames op deze afdeling zijn vaak kort, maar soms vervult een HIC ook een 'medium-care' functie en in dat geval verblijven cliënten er soms weken of maanden.

*“Er is weinig structuur, je mag alles doen. Dat brengt veel onrust met zich mee. Alles is gericht op controle. Het is net een gevangenis, je komt er vaak slechter uit dan je erin komt.”*

Op afdelingen voor langdurig verblijf en in beschermd wonen zijn verwaarlozing en 'therapeutisch nihilisme' belangrijke risico's.

Goede voorbeelden uit de focusgroepen:

- Een therapieblok gezonde leefstijl voor cliënten van de (dag)kliniek; met onder meer mindfulness, PMT, zingeving.
- De cliëntenraad van GGZ Breburg heeft met succes geknokt voor behoud van activiteitenbegeleiding op de HIC.
- GGNet opent een sportaccommodatie op het eigen terrein voor cliënten en buurtbewoners.
- [‘Behandelplek van de toekomst’](#), een initiatief van de stichting Made-life voor een betere fysieke behandelomgeving. Er is een prijsvraag voor studenten design; diverse instellingen zijn betrokken.

## C. Sociale factoren

### 3.16 Sociale contacten en leefomgeving

Het bevorderen van sociale contacten en laagdrempelige ontmoetingen is een belangrijk onderdeel van gezondheidsbeleid, niet alleen voor mensen met een psychiatrische achtergrond, maar ook voor ouderen en andere groepen (kwetsbare) burgers. Mensen met langdurige psychische beperkingen vormen een belangrijke doelgroep, want de eenzaamheid onder hen is groter dan onder welke andere doelgroep ook: 81%.

Beleid om sociale contacten en ontmoetingen te bevorderen is meestal gericht op de directe leefomgeving: de buurt of wijk waar je woont. (3,7,15,24) Het gaat onder meer om:

- De inrichting van de buitenomgeving (groen, pleintjes, zitgelegenheden).
- Algemene voorzieningen voor ontmoetingen en sociale activiteiten. Na jaren van bezuinigingen wordt weer geïnvesteerd in huizen van de buurt, huizen van de wijk, enzovoort. Bestaande voorzieningen als bibliotheken wordt nieuw leven ingeblazen en krijgen een bredere functie. Een aandachtspunt is of deze voorzieningen ook openstaan voor mensen met een achtergrond in de ggz.
- Specifieke voorzieningen voor mensen uit de ggz en/of andere burgers in een kwetsbare positie. Dit zijn bijvoorbeeld inloophuizen, zelfregie- en herstelcentra. Een belangrijke impuls voor zelfregie- en herstelcentra is de afspraak in het IZA dat gewerkt wordt aan een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten.
- Maatjesprojecten en andere individuele diensten die mensen met een achtergrond in de psychiatrie helpen bij sociale contacten.

Deelnemers van focusgroepen bevestigen het belang van een fijne en veilige woonomgeving. In het algemeen vinden ze het prettig om binding met de buurt te hebben, makkelijk een praatje te kunnen maken en goed contact met directe burens te hebben. Voor de een gaat de behoefte aan sociaal contact verder dan voor de ander.

*“Ik woon in een klein dorp en zie dat als een voordeel. De mensen kijken naar je om. Zelfs mensen die ik niet ken vragen hoe het met me is.”*

*“Ik het dorp waar ik vandaan kwam werd erg op mij gelet. Ik ben naar de stad verhuisd, daar ben ik meer anoniem.”*

Een omgeving die veilig voelt is extra belangrijk voor mensen die gevoelig voor prikkels zijn of ervaringen hebben met onveilige situaties of (huiselijk) geweld. Voor mensen met een verslavingsachtergrond is het een risico om in een buurt te wonen waar veel verslaving is of oude vrienden wonen die nog steeds gebruiken.

Aandachtspunten die uit de focusgroepen voortkomen:

- De aanwezigheid en toegankelijkheid van wijkcentra en andere algemene voorzieningen. De verschillen tussen gemeenten in beleid zijn groot. Soms zijn de



gevolgen van bezuinigingen in het verleden nog voelbaar. Soms zijn de voorzieningen er wel, maar voelen mensen uit de ggz zich er niet thuis. *“Buurthuizen zijn er vooral voor ouderen.” “Wijkcentra komen weer een beetje terug, maar zijn in handen van commerciële partijen. Ze zijn er nu vooral voor welvarende mensen.”* Veel mensen geven aan dat voorzieningen niet exclusief voor ggz-cliënten hoeven te zijn, maar ze moeten zich er wel welkom voelen.

- Initiatieven als zelfregie- en herstelcentra worden zeer gewaardeerd. Sommige deelnemers van focusgroepen hebben zelf dit soort voorzieningen opgezet of zijn ermee verbonden. Samenwerking met gemeenten, welzijnswerk en woningcorporaties is noodzakelijk. Ook met de ggz, die cliënten beter zou moeten verwijzen dan nu vaak gebeurt.
- Maatjesprojecten zijn een belangrijke aanvulling om mensen individueel te ondersteunen. Daarnaast zijn er voorbeelden als buurtcirkels en een vrouwencirkel. Dit zijn informele netwerken op basis van onderlinge hulp en wederkerigheid.

Goede voorbeelden uit de focusgroepen:

- (Over Samen1 in Gorinchem) *“Een plek waar mensen kunnen zijn, niets hoeven. Dikwijls komen ze eerst alleen koffiedrinken en pakken daarna activiteiten op.”*
- *‘Ik ben zelf een initiatief in mijn wijk begonnen. Een plek waar mensen terecht kunnen voor een praatje of lotgenotencontact. De woningcorporatie heeft een ruimte beschikbaar gesteld.’*
- *“Bij de vrouwencirkel doen we creatieve dingen, ik ben nu zelf een groep voor jonge vrouwen begonnen. Ik heb het gevoel gedragen te worden, dat er een vangnet is; dat kan een ggz-instelling je nooit bieden.”*

### **3.17 Stigma en sociale inclusie**

Stigma speelt een rol bij het aanhouden van psychische klachten. Een deel van het mentaal gezondheidsbeleid is erop gericht om psychische klachten meer bespreekbaar te maken en stigmatisering tegen te gaan. De overheids campagne ‘Hey, het is OK’ is daar een voorbeeld van. (3) Anti-stigma is ook een aandachtspunt in buurten en wijken. (15) Ontmoetingen tussen burgers met en zonder psychische aandoeningen worden gestimuleerd, bijvoorbeeld in projecten als Welkome Wijk en W in de Wijk.

Ook in de ggz bestaat stigma. Zo wordt stigmatisering als een knelpunt gezien in de uitvoering van somatische screenings, omdat hulpverleners somatische gezondheid bij ggz-cliënten onvoldoende serieus nemen. (35) Een deelnemer van een focusgroep: *“Bij somatische klachten wordt gauw gezegd: is dit geen uiting van je depressie? Tijdens een opname had ik lichamelijke klachten, maar er werd toch eerst de psychiater bijgehaald. Mijn partner is toen erg boos geworden.”*

Stigma hangt samen met zelfstigma en angst voor stigma. Soms bestaat er huiver om het onderwerp aan de orde te stellen, omdat dat juist stigma zou kunnen versterken. Een positievere insteek zijn pleidooien voor sociale inclusie of acceptatie van psychische diversiteit. Het Trimbos-instituut heeft een handreiking voor gemeenten gemaakt voor bevordering van inclusie van inwoners met een psychische beperking. (56)

In de focusgroepen was stigma geen vast onderwerp van gesprek, maar stelden deelnemers het soms zelf aan de orde. Iemand vertelt hoe een bewoner in de straat veel 'verward gedrag' vertoonde en voor overlast zorgde. Zijn buurvrouw raakte daardoor overspannen. *"Ik heb haar geholpen om brieven naar de gemeente te schrijven en de man weg te krijgen. Dat heeft jaren gekost. Maar ik heb de buurvrouw nooit verteld dat ik zelf een ggz-achtergrond heb."* Anderen melden dat sociale contacten in de buurt snel afnemen zodra het wat slechter met hen gaat.

Stigma en zelfstigma worden soms versterkt door zaken die een indirect gevolg zijn van de aandoening, bijvoorbeeld gebrek aan energie, problemen met overgewicht, niet 'gewoon' kunnen werken.

Een deelnemer verwijst naar de neuro-diversiteitsteams in sommige bedrijven. Deze teams richten zich op het passend maken van de werkomgeving en goede begeleiding van mensen met bijvoorbeeld ADHD, dyslexie of hoogbegaafdheid. Deze teams passen in een bredere beweging die neurodiversiteit positief benadert: 'label van stempel naar handvat.' Deze internationale beweging organiseert ook de neurodiversity pride day en de neurodiversity celebration week.

Het is wel zo dat negatieve associaties bij sommige diagnostische labels sterker zijn dan bij andere. *"Mij hielp de diagnose autisme wel. Alles viel op z'n plaats."* *"Ik heb juist moeten vechten om de diagnose borderline uit mijn dossier te krijgen."*

Goede voorbeelden:

- Handreiking welkome wijk (62)
- HOP-training (Honest, Open and Proud)
- CORAL (CONceal or ReveAL), een beslishulp bij de afweging om bij sollicitaties wel of niet iets te vertellen over je psychische klachten.

### **3.18 Geldzorgen**

*"Financiën zijn dé stressfactor. Je hebt een tekort aan geld, je weet niet goed hoe je het moet beheren, je hebt geen overzicht en raakt onzeker; of het is alles tegelijk."*

*"Zolang geldzorgen niet zijn opgelost heb je geen ruimte voor herstel."*

In hoofdstuk 2.3 is al gewezen op de sterke samenhang tussen financiële en psychische problemen. De precieze relatie tussen die twee is meestal niet eenduidig vast te stellen. Het

een versterkt het ander, en andersom. Bovendien geldt dat mensen die veel stress ervaren minder adequaat reageren op problemen die op hun pad komen. Zo kunnen zij snel in een negatieve spiraal komen.

Geldzorgen hebben niet alleen te maken met armoede en schulden, maar ook met voortdurende onzekerheid over de eigen financiële situatie nu en in toekomst. Die onzekerheid kan bij psychische problemen toenemen door (dreigend) verlies van werk of door minder energie en concentratie om eigen geldzaken goed te regelen.

Financiële problemen hangen ook sterk samen met een ongezonde leefstijl en eenzaamheid.

In het panel psychisch gezien van het Trimbos-instituut is onderzoek gedaan naar de financiële situatie van mensen met ernstig psychische aandoeningen. (13) 70% van de panelleden heeft een uitkering, 55% leeft onder de armoedegrens, 15% heeft schulden, 19% staat rood en heeft onbetaalde rekeningen. Vier op de tien panelleden weten niet waar ze terecht kunnen voor ondersteuning. Tot slot: 15% heeft nu geen financiële problemen, maar verwacht die wel in de toekomst; en ruim de helft die al problemen heeft, verwacht dat die problemen alleen maar verder zullen toenemen.

De focusgroepen onderstrepen het beeld dat geldzorgen een belangrijke – vaak de belangrijkste – stressfactor zijn, die psychische problematiek in stand houdt of doet verergeren. Ze geven ook een bevestiging dat de beïnvloeding van financiële en psychische problematiek tweezijdig is. Moeilijk om kunnen gaan met geld en makkelijk te veel uitgeven hoort soms bij psychische problematiek. Je kunt van mensen met psychische problemen ook niet altijd verwachten dat zij overzicht hebben over alle regelingen of dat zij hun eigen financiën goed op orde hebben. Een enkeling haalt een voorbeeld aan van cliënten die slachtoffer zijn geworden van zorgfraude en daardoor diep in de schulden zijn gekomen.

*“Het ideaal van zelfredzaamheid is niet voor iedereen van toepassing. Soms moet je mensen toch bij de hand nemen en is bewindvoering een optie.”*

*“Er is een groep die zo kwetsbaar is met geld dat anderen daar misbruik van maken, dat moet je voorkomen.”*

Het wegvallen van werk en inkomen als gevolg van psychische problemen kan leiden tot een grote achteruitgang in inkomen en een extra bron van stress. Afhankelijk zijn van een laag inkomen brengt dikwijls weer extra regelwerk en spanningen met zich mee.

*“Ik kom nog slechter uit dan bijstand. Ik ben heel veel met instanties bezig: energiemaatschappij, de verhuurder. Ik kan het zelf regelen, ik heb geen schulden. maar ik ben er de hele dag mee bezig; het is een worsteling, het belemmert mijn herstel, het plezier en het vooruitkijken.”*

Mensen die een buffer opbouwen worden daarvoor soms gestraft, omdat ze dan net niet meer in aanmerking komen voor toeslagen of kwijtschelding van gemeentelijke belastingen.

Door alle ingewikkeldheden is er behoefte aan laagdrempelige ondersteuning, maar die is niet altijd aanwezig of niet snel genoeg. Sommige mensen hebben voorkeur voor ondersteuning van mensen die ervaringsdeskundig zijn op het gebied van ggz of armoede. *“Een vriend van mij zoekt hulp bij de schuldhulpverlening. Maar je moet eerst drie weken wachten voor een adviesgesprek, dan weer weken voor een vervolg. Dat levert extra stress op. De brieven met betalingsherinneringen blijven binnenkomen.”*

Binnen een ggz-behandeling is doorgaans weinig aandacht voor de invloed van financiële problemen. Als je hulp krijgt van een FACT-team is de kans wel een stuk groter. De verwachtingen van deelnemers van focusgroepen lopen soms uiteen, maar de minimale wens is wel dat ggz-hulpverleners financiële problemen signaleren en adequaat doorverwijzen naar passende hulp.

Sommige ggz-instellingen hebben eigen maatschappelijk werkers in dienst, maar behandelaren weten dat niet altijd of laten na daarnaar te verwijzen. *“Als cliëntenraad weten we beter wat er binnen de instelling te koop is dan zij.”*

Familieleden delen soms in de geldzorgen en moeten soms ook het roer omgooien. Tegelijk zijn ze vaak een belangrijke steun in financiële zaken. Sommige vrienden en familieleden komen voor dilemma's te staan als hun naaste in geldnood komt. Moeten ze bijspringen of niet? In die situaties is er behoefte om met iemand te kunnen sparren.

*“Mijn partner werd ziek. Dat heeft een enorm effect gehad op onze financiën; 70 procent van het inkomen viel weg. Ik ben gestopt met werken om goed voor mijn man en kinderen te zorgen. Het was een keuze voor een gezond gezinsleven, maar met weinig geld.”*

*“Onze dochter had in principe voldoende om van te leven, maar had vanwege verslaving hoge kosten. Het is een dilemma voor ouders of je dan bijspringt en hoe. We gaven haar wel in natura dingen. Zulke onderwerpen zou je met een behandelaar willen bespreken.”*

Gemeenten kunnen mensen in financiële nood op verschillende manieren helpen: via de bijzondere bijstand, via voorlichting en hulp bij financiële regelingen, via kortingen voor bijvoorbeeld openbaar vervoer, of via een Stadspas. Iedere gemeente heeft daarin een eigen beleid. *“Onze gemeente heeft geen stadspas, want dat vinden ze inkomenspolitiek.”*

Goede voorbeelden uit de focusgroepen:

- Stadspassen met allerlei voordelen voor activiteiten op het gebied van sport en cultuur.
- Een 'potjestest' in gemeente Dordrecht om mensen te informeren en te helpen over alle soorten financiële regelingen waar ze mogelijk gebruik van kunnen maken.
- GGZ Breburg adviseert cliënten actief over het dubbel eigen risico, wanneer een behandeling doorloopt van het oude naar het nieuwe jaar. Indien passend wordt meegedacht hoe een behandeling nog in het oude jaar kan worden afgerond.

### 3.19 Werk, opleiding en dagbesteding

Het belang van werk voor mentale gezondheid is bijna onomstreden. Werk draagt bij aan dagstructuur, sociale contacten, verbinding met de samenleving, het gevoel van eigenwaarde en – als het genoeg betaalt – bestaanszekerheid. De meeste van deze voordelen kunnen ook gelden bij vrijwilligerswerk, een opleiding of zinvolle dagbesteding.

Het voert hier te ver om op alle aspecten van werk en dagbesteding in te gaan. We beperken ons tot een aantal zaken die in de focusgroepen nadrukkelijk aan de orde zijn gekomen. Allereerst: de wens om (meer) te werken is bij veel deelnemers groot. Alle hiervoor genoemde redenen spelen daarbij een rol. Niet meer kunnen of mogen werken doet veel met je zelfbeeld en met het beeld dat de samenleving van je heeft. Afgeschreven worden voor werk, vooral als je jong bent, drukt een negatief stempel op de rest van je leven. Sommige deelnemers hebben moeten knokken tegen het idee dat ze niet zouden kunnen werken of dat het niet goed voor hen zou zijn.

*“Ik kreeg een uitkering toen ik 24 was. ‘Die is voor de rest van je leven’. Dat doet veel met je zelfbeeld, het tast je zelfvertrouwen aan. Je gaat jezelf er ook naar gedragen. Je hoort er niet meer bij. Andere mensen zeggen: jij houdt alleen maar je hand op. Ik heb zelf weer een gevoel van eigenwaarde moeten terugvinden. Ik doe nu vrijwilligerswerk. Als ik uit de WAJONG wil zou ik fulltime moeten werken, dat red ik niet.”*

*“Werk heb ik nodig om het leefbaar te houden. (...) Vorig jaar kreeg ik een terugval. Mijn psycholoog gaf advies om uitgebreide therapie te doen. Ik koos toch voor een minder intensieve ambulante therapie, want ik voelde dat ik het nodig had om door te werken.”*

Een essentiële voorwaarde is dat werk passend moet zijn. Passend bij iemands energie en draagkracht, bij iemands talenten en (intellectuele) vaardigheden, bij iemands interesses en toekomstplannen, en bij de omgeving waarin iemand goed gedijt. Instanties die naar werk toeleiden hebben hier vaak te weinig oog voor. Werk wordt dan een doel op zich, maar dat is alleen gedacht op de korte termijn.

De conclusie is dat veel meer maatwerk en flexibiliteit nodig zijn in het aanbod aan werk, in de regelgeving, en in de werkwijze van UWV en andere instanties. Meer waardering voor mensen met een klein werkcontract of vrijwilligerswerk is ook gewenst.

*“Zij willen je alleen begeleiden richting kans-beroepen. Ik kon geen opleiding doen die aansluit bij wat ik interessant vind. Het re-integratiebureau hoorde mij ook niet. Dan denk ik wel eens: bekijk het maar, ik blijf wel op de bank zitten.”*

*“Ik doe vrijwilligerswerk met mensen. Het doet me veel goed, ik voel me nuttig, ben van betekenis voor anderen en leer mezelf beter kennen. Ik help nu mensen, deed eerder werk waarin ik alleen op kantoor zat. Maar soms vragen mensen: wat doe je verder voor werk of wat heb je gestudeerd? Als ik dan iets meer over mezelf vertel, valt het stil.”*

Enkele cliëntenraden melden dat het aanbod dagbesteding in de afgelopen jaren sterk is afgenomen. Andere knelpunten die genoemd zijn: te weinig dagbesteding voor hoger opgeleiden en (te) gemengde groepen waardoor sommige mensen zich niet meer thuis voelen. Gemengd betekent dan bijvoorbeeld mensen met psychische beperkingen, verslaving, een licht verstandelijke beperking en/of NAH bij elkaar.

Ruim twee jaar geleden ontstond veel onrust over dagbesteding, omdat bleek dat die in veel gevallen ten onrechte vanuit de zorgverzekeringswet betaald werd. Vanaf 2022 zou dit niet meer mogelijk zijn en gemeenten werd gevraagd om die dagbesteding over te nemen. Maar gemeenten wilden die garantie niet geven, deels om financiële redenen ('we kunnen het niet betalen') deels om inhoudelijke redenen ('traditionele vormen van doelgroep specifieke dagbesteding passen niet bij onze visie op herstel en inclusie'). Het zou om duizenden cliënten gaan die mogelijk hun dagbesteding zouden verliezen, maar er is nooit goed in beeld gebracht wat er in 2022 echt veranderd is.

Het verlies aan traditionele dagbesteding is waarschijnlijk deels gecompenseerd door nieuw aanbod van zelfregie- en herstelcentra en andere algemene voorzieningen. De vraag is of dit nieuwe aanbod groot genoeg is en voldoende aansluit bij alle (sub)doelgroepen in de ggz.

*"Het aanbod van dagbesteding is er gewoon niet meer sinds dat naar de Wmo is overgegaan. Dit betekent dat meer mensen thuis zitten en er minder sociale contacten zijn.*

*Een dag voor kerst werd aangekondigd dat de dagbesteding per 1 januari zou stoppen."*

*"De stap naar een herstel- of zelfregiecentrum is te groot voor mij." "Voor mijn man ook."*

#### **D. Overig**

### **3.20 Naastbetrokkenen**

De literatuur is eenduidig over het belang van het betrekken van naasten bij mentale gezondheid en leefstijlinterventies. (2,18-3,20) Naasten moeten zo goed mogelijk betrokken worden bij het zorgproces en zo nodig zelf ondersteuning krijgen, zodat zij zelf overeind blijven en kunnen bijdragen aan herstel en een gezonde leefstijl van hun naaste. Bij interventies op het gebied van voeding en beweging wordt benadrukt hoe belangrijk support en meedoen van naasten kan zijn. In de concepttekst van de generieke module leefstijl staat: *"Ga samen met de patiënt en zijn naaste in gesprek over haalbare doelen, de ondersteuning die een naaste daarbij kan bieden en stimuleer de omgeving om te helpen en acceptatie te tonen."*

Er is aandacht nodig voor organisatorische en praktische belemmeringen bij naasten om hulp te bieden, maar ook vaardigheden in de omgang met de cliënt (psycho-educatie).

In het GALA-akkoord is afgesproken dat gemeenten mantelzorgers extra gaan ondersteunen en dat zij samen met zorgverzekeraars gaan werken aan zwaardere vormen van respijtzorg.

De focusgroepen hebben het belang van naasten bij mentale gezondheid en leefstijl nadrukkelijk onderstreept. Cliënten en naasten zijn eenduidig: *"Mijn relatie is heel*

*belangrijk, een motivatie om niet terug te vallen. Nu kom ik na een opname weer thuis.”*  
Andersom klinkt soms duidelijk het gemis, als er geen naasten zijn of als ze wegvallen: *‘Ik heb geen partner, geen kinderen, geen netwerk of praktisch vangnet, dat maakt het heel lastig.’* *“Ik ben gescheiden, ik kan mijn kinderen bijna niet meer zien, ze staan onder toezicht. (...) Toen mijn vader overleed ben ik helemaal gebroken.”*

Betrokkenheid van naasten bij mentale gezondheid en leefstijl heeft volgens deelnemers meerwaarde op verschillende punten:

- Kennis van de geschiedenis en de context die helpt om haalbare doelen te stellen.
- Mentale ondersteuning van de cliënt om met gezondheid en leefstijl aan de slag te gaan.
- Praktische ondersteuning bij leefstijlveranderingen. *“Als je samenleeft met iemand is het makkelijker om je aan een gezonde leefstijl te houden.”*

Meestal gaat het bij naasten om een partner, ouders, kinderen of andere gezinsleden. Maar ook vrienden en burens worden genoemd. Het is essentieel dat cliënten zelf aangeven welke naasten bij hun behandeling of leefstijlverandering betrokken moeten worden.

Zowel veel cliënten als naasten zien dat de ggz naasten beter betreft dan in het verleden. Maar het kan en moet nog veel beter. *“De deur zit niet meer helemaal op slot, maar ik heb nog niet het idee dat we het samen doen. Onze dochter wilde gegevens wel delen, maar ze schermde toch met de plicht tot geheimhouding.”*

Concrete wensen zijn:

- Meer betrokkenheid bij behandelplan, signaleringsplan e.d.
- Bereikbaarheid van hulpverlening buiten kantooruren.
- Iemand van de hulpverlening om mee te sparren in moeilijke situaties.
- Psycho-educatie voor naasten (zie ook hoofdstuk 3.11).
- Aandacht voor gevoeligheden binnen familierelaties. Zaken als schaamte, verdriet, teleurstelling, zorgen spelen vaak een rol. Het is belangrijk dit soort gevoelens bespreekbaar te maken; of dat cliënt en naaste ieder een eigen plek hebben waar ze hierover kunnen praten. *“We zijn best wel een hechte familie, maar over mijn psychische problemen spreek ik liever niet. Mijn vader kan het niet begrijpen. Ik kan het toch niet uitleggen. Er spelen gevoelens van schaamte, dat ik mijn ouders teleurgesteld heb. (...). Het heeft heel lang geduurd voordat een psychiater ons bij elkaar heeft gezet en toen leverde het weinig meer op.”*

Goede voorbeelden die in de focusgroepen genoemd zijn:

- Eigen Kracht Centrale/Conferenties.
- Werken met resourcegroepen.
- Oudercursus Samen Sterk.

### 3.21 Digitale hulp bij een gezonde leefstijl

De inzet van e-health bij interventies voor een gezonde leefstijl zal naar verwachting een grote vlucht krijgen. E-health kan worden ingezet voor (18-16):

- Psycho-educatie: teksten on line, animaties, video's, serious gaming.
- Het monitoren van leefstijlvariabelen: denk bijvoorbeeld aan apps waarmee je slaapgedrag, stress, bloeddruk, beweging, enzovoort kunt bijhouden.
- Interactieve behandeling. Er zijn online-behandelmodules voor begeleide en onbegeleide zelfhulp of blended behandeling.

Het aanbod van e-health op het gebied van leefstijl is groot en groeit snel. Slechts een klein deel is specifiek gericht op ggz-cliënten. Het onderzoek naar effectiviteit en klanttevredenheid van e-healthtoepassingen loopt bovendien altijd achter. Voor zover er onderzoek gedaan is bij ggz-cliënten, geven die vooral hoopvolle resultaten voor e-health in combinatie met sessies psycho-educatie, trainingen of peer support. Losse e-healthtoepassingen lijken minder succesvol.

Voordeel van e-health binnen een behandeling is dat er meer flexibiliteit in de behandeling komt. De cliënt kan zijn eigen momenten en eigen tempo bepalen en krijgt daardoor meer regie. De zorg op afstand maakt het ook makkelijker om naasten bij de behandeling te betrekken.

Aandachtspunten voor de behandelaar bij gebruik van e-health zijn (18-16, 45):

- Eigen kennis over en affiniteit met e-health.
- Privacywaarborgen.
- Kwaliteit (CE-keurmerk).
- Gericht keuzes maken, bij voorkeur voor een beperkt aantal interventies.
- Inbedding is een breder aanbod van behandeling en begeleiding.

Voorwaarden bij de cliënt zijn:(digi)taalvaardigheid, affiniteit, beschikking hebben over de juiste apparatuur. E-health is zeker niet passend voor iedere cliënt

Een van de speerpunten van het team patiënten binnen de Coalitie Leefstijl in de Zorg is vindbaarheid, toegankelijkheid en betrouwbaarheid van online informatie over leefstijl. (50) Een vertegenwoordiger van MIND maakt deel uit van dit team.

In de focusgroepen is weinig gesproken over e-health en digitale hulp. Terloops meldden deelnemers wel dat ze gebruik maken van informatie op internet, een beweegapp of een online training. *“Sinds kort doe ik via House in Motion online mee met pilates.”*

In een focusgroep is digitalisering en digitale hulp uitvoeriger aan de orde geweest.

Deelnemers wezen erop dat nog altijd veel mensen, ook jongeren, niet digitaalvaardig zijn.

Sommige mensen hebben weerzin tegen digitale middelen of nemen er bewust afstand van.

Zij hebben bijvoorbeeld bewust geen smartphone, omdat die te veel prikkels geeft.

Daarnaast is een computer of dure smartphone voor sommige mensen simpelweg te duur.



De boodschap uit deze focusgroep is dat er altijd keuzevrijheid moet zijn en een gelijkwaardig alternatief voor digitale hulp of informatie.

*“Schaamte speelt een rol. Je raakt steeds meer buitengesloten, want overal heb je een app voor nodig en steeds een andere. Donder op met je app. Mijn telefoon kan al die apps niet aan.”*

### 3.22 Cliëntondersteuning

Een onderliggend thema dat in de focusgroepen veelvuldig aan de orde is gekomen is de behoefte aan cliëntondersteuning. Iemand die naast je staat, die je de weg wijst naar de juiste voorzieningen, en die helpt je eigen regie te vergroten.

Het belang van goede cliëntondersteuning bij mensen met (ernstig) psychische aandoeningen is extra groot omdat zij vaak te maken hebben met:

- Problemen op meerdere levensgebieden.
- Een ingewikkeld, versnipperd zorgsysteem; en complexe regelgeving in het sociaal domein als je bijvoorbeeld te maken hebt met een uitkering, toeslagen, enzovoort.
- Perioden waarin zij zelf weinig regelvermogen hebben vanwege hun aandoening, bijwerkingen van medicatie of continue stress.

Mensen die het meest afhankelijk zijn van ondersteuning van de overheid kunnen die ondersteuning vaak moeilijk vinden of gaan die ondersteuning zelfs mijden.

MIND heeft in het verleden vaak gepleit voor betere cliëntondersteuning. Aandachtspunten daarbij waren: ggz-deskundigheid, ondersteuning op alle levensgebieden, inzet ervaringsdeskundigheid, niet-oordelend en aansluitend op wensen van de cliënt of burger.

*“Vaak is er alleen een website. Je hebt één fysiek loket nodig waar je voor alles terecht kunt; of meerdere loketten die allemaal goed aansluiten.”*

Goede voorbeelden uit de focusgroepen:

- Bij een werktafel van het Haags Steunsysteem kun je alle soorten vragen stellen. Professionals en ervaringsdeskundigen helpen dan mee een antwoord te zoeken.
- Gespecialiseerde cliëntondersteuning. Een schriftelijke bijdrage van een deelnemer van een focusgroep hierover: *“ik zag een oproep voor een pilot levensloopbegeleiding van VAB (Vanuit Autisme Bekeken). Zij bekeken voor het ministerie van Volksgezondheid of levensloopbegeleiding een goede en goedkopere manier van begeleiding is voor mensen met autisme. (...) Ik mocht deelnemen en zelf een levensloopbegeleider kiezen uit hun aanbod. Belangrijk punt! Het idee is dat het beter is voor de cliënt en qua kosten om mensen met autisme (en misschien ook wel met andere psychische kwetsbaarheden) levenslang en levensbreed te begeleiden. Niet alleen hulp bieden als het niet goed gaat, maar het contact op een lager pitje door laten lopen als het goed gaat. Samen met de begeleider bepaal je de inhoud van de gesprekken. Het ging veel over leefstijl. Ik heb met haar een slaapcursus*

*doorgenomen, omdat ik al jaren slecht sliep. Ook voldoende rust nemen kwam regelmatig ter sprake. Ik vond het een zeer prettige vorm van begeleiding, omdat het ook erg gelijkwaardig was.”*

## Hoofdstuk 4: Beleidsperspectief

### 4.1 Landelijk beleid

In het overheidsbeleid is steeds meer aandacht voor het bevorderen van mentale gezondheid, preventie en een gezonde leefstijl. Het besef dat voorkómen beter dan genezen is, speelt daarbij zeker een rol. Maar er is ook een economische noodzaak. De curatieve zorg in Nederland dreigt onhoudbaar te worden vanwege vergrijzing, hoge kosten en personeelstekorten. Ook in de ggz is sprake van een groeiende zorgvraag. Ten slotte is er de constatering dat de gezondheid van de Nederlandse bevolking in bepaalde opzichten daadwerkelijk achteruitgaat. Gezondheidsbevordering, preventie en leefstijl zijn belangrijke pijlers van het Integraal Zorgakkoord (IZA) dat de (nu demissionaire) regering en zorgpartijen in 2022 hebben gesloten.

De coronacrisis heeft in belangrijke mate bijgedragen aan het besef dat onze mentale gezondheid onder druk staat en onderhoud behoeft. Corona en coronamaatregelen hadden een groot effect op het mentale welzijn, vooral bij jongeren. Dat effect werd aanvankelijk onderschat door de regering. Later kwam er meer erkenning voor de impact van de crisis op ons mentale welzijn. Nieuwe crises volgden en er kwam ook meer besef van algemene ontwikkelingen in onze samenleving die een bedreiging kunnen zijn voor onze mentale gezondheid (zie hoofdstuk 2.2). In 2022 lanceerde het kabinet de aanpak 'Mentale gezondheid van ons allemaal'.

Binnen het gezondheidsbeleid is een verschuiving zichtbaar, waarbij naast individuele gedragsverandering de aanpak van maatschappelijke factoren steeds meer een doel wordt. Daarmee ontstaat overlap met andere beleidsterreinen: mental health in all policies. Inmiddels richt een groot aantal overheidsprogramma's zich (mede) op een collectieve aanpak van (mentale) gezondheid. Tegelijk blijven er programma's bestaan die zich vooral richten op individuele gedragsverandering. Een voorbeeld hiervan is de Coalitie leefstijl in de zorg, onderdeel van het IZA.

#### Kritische kanttekeningen

Afgaande op alle beleidsstukken en overheidsprogramma's lijken preventie en gezondheidsbeleid onbetwiste prioriteiten in het overheidsbeleid. Maar daar zijn wel kanttekeningen bij te plaatsen.

Ten eerste: het demissionaire kabinet heeft in zijn laatste begroting fors geschrapt in subsidies voor gezondheidsbevordering en preventie; het bezuinigingsbedrag loopt op tot een miljard euro in 2028. Ruth Peetoom, voorzitter van de Nederlandse ggz, heeft daar in een opinieartikel in de Volkskrant fel tegen geprotesteerd; ook het Trimbos-instituut uitte kritiek. De bezuinigingen gaan onder meer ten koste van de aanpak alcohol- en drugsmisbruik en onderzoek naar preventie en gezondheidsbevordering. *"Bezuinigen op*

*preventie is het domste wat je kan doen... [Het] is in alle opzichten de rekening doorschuiven. Naar later, naar elders of allebei.” (46)*

Veel geld dat naar preventie en gezondheidsbeleid gaat is bovendien tijdelijk geld, terwijl er juist behoefte is aan structurele, langdurige financiering. Een voorbeeld van tijdelijke financiering zijn de middelen die beschikbaar zijn gesteld in het kader van het integraal zorgakkoord.

Hoewel een domeinoverstijgende aanpak gepredikt wordt is de versnippering in organisatie en financiering nog steeds een knelpunt. Er zijn wel initiatieven vanuit de overheid om zorgverzekeraars en zorgkantoren meer ruimte te geven om te investeren in preventie, maar de vraag is of dat voldoende is. *“Succesvolle pilots (...) overstijgen wetten, potjes, belangen en budgetten. Daarmee breken ze door de grenzen van ons systeem. Maar zonder grote politieke systeemverandering is zo’n aanpak simpelweg niet landelijk door te voeren. Zelfs goede projecten zijn gedoemd altijd een pilot te blijven.” (12)*

Een laatste kanttekening is de belangrijke rol die voor gemeenten is weggelegd, terwijl die daarvoor onvoldoende middelen krijgen (zie hoofdstuk 4.3).

## **4.2 Landelijke programma’s en netwerken**

Zoals gezegd is er een groot aantal programma’s dat zich (onder meer) richt op gezondheid, preventie en leefstijl. Een belangrijk deel van die programma’s is vanuit de overheid opgezet of wordt door de overheid ondersteund. Er zit veel overlap tussen deze programma’s en er wordt veelvuldig onderling verwezen. De visie en leidende principes achter deze programma’s hebben vaak een grote overeenkomst (zie hoofdstuk 2).

Hier volgt een overzicht van een aantal relevante programma’s en netwerken met steekwoorden over onderdelen die voor MIND of aangesloten organisaties interessant kunnen zijn. Dit overzicht is zeker niet compleet. Er zijn ook enkele programma’s en netwerken opgenomen waarbij de overheid niet betrokken is.

### **Landelijke nota gezondheidsbeleid 2020-2024**

Dit is een gezamenlijke nota van VWS en VNG (1). GGD’en en landelijke kennisinstututen hebben eraan meegewerkt. De nota geeft landelijke prioriteiten op het gebied van publieke gezondheid en geeft richting aan lokaal gezondheidsbeleid van gemeenten. Vier thema’s krijgen voorrang:

1. Gezondheid in de fysieke en sociale leefomgeving. Onder meer aandacht voor groene omgeving, stimuleren beweging, ontmoetingsplekken, bevorderen sociale cohesie.
2. Gezondheidsachterstanden verkleinen. Aandacht voor relatie gezondheid met sociaaleconomische status en opleidingsniveau; mensen met psychische of cognitieve problemen worden genoemd als een van de doelgroepen.
3. Druk op het dagelijks leven bij jeugd en jongvolwassenen. Verwijzing naar psychische problemen. Aandacht voor prestatiedruk, mentale gezondheidsvaardigheden,

aanbod en kwaliteit van interventies voor weerbaarheid en kwaliteit; ook voor selectieve preventie, bijvoorbeeld bij KOPP/KOV. Een aparte ambitie is meer kennis over aard, omvang en determinanten van mentale gezondheid.

4. Vitaal ouder worden. Het gaat om fysieke, psychische, cognitieve en sociale vitaliteit; onder meer bestrijding van eenzaamheid.

### **GALA: Gezond en Actief Leven Akkoord**

Een akkoord van gemeenten, GGD'en, zorgverzekeraars en VWS voor gezond en actief leven met een stevige sociale basis (10). Gemeenschappelijke doelen zijn:

- a) Terugdringen gezondheidsachterstanden (waaronder Kansrijke Start); goed toegankelijk preventie- en zorgaanbod in de wijk; stimuleren gezond gedrag en gezondheidsvaardigheden.
- b) Een gezonde fysieke leefomgeving die uitnodigt tot bewegen en ontmoeten.
- c) Het versterken van (de verbinding met) de sociale basis. Hieronder vallen: mogelijkheden voor elkaar ontmoeten, ontplooiën, ontspannen, elkaar helpen; laagdrempelige ondersteuning (zelfregie, zelfhulp). Gemeenten gaan mantelzorgers extra ondersteunen en gaan met zorgverzekeraars en zorgkantoren de dialoog aan over 'een domeinoverstijgend aanbod van zwaardere vormen van respijtzorg'. Gemeenten maken uiterlijk 2024 een beleidsvisie sociale basis.
- d) Een gezonde leefstijl.
- e) Versterking van de mentale weerbaarheid en mentale gezondheid. Inzetten erkende/kansrijke interventies; laagdrempelige ondersteuning; werken vanuit levensloopbenadering en leefomgevingen (zie hoofdstuk 2.4 en 2.5); vooral aandacht voor jongeren (12-27 jaar) en kwetsbare groepen. Gemeenten stimuleren om met partners en inwoners beleid verder uit te werken.
- f) Vitaal ouder worden.
- g) Domein-overstijgende inzet vanuit een regionale preventie-infrastructuur. Niet-vrijblijvende samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Er worden regiobeelden gemaakt en regionale afspraken over preventie en gezondheidsbevordering; daarbij maken regio's een selectie van risicogroepen en patiënten voor wie een ketenaanpak nodig is. Zorgverzekeraars en gemeenten stellen hun inkoopbeleid op elkaar af.

Gemeenten kunnen geld aanvragen voor uitvoering van GALA-activiteiten via de SPUK-regeling (specifieke uitkering). Het geld waar gemeenten aanspraak op kunnen maken is afhankelijk van het aantal inwoners en het aantal inwoners met gezondheidsachterstanden.

### **Aanpak 'Mentale gezondheid: van ons allemaal**

Gezamenlijke aanpak van ministeries VWS, OCW en SZW (3). Drie doelen:

1. Belang mentale gezondheid bespreekbaar en zichtbaar maken; voor individu én maatschappij.
2. Inzetten op gezondheid en preventie; het bieden van laagdrempelige ondersteuning waar gewenst.
3. Handvatten om met eigen mentale gezondheid aan de slag te gaan én oog te hebben voor mentale gezondheid van anderen.

Vijf actielijnen (deze overlappen deels met de gezonde leefomgevingen van het Trimbos-instituut; zie hoofdstuk 2.4) :

1. Mentaal gezonde maatschappij. Bewustzijn bevorderen: Nederlanders praten met elkaar over mentale gezondheid en factoren in persoon, omgeving en samenleving die daar invloed op hebben. Maatschappelijk debat over prestatiecultuur. Samenwerking met sport en cultuur.
2. Mentaal gezonde buurt. Laagdrempelige ondersteuning bij lichte klachten en inloopmogelijkheden; activiteiten voor beweging, ontmoeting, zingeving; acties tegen eenzaamheid; versterking lokaal gezondheidsbeleid: implementatie effectieve (leefstijl)interventies; extra aandacht kwetsbare groepen; gezonde, groene leefomgeving.
3. Mentaal gezond onderwijs. Een veilig en kansrijk school/studieklimaat, weerbaarheid om goed om te kunnen gaan met alledaagse uitdagingen en toenemende prestatiedruk.
4. Mentaal gezond aan het werk. Oog voor en ondersteuning van mentale vitaliteit; preventie burn-out; maatschappelijk debat over werkdruk.
5. Mentaal gezond online. Inwoners zijn mediawijs en kunnen digitale balans houden. Aansluiting online en offline ondersteuning voor mentale gezondheid.

De aanpak is een 'groeidocument' en zal samen met de doelgroep en partners uit het veld verder worden uitgewerkt en geconcretiseerd. Er zal ook overleg zijn over wat samen nodig is voor kennisontwikkeling, implementatie en monitoring.

### **Europees beleid**

Ook in Europa is mentale gezondheid een beleidsprioriteit. De Europese Commissie heeft een aanpak mentale gezondheid gelanceerd. Hierin staan drie principes centraal: 1) toegang tot adequate en effectieve preventie; 2) toegang tot hoogwaardige en betaalbare mentale gezondheidszorg en behandeling; en 3) het in staat zijn om te re-integreren in de samenleving na herstel. (47)

De Nederlandse regering constateert dat de aanpak aansluit op het eigen beleid. Het is echter nog onduidelijk wat de precieze meerwaarde zal zijn, ook omdat er onduidelijkheid is over het beschikbare budget en de verdeling ervan. Er is in ieder geval geld gereserveerd in het Healthier Together Initiatief. Daarnaast zijn er verschillende bestaande fondsen in Europa waarvan Nederland al gebruik maakt voor projecten op het gebied van mentale gezondheid: Horizon Europe, EU4Health, Eurostars, Erasmus+.

### **Green deal duurzame zorg**

Een overeenkomst van een aantal ministeries met een groot aantal zorgpartijen, waaronder de Nederlandse ggz. Doel is de zorg in Nederland duurzamer te maken. Een concreet onderdeel – onder veel meer – is een website van RIVM met informatie over onderzoek en praktijkvoorbeelden t.b.v. duurzame zorg. (42) Praktijkvoorbeelden zijn geordend naar thema: natuur, voeding, architectuur. Er zijn vier praktijkvoorbeelden opgenomen vanuit de ggz. Daarin wordt ook ingegaan op betrokkenheid van cliënten/bewoners en naasten.

### **Programma ‘Een thuis voor iedereen’**

Het programma ‘Een thuis voor iedereen’ (48) richt zich op huisvesting voor verschillende aandachtsgroepen, waaronder dak- en thuislozen en mensen die uitstromen uit een instelling. Er zijn vier actielijnen:

- Voldoende passende woningen: 250.000 extra sociale huurwoningen tot en met 2030.
- Een evenwichtige verdeling: 30% sociale huurwoningen per gemeente.
- Combineren wonen, zorg, werk en welzijn.
- Preventie: voorkomen dat mensen in de knel raken.

Alle gemeenten moeten een woonzorgvisie opstellen waarin hun beleid t.a.v. wonen, zorg en ondersteuning is vastgelegd. Gemeenten moeten regionaal samenwerken en prestatieafspraken maken over het aantal woningen dat zij beschikbaar stellen voor verschillende aandachtsgroepen.

In relatie met dit programma is in 2022 een coalitie gevormd van VNG en landelijke koepelorganisaties (waaronder MIND) om samen te werken op het gebied van wonen, zorg en welzijn. De coalitie organiseerde regionale en landelijke leernetwerken en heeft een magazine uitgebracht met goede voorbeelden voor leefbare en vitale wijken. (15) Hiermee wilden de organisaties hun eigen achterbannen stimuleren en inhoudelijk voeden voor het opstellen van woonzorgvisies. De gezamenlijke werkgroep is nog steeds actief en momenteel (begin 2024) wordt financiering gezocht voor een vervolg van de activiteiten.

Wonen en woonomgeving is ook een van de thema's van het waardenetwerk Volwaardig Burgerschap van de Nederlandse ggz. Daar vindt uitwisseling plaats tussen zorgaanbieders, gemeenten, woningcorporaties en cliëntvertegenwoordigers.

### **Nationaal programma leefbaarheid en veiligheid**

Dit is een langdurig programma in twintig stedelijke gebieden op het gebied van wonen, leefomgeving en arbeid (14). Er zijn drie doelen:

- Verbeteren fysieke leefomgeving.
- Bieden van een beter perspectief (vooral jongeren in relatie tot werk, opleiding, schulden).
- Het vergroten van veiligheid en tegengaan criminaliteit.

Onder veel meer wordt ingezet op:

- Intensiveren aanpak geldzorgen, armoede en schulden.
- Onderzoek naar andere werkwijzen in de Participatiewet.
- Versterken van de veerkracht van personen en groepen in kwetsbare omstandigheden.
- Terugdringen gezondheidsachterstanden met een integrale preventieve aanpak. De lokale aanpak op mentale gezondheid, gezonde leefstijl, sport en bewegen wordt versterkt.

De precieze accenten verschillen per stedelijk gebied.

### **Programma een tegen eenzaamheid**

Het programma is op initiatief van de overheid in 2018 ontstaan en is inmiddels verlengd tot 2025. (43) De samenhang met mentale gezondheid krijgt veel aandacht in het programma. Eenzaamheid is het grootst bij mensen met langdurige psychische problemen: 81 procent. Er is een landelijke coalitie tegen eenzaamheid met 169 partijen (bedrijven, kerken, sportorganisaties, woningcorporaties, enzovoort).

Het actieprogramma 2022-2025 heeft drie actielijnen:

1. Meer bewustwording in de samenleving.
2. Meer maatschappelijk initiatief; door activering van de coalitiepartijen en van sectoren als kunst, cultuur en sport.
3. Alle gemeenten een lokale aanpak. 260 gemeenten zijn al aangesloten bij het programma. Het programma faciliteert en ondersteunt gemeenten bij de ontwikkeling van een eigen aanpak.

Het programma benadert eenzaamheid in een brede context: *“Eenzaamheid hangt samen met tal van maatschappelijke opgaven zoals het creëren van een stevige sociale basis, het verbeteren van de mentale gezondheid, het tegengaan van armoede, de inrichting van de fysieke leefomgeving, het werken aan gezondheidspreventie en het stimuleren van vrijwilligerswerk. Deze opgaven dragen bij aan een oplossing voor de eenzaamheid van mensen of bieden juist preventief bescherming tegen eenzaamheid.”*

### **Programma Gezond-In**

Een stimuleringsprogramma van Pharos en Platform 31 (49), gefinancierd door VWS, en in samenwerking met gemeenten en veel landelijke en regionale partners. Het doel is het versterken van een lokale aanpak voor het verkleinen van gezondheidsverschillen.

Vijf sporen:

- Fysieke omgeving: veilige buurt, groene buurt, goede kwaliteit woningen.
- Gedrag en vaardigheden. Weten hoe je gezond wordt en blijft. Sterk gericht op voorlichting aan laaggeletterden over voeding, roken, slapen, omgaan met stress, enz.
- Participatie. Werk, opleiding, maatschappelijke participatie; voorkómen van schulden.



- Preventie en zorg. Samenwerking huisartsen, buurt- en wijkteams; toegankelijke ondersteuning, preventie en zorg; versterken sociale basis, toeleiding naar hulp.
- Sociale omgeving. Ontmoetingsplekken, vrijwilligerswerk, ondersteuning mantelzorgers, buurtactiviteiten.

De stimulering bestaat vooral uit een kennisbank en het gratis beschikbaar stellen van ondersteuning. Adviseurs van het programma helpen bij het ontwikkelen van visie, beleid en vertaling daarvan naar werkbare plannen en activiteiten. Vooral gemeenten maken hier gebruik van.

### **Coalitie Leefstijl in de Zorg (onderdeel Integraal Zorgakkoord)**

De coalitie wil de inzet op gezonde leefstijl een integraal onderdeel maken van de reguliere zorg voor mensen met een gezondheidsklacht, aandoening of ziekte. Ook binnen de ggz.

Er zijn meerdere teams, waaronder:

- Team richtlijnen: integreren leefstijl als behandelingsoptie binnen zorgstandaarden en professionele richtlijnen. Laagdrempelige uitvoering van leefstijlinterventies met ondersteuning van lotgenoten. Deze interventies worden waar mogelijk uitgevoerd in het publieke en sociale domein, waar nodig in eerste, tweede of derde lijn zorg. Gebruikmaken van e-health.
- Team patiënten: Doel is bewustwording bij patiënten van de positieve invloed van een gezonde leefstijl; vervolgens aan de slag met een gezonde leefstijl en dit ook volhouden. Handvatten om het gesprek aan te gaan met de zorgverlener; betere beschikbaarheid van informatie. Eerste stappen zijn om in kaart te brengen wat behoeften van patiënten zijn aan informatie, advies en ondersteuning, wat hun zoekgedrag op internet is, en welke gesprekstoets al beschikbaar zijn.
- Team praktijkimplementatie en kwaliteit: professionals handelingsperspectieven bieden om leefstijl effectief in te zetten (tools, vaardigheden, verwijsmogelijkheden). Ondersteuning bij integratie van leefstijl binnen organisatie en inrichting van de zorg.

Gelinkt aan de coalitie is een subsidieprogramma van ZON MW dat loopt tot 2028. Begin 2024 is er een subsidieronde voor implementatie van leefstijl in de zorg. Projecten dienen bij te dragen aan het oplossen van belangrijke knelpunten om leefstijl effectief en duurzaam te implementeren. Om voldoende focus aan te brengen binnen deze subsidieronde zijn er drie thema's gedefinieerd:

1. Opleiden & professionalisering.
2. Financiering.
3. Organisatie van de zorg

NB: de informatie over dit programma verwijst vooral naar somatische zorg. Ook het taalgebruik op de website sluit nog niet zo goed aan op de ggz; bijvoorbeeld: “.. leefstijlinterventies verdienen dan ook een gelijkwaardige plaats in de curatieve zorg, naast medicatie en medische ingrepen.”

### **Meerjarenprogramma depressiepreventie**

Doel van het programma is in 2030 30 procent minder depressie t.o.v. 2017.

Er zijn zes hoogrisicogroepen benoemd: jongeren, zwangere en pas bevallen moeders, werkenden in stressvolle beroepen, huisartspatiënten, mantelzorgers en mensen met een chronische aandoening. Voor deze groepen wordt een sluitende ketenaanpak ontwikkeld en geïmplementeerd: bewustwording, vroegsignalering, toeleiden naar (preventieve) interventies, innovatie/doorbraakprojecten, ondersteuning zelfmanagement en onderzoek/monitoring.

De publiekscampagne 'Hey, het is oké' is onderdeel van het meerjarenprogramma. Deze campagne is inmiddels verbreed naar andere psychische aandoeningen.

In prevalentiecijfers is nog geen resultaat terug te zien van het programma. Maar tot nu toe lag de energie vooral bij de ontwikkeling van de ketenaanpak. Nu is de fase van implementatie aangebroken.

### **Waardenetwerk Verslaving en Gezonde leefstijl**

Het waardenetwerk gaat uit van de Nederlandse ggz, maar staat ook open voor ervaringsdeskundigen en anderen die 'affiniteit hebben met leefstijl en verslaving'. (53)

Concrete doelen zijn:

- Leefstijl een vast onderdeel van de behandeling maken.
- Een rookvrije ggz in 2025.
- Duurzame en gezonde voeding in 2026.
- Een sport- en beweegaanbod voor cliënten in 2030.

Meer algemeen zet het waardenetwerk zich in voor bewustwording bij cliënten, medewerkers en naasten; voor het voorkomen van riskant middelengebruik; en aandacht voor leefstijl d.m.v. scholing, kennisontwikkeling, ontwikkeling van tools/modules/producten en aanjagen innovaties.

Belangstellenden kunnen zich aansluiten bij het waardenetwerk. Er is een on- en offline platform voor kennisuitwisseling en vergroten vaardigheden. Het netwerk organiseert webinars, bijeenkomsten en een jaarlijks festival.

### **Waardenetwerk Volwaardig Burgerschap**

Een gelijksoortige opzet als het Waardenetwerk Verslaving en Gezonde Leefstijl. Het netwerk is open toegankelijk en heeft als doel verbinding tussen de ggz en het sociaal domein te versterken. (54) Elk kwartaal is er een bijeenkomst voor uitwisseling en presentatie van goede voorbeelden. Binnen het waardenetwerk zijn vier themagroepen:

- Herstelgericht werken en gelijkwaardigheid.
- Netwerksamenwerking (ggz-sociaal domein-huisartsenzorg).
- Wonen en woonomgeving.
- Werk en zingeving.

## **Federatie voor gezondheid**

De Federatie voor Gezondheid is een netwerkorganisatie die de krachten heeft gebundeld voor een gezonde samenleving. (57) Onder meer brancheorganisaties, beroepsverenigingen, bedrijven en kennisinstituten zijn aangesloten. Activiteiten zijn gericht op agenderen/lobbyen, (het aanjagen van) innovatie, verbinden/netwerken. De federatie organiseert workshops, lezingen en netwerkbijeenkomsten; er is een eigen channel op 1sociaaldomein. Onder de federatie vallen verschillende doe-coalities voor het aanjagen van innovaties. Een van die coalities richt zich op doorontwikkeling van de gecombineerde leefstijlinterventie (zie paragraaf 3.10).

Voorzitter Lea Bouwmeester pleit ervoor dat de burger – niet alleen de patiënt - gesprekspartner wordt in gezondheidsbeleid.

## **4.3 Lokaal beleid**

Gemeenten hebben een bijzonder grote rol in het beleid voor mentale gezondheid, preventie en leefstijl. Veel programma's die hierboven beschreven staan worden uiteindelijk vooral lokaal uitgevoerd, met gemeenten in de regierol of als belangrijkste uitvoerder. De lijst aan taken voor gemeenten is overigens nog lang niet compleet. Denk bijvoorbeeld aan het Actieplan Dakloosheid, de IZA-opdracht voor een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten of de lokale inclusie agenda's in het kader van het VN-verdrag voor mensen met een beperking. Daarnaast zijn er wettelijke taken die voortvloeien uit onder meer de Wet Publieke Gezondheid (collectieve preventie) en de WMO (algemene en maatwerkvoorzieningen, dagbesteding, beschermd wonen, cliëntondersteuning).

Gemeenten krijgen veel verantwoordelijkheden, omdat de gedachte is dat zij dichtbij de burger staan, integraal beleid kunnen voeren en maatwerk kunnen leveren. Gemeenten kunnen makkelijk verbindingen leggen tussen verschillende beleidsterreinen, en tussen algemene en individuele voorzieningen. De verwachting is dat gemeenten meer zullen investeren in preventie en algemene voorzieningen ('de sociale basis'), waardoor bespaard kan worden op dure individuele voorzieningen.

In de praktijk zitten wel wat haken en ogen aan de centrale positie van gemeenten:

- Gemeenten krijgen steeds meer taken, maar hun financiën groeien niet even hard mee. Met name in het IZA is wel extra geld beschikbaar gekomen, maar dat is alleen op tijdelijke basis. Het is dus de vraag of gemeenten alle verwachtingen kunnen waarmaken. De VNG en Divosa hebben in januari 2024 het voorstel gedaan om twee procent van de zorgbegroting naar gemeenten over te brengen.
- De belangrijkste subsidiebron vanuit de rijksoverheid voor gemeenten is de brede SPUK-regeling voor sport en bewegen, gezondheidsbevordering, cultuurparticipatie en de sociale basis. Het is echter onzeker wat met deze regeling gebeurt na 2026. Gemeenten zijn bovendien sterk afhankelijk van regionale samenwerking om aanspraak te kunnen maken op SPUK-gelden. (60)

- Gemeenten hebben grote beleidsvrijheid, waardoor zij in belangrijke mate zelf kunnen bepalen hoe zij hun taken invullen. Die beleidsvrijheid is nodig om maatwerk te kunnen leveren en oplossingen te vinden die passen bij de lokale situatie. Maar beleidsvrijheid leidt ook tot (rechts)ongelijkheid en situaties waarin gemeenten bepaalde taken makkelijk kunnen verwaarlozen. Gemeenten zelf klagen overigens dat zij steeds meer gebonden worden aan landelijke richtlijnen.
- Het aantal programma's voor gemeenten en onderwerpen waarover zij beleidsnota's moeten maken is zo groot, dat je door de bomen soms het bos niet meer ziet. Het leidt tot veel papier en overleg, maar hoe krijg je grip op de uitvoering in de praktijk?
- Veel beleid moet in regionaal verband worden afgestemd. De gemeenten (gemeenteraad en B&W) blijven formeel verantwoordelijk, maar het is niet altijd duidelijk waar de besluiten echt vallen en hoe je daar invloed op krijgt.

Enkele voorwaarden om als cliënt- en naastenorganisaties aan goede lokale en regionale belangenbehartiging te doen:

- Inbreng van ervaringskennis over de uitvoering van bestaand beleid in de praktijk.
- Inzet van ervaringsdeskundigen die namens een grote groep cliënten en naasten kunnen spreken.
- Goede samenwerking tussen cliëntenraden, familieraden, regionale cliëntorganisaties e.d. in de ggz. Goede samenwerking met andere belangengroepen en formele inspraakorganen zoals cliëntenraden sociaal domein.
- Een goed netwerk binnen gemeenten (ambtenaren, wethouders, gemeenteraadsleden).
- Faciliteiten en (financiële) ondersteuning t.b.v. lokale belangenbehartiging.
- Een goed overzicht van de beleidsagenda van de gemeente, zodat je weet waar en wanneer de beste kansen liggen om invloed uit te oefenen. In het algemeen is het belangrijk zo vroeg mogelijk bij de ontwikkeling van nieuw beleid betrokken te zijn.

Een aandachtspunt is dat lokale cliënt- en naastenorganisaties soms een dubbele rol vervullen. Ze behartigen de belangen van hun achterban, maar zijn soms ook afhankelijk van de gemeente voor hun eigen financiering. Het is op z'n minst belangrijk bewust te zijn van die dubbele rol en er zorgvuldig mee om te gaan.

Een ander aandachtspunt is de noodzaak om regionaal goed vertegenwoordigd te zijn. Steeds meer beleid wordt regionaal vormgegeven, waarbij de marktleider zorgverzekeraar en de grootste gemeente het voortouw nemen. Bijvoorbeeld bij regiobeelden en regioplannen die voortkomen uit het integraal zorgakkoord.

Op verschillende plaatsen is vergelijkingsinformatie over gemeenten beschikbaar. De bekendste is [www.waarstaatjeegemeente.nl](http://www.waarstaatjeegemeente.nl), waar je op tal van gebieden cijfers van jouw gemeente kunt vergelijken met die van andere gemeenten en het landelijk gemiddelde.

KPMG en Phrenos ontwikkelen in het kader van de monitor psychische problematiek een 'dynamisch dashboard' met gegevens vanuit ggz en sociaal domein per regio. Dit dashboard zou in 2023 online gaan, maar is nu (februari 2024) nog niet openbaar.

## Bijlage 1: Literatuurbronnen

1. Ministerie van VWS: *Gezondheid breed op de agenda. Landelijke nota gezondheidsbeleid 2020-2024* (2020)
2. MIND: *Focus op Gezondheid. Basisnotitie voor zorgstandaarden ggz* (2018)
3. Rijksoverheid: *Aanpak 'Mentale gezondheid: van ons allemaal'* (2022)
4. H.J.R. Hoenders en A.W. Braam: *De rol van zingeving in de psychiatrie: belangrijk, maar nog onduidelijk* (In: Tijdschrift voor psychiatrie, november 2020)
5. MIND: *Deltaplan mentale gezondheid* (2021)
6. Trimbos-instituut: *Samen werken aan een mentaal gezonde samenleving: Bouwstenen voor mentale gezondheidsbevordering en preventie* (2021)
7. Ministerie van VWS: *Kamerbrief Programma gezonde groene leefomgeving* (2021)
8. RVS: *Een eerlijke kans op gezond leven* (2021)
9. MIND: *brief voor kamerdebat leefstijlpreventie* (november 2021)
10. Ministerie van VWS: *GALA: Gezond en Actief Leven Akkoord* (2023)
11. Zorginstituut Nederland: *Niemand kan het alleen. Signalement passende zorg voor mensen met psychische problemen* (2023)
12. Freyan Bosma e.a.: *Verdwaald in het woud van preventieprojecten* (Artikel in de Groene Amsterdammer, 19-10-2023)
13. Trimbos-instituut: *Financiële situatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen* (Factsheet panel psychisch gezien, 2023)
14. Ministerie van BZK: *Nationaal Programma leefbaarheid en veiligheid* (2022)
15. Magazine *Samenwerken aan leefbare en vitale buurten – Zo doen we dat!* (2022)
16. SER: *Gezond opgroeien, wonen en werken* (2024)
17. Trimbos-instituut: *Effectieve interventies en beleid mentale gezondheid en preventie* (2022)
18. W.Cahn, J.Deenik, J.Vermeulen (redactie): *Leefstijlpsychiatrie* (2022) (Een bundeling van bijdragen van verschillende auteurs. In dit rapport verwijzen we steeds rechtstreeks naar het betreffende hoofdstuk: 18-1, 18-2, ....)

19. Deenik e.a.: *Leefstijl als medicijn in de psychiatrie* (in: Tijdschrift voor psychiatrie, november 2020)
20. Akwa ggz: *Zorgstandaard leefstijl* (concepttekst november 2023)
21. D&B: *Doelgroepenonderzoek patiënten & leefstijl* (in opdracht van Coalitie Leefstijl in de Zorg, 2023)
22. [www.jeleefstijlalsmedicijn.nl](http://www.jeleefstijlalsmedicijn.nl)
23. Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid: *Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid.* (2017)
24. Trimbos-instituut: *Omdat alle mensen ertoe doen.*(2023)
25. D. Vancampfort e.a.: *Effect van bewegen op psychiatrische symptomen en lichamelijke gezondheid bij mensen met psychiatrische aandoeningen; systematische review van recente meta-analyses* (in: Tijdschrift voor psychiatrie, november 2020)
26. C.M.J. van Alphen: *Bewegen en schizofrenie* (in: Tijdschrift voor psychiatrie, november 2020)
27. Oenema e.a.: *Voeding bij psychische aandoeningen gedurende de levensloop; een overzicht van de evidentie* (in: Tijdschrift voor psychiatrie, november 2020)
28. J. Deenik e.a.: *De kunst van de lange adem: implementatie van leefstijlinterventies in de ggz* (in: Tijdschrift voor psychiatrie, november 2020)
29. M. Lancel e.a.: *Slaap: de basis voor een gezonde leefstijl* (in: Tijdschrift voor psychiatrie, november 2020)
30. J.M Vermeulen, W. van den Brink: *Roken in de psychiatrie; van doodnormaal naar 'stop ermee'* (in: Tijdschrift voor psychiatrie, november 2020)
31. NVvP: *Leidraad Rookvrije geestelijke gezondheidszorg in de context van verplichte zorg* (2022)
32. M.J.T. Oud: *Rol van de huisarts bij de leefstijl van patiënten met psychische aandoeningen* (in: Tijdschrift voor psychiatrie, november 2020)
33. K. Hens: *'Je zou wat meer moeten sporten'; de ethiek van leefstijl en geestelijke gezondheid* (in: Tijdschrift voor psychiatrie, november 2020)
34. Podcast *Leefstijl in de ggz* van de Coalitie Leefstijl in de Zorg

35. Phrenos: *Praktijkvoorbeelden somatische screening bij mensen met een psychose of andere ernstige psychische problemen* (2022)
36. Zorginstituut Nederland: *Verbetersignalement zinnige zorg voor mensen met psychose* (2020)
37. Akwa ggz: *Zorgstandaard Somatische screening* (concepttekst, 2023)
38. [www.goalggz.nl](http://www.goalggz.nl)
39. MIND: *Preventie naasten; Achterban enquête onder naasten van mensen met een psychische kwetsbaarheid* (2022)
40. Trimbos-instituut: *Evaluatie medisch noodzakelijk verblijf in de ggz* (2024)
41. GGZ Nederland, MIND, VNG, ZN: *Werkwijzer medisch noodzakelijk verblijf ggz* (2018)
42. [www.rivm.nl/duurzamezorg](http://www.rivm.nl/duurzamezorg)
43. Ministerie van VWS: *Een tegen eenzaamheid, actieprogramma 2022-2025* (2022)
44. Binnenlands bestuur: *Dagbesteding duizenden ggz-cliënten op de tocht* (22 december 2021)
45. L.E.M. Koomen e.a.: *Evidence-based e-healthtoepassingen op het gebied van leefstijl in de psychiatrie* (in: Tijdschrift voor psychiatrie, november 2020)
46. Ruth Peetoom: *Bezuinigen op preventie in de zorg is het domste wat je kunt doen* (opiniebijdrage in de Volkskrant, 3 oktober 2023)
47. Ministerie van VWS: *BNC-fiche alomvattende aanpak mentale gezondheid; en antwoorden op kamervragen hierover* (kamerstukken 2023)
48. Ministerie van BZK: *Programma Een thuis voor iedereen* (2022)
49. Pharos en Platform 31: Informatie Programma Gezond-In: [www.gezondin.nu](http://www.gezondin.nu).
50. Coalitie Leefstijl in de zorg: [www.leefstijlcoalitie.nl](http://www.leefstijlcoalitie.nl) en podcast *Leefstijl en de ggz*
51. ZONMW: subsidieprogramma leefstijlcoalitie, [www.zonmw.nl/nl/programma/leefstijlcoalitie](http://www.zonmw.nl/nl/programma/leefstijlcoalitie)
52. Trimbos-instituut: *Landelijke Monitor Depressie; derde peiling: trends tot en met 2021* (2023)
53. [www.denederlandseggz.nl/verslaving-en-gezonde-leefstijl](http://www.denederlandseggz.nl/verslaving-en-gezonde-leefstijl)



54. [www.denederlandseggz.nl/volwaardig-burgerschap](http://www.denederlandseggz.nl/volwaardig-burgerschap)
55. S. Grenier, E. van Assche: *Pre- en postcorona: korte periode met grote impact op mijn leven* (in: Tijdschrift voor psychiatrie, november 2020)
56. Trimbos-instituut: *Bevordering inclusie van inwoners met een psychische beperking. Handreiking voor gemeenten* (2023)
57. [www.federatievoorgezondheid.nl](http://www.federatievoorgezondheid.nl)
58. Anneke Hiemstra: *Een écht inclusief GALA: bereikbaar of begoocheling?* (in magazine Zorg en Sociaal Web: Het GALA in actie; gemeenten en de toekomst van het sociaal domein (2023)
59. GGZ Totaal: *Rechter zet streep door rookverbod GGzE* (2023)
60. Gwendolyn Boom en Sander van der Krogt: *Brede SPUK: een last of een zegen?* (in magazine Zorg en Sociaal Web: Het GALA in actie; gemeenten en de toekomst van het sociaal domein (2023)
61. Jim van Os e.a.: *Ecosysteem mentale gezondheid en IZA* (2023)
62. Werkplaats Sociaal Domein Arnhem en Nijmegen: *Welkome Wijk Handreiking gebaseerd op het onderzoek 'Welkome Wijk'* (2022)

## Bijlage 2: Gebruikte afkortingen

B&W	Burgermeester en Wethouders
BOR	Bed op Recept
EPA	Ernstig Psychische Aandoening
GALA	Gezond en Actief Leven Akkoord
GGD	Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
GLI	Gecombineerde Leefstijlinterventie
GOAL	Gecombineerde Ondersteuning voor Ambulante Leefstijlinterventies
HIC	High Intensive Care
IZA	Integraal Zorgakkoord
KOPP/KOV	Kinderen van Ouders met Psychische Problemen/Verslavingsproblemen
NAH	Niet aangeboren hersenletsel
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
PMT	Psychomotorische Therapie
PTSS	Posttraumatische stressstoornis
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVS	Raad voor Volksgezondheid en Samenleving
SER	Sociaal Economische Raad
SPUK	Specifieke Uitkering
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WRAP	Wellness Recovery Action Plan
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid