STEUNPUNT
WELZIJN
VOLKSGEZONDHEID &
GEZIN

Vlaanderen
is zorgzaam samenleven

Samen bouwen aan geestelijke gezondheid: de wetenschappelijke onderbouwing van een geïntegreerd beleidskader voor geestelijke gezondheidsbevordering in Vlaanderen

dr. Eva Rens
Annelies Minne
dr. Ruben Willems
prof. dr. Nick Verhaeghe
dr. Evelien Coppens

Maart 2025 - Rapport Nr. 50

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven
Tel 0032 16 37 34 32
E-mail: swvg@kuleuven.be
Website: http://www.steunpuntwvg.be

STEUNPUNT
WELZIJN
VOLKSGEZONDHEID &
GEZIN

Publicatie nr. 2025/16
SWVG-Rapport 50
Titel rapport: Samen bouwen aan geestelijke gezondheid: de wetenschappelijke onderbouwing van een geïntegreerd beleidskader voor geestelijke gezondheidsbevordering in Vlaanderen

Promotor: dr. Evelien Coppens[1]
Copromotoren: dr. Ruben Willems[2], prof. dr. Nick Verhaeghe[2]
Onderzoekers: dr. Eva Rens[1,] Annelies Minne[1]

[1] LUCAS, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy, KU Leuven
[2] I-CHER (Interuniversitair Centrum voor Health Economics Research), UGent

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.

Het consortium SWVG

Deelnemende instellingen - Dagelijks bestuur	
KU Leuven	
· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy	Prof. dr. Anja Declercq Prof. dr. Koen Hermans
· Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Johan Put
· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
UGent	
· Vakgroep Bestuurskunde en Publiek Management	Prof. dr. Bram Verschuere
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. Katrien Vanthomme
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. Jeroen Trybou
Vrije Universiteit Brussel	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Johan Vanderfaeillie
Universiteit Antwerpen	
· Faculteit Sociale Wetenschappen	Prof. dr. Koen Decancq
Partnerinstellingen	
Universiteit Hasselt	
· Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen	Prof. dr. Wim Pinxten
Thomas More Hogeschool	
· Unit Mens & Welzijn	Dr. Peter De Graef
Arteveldehogeschool	
· Sociaal Werk	
Hogeschool Gent	
· Onderzoekscentrum 360° Zorg en Welzijn	
UC Leuven-Limburg	
· Research & Expertise - Expertisecentrum Health Innovation	
Karel De Grote hogeschool	
· Onderzoek en maatschappelijke dienstverlening	
Hogeschool PXL	
· Expertisecentrum PXL Social Work Research	
Odisee co-hogeschool	
· Studiegebied Sociaal-Agogisch Werk	
KeFor	
· Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg	
Coördinatie en secretariaat	
Coördinator SWVG	Dr. Kathleen De Cuyper
Administratieve ondersteuning	Manuela Schröder Lut Van Hoof

STEUNPUNT
WELZIJN
VOLKSGEZONDHEID &
GEZIN

Steunpunt WVG
Minderbroedersstraat 8
B-3000 Leuven
+32 16 37 34 32
www.steunpuntwvg.be
swvg@kuleuven.be

Vlaanderen
is zorgzaam samenleven

Rapport 50 **Maart 2025**

Samen bouwen aan geestelijke gezondheid: de wetenschappelijke onderbouwing van een geïntegreerd beleidskader voor geestelijke gezondheidsbevordering in Vlaanderen

Promotor: dr. Evelien Coppens[1]
Copromotoren: dr. Ruben Willems[2], prof. dr. Nick Verhaeghe[2]
Onderzoekers: dr. Eva Rens[1], Annelies Minne[1]

[1] LUCAS, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy, KU Leuven
[2] I-CHER (Interuniversitair Centrum voor Health Economics Research), UGent

Samenvatting

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSBEVORDERING IN VLAANDEREN

Geestelijke gezondheidsbevordering (GGB) heeft de laatste jaren aan belang gewonnen in het Vlaamse beleid rond Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Het thema is prominent aanwezig in diverse beleidsdocumenten, actieplannen en beheersovereenkomsten. Vandaag zijn er veel actoren actief rond dit beleidsthema, wat zich vertaalt in een waaier aan initiatieven, acties, programma's en projecten. Hoewel deze inspelen op acute en concrete noden, ontstaan hierdoor ook overlappingen, versnippering en onduidelijkheid.

Om deze uitdagingen aan te pakken, wil de Vlaamse overheid een **wetenschappelijk onderbouwd, breed gedragen en meetbaar beleidsplan GGB** ontwikkelen. Dit plan moet structuur brengen in het aanbod, lacunes identificeren en prioriteiten stellen voor de toekomst.

In 2023 voerde LUCAS, in opdracht van het Departement Zorg, een voorbereidende literatuurstudie uit als vertrekbasis voor dit beleidsplan. Daarbij werden relevante en actuele (inter)nationale bronnen met betrekking tot GGB doorgenomen en geanalyseerd en werden de eerste krijtlijnen van het beleidsplan vastgelegd.

DOEL VAN HET ONDERZOEKSPROJECT

Dit onderzoeksproject bouwt voort op de voorbereidende literatuurstudie en heeft als doel om een meer concreet beleidsplan GGB te ontwikkelen in opdracht van en in samenwerking met het Departement Zorg. Het plan dient daarbij in te spelen op actuele noden en uitdagingen in de samenleving.

Het beleidsplan bestaat uit volgende onderdelen:

1. Een missie, visie, strategische ambities per levensfase en leidende principes.
2. Strategische doelstellingen en operationele doelstellingen gericht op relevante determinanten van geestelijke gezondheid.
3. Een portfolio van bestaande acties en voorstellen voor nieuwe acties om hiaten op te vullen.
4. Een overzicht van effectieve en kosteneffectieve interventies om keuzes voor toekomstige acties te ondersteunen.
5. Aanbevelingen en randvoorwaarden om samenwerking en rolverdeling tussen beleidsdomeinen, organisaties en partners te faciliteren.
6. Een set van indicatoren op populatieniveau om de impact van het beleidsplan te evalueren
7. Een methodologisch raamwerk voor de gezondheidseconomische beoordeling van interventies.

PROJECTUITVOERING EN PARTNERS

Het project liep van december 2023 tot november 2024 en was een samenwerking tussen:

- Het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, meer specifiek LUCAS KU Leuven en i-CHER UGent
- Over De Muur
- Möbius
- Het Vlaams Instituut Gezond Leven

Elke partner had binnen dit project een specifieke verantwoordelijkheid. Dit rapport focust op de onderdelen van het beleidsplan waarvoor het Steunpunt WVG (mede) verantwoordelijk was, namelijk de onderdelen 1, 2, 4, 6 en 7 en beschrijft hoe deze onderdelen op basis van het gevoerde onderzoek tot stand kwamen. Een volledig overzicht van het beleidsplan is te vinden in Hoofdstuk 1.

ONDERZOEKSMETHODE

De onderzoekspartners van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid & Gezin gebruikten volgende onderzoeksmethoden om de onderdelen 1, 2, 4, 6 en 7 uit te werken:

1. Een **explorerende literatuurstudie** om de eerste krijtlijnen uit te tekenen, waaronder de definitie van geestelijke gezondheid en de afbakening en leidende principes van het beleidsplan.
2. Een reeks van **drie participatieve sessies met een brede groep van stakeholders** om te komen tot afstemming en gedragenheid over de missie, visie, strategische ambities, en strategische en operationele doelstellingen van het beleidsplan.
3. Een **literatuurstudie** naar belangrijke determinanten die geestelijke gezondheid beïnvloeden.
4. Een **review van reviews ('umbrella review')** om effectieve en kosteneffectieve interventies te identificeren.

5. Een **analyse van databronnen (o.a. herhaalde representatieve bevragingen, registraties)** in België om potentiële indicatoren uit te distilleren.
6. **Afstemming met experten vertrouwd met indicatoren** om een set van indicatoren voor te stellen die de impact van het beleidsplan op termijn kan evalueren.
7. Een **literatuurstudie en selectie van instrumenten** om een methodologisch raamwerk voor de gezondheidseconomische evaluatie van toekomstige interventies te ontwikkelen.
8. **Afstemming met experten** via een schriftelijke feedbackronde en diverse meetings per levensfase om de wetenschappelijke validiteit te verzekeren.

DEFINITIE, SCOPE EN AFBAKENING VAN HET BELEIDSPLAN GGB

Het beleidsplan GGB hanteert de **definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie** die geestelijke gezondheid beschrijft als:

"Een integraal onderdeel van gezondheid en welzijn, medebepalend voor ons individueel en collectief vermogen om beslissingen te nemen, relaties op te bouwen en de wereld waarin we leven vorm te geven"[1].

Meer specifiek verwijst geestelijke gezondheid naar een toestand van mentaal welbevinden waarin mensen: (1) kunnen omgaan met uitdagingen in het leven; (2) hun competenties realiseren; (3) goed leren en werken; en (4) bijdragen aan de samenleving.

De afbakening van het beleidsplan GGB is gebaseerd op het **twee-continua-model van Keyes (2005)** en **de typologie van Arango et al (2018)**.

Het **model van Keyes (2005)** vat geestelijke gezondheid op als een wisselwerking tussen twee afzonderlijke maar gerelateerde dimensies: (1) de aan- of afwezigheid van psychische problemen en (2) een hoog of laag niveau van mentaal welbevinden. Deze dimensies vormen samen vier kwadranten waarin mensen zich bevinden en waartussen ze doorheen hun leven kunnen evolueren:

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

Het beleidsplan GGB richt zich op alle vier kwadranten en legt daarbij de nadruk op het verhogen van het mentaal welbevinden. **De focus ligt niet op het aanpakken van bestaande psychopathologie, maar op het verbeteren van het mentaal welbevinden van de gehele bevolking, inclusief mensen met psychopathologie.**

De **typologie van Arango et al.[5] (2018)** is een veelgebruikt kader om strategieën, programma's en maatregelen om geestelijke gezondheid te bevorderen en psychische problemen aan te pakken op te delen. Het kader onderscheidt zes types van preventiestrategieën:

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

De focus van het beleidsplan beperkt zich tot geestelijke gezondheidsbevordering en primaire preventie van psychische problemen, zowel universeel (in de algemene bevolking) als selectief (bij bevolkingsgroepen met een verhoogde kwetsbaarheid). Interventies gericht op detectie, diagnose, toeleiding tot zorg, behandeling, hervalpreventie en de toegankelijkheid of kwaliteit van geestelijke gezondheidszorg vallen buiten de scope van het beleidsplan.

BELEIDSPRIORITEITEN VAN HET BELEIDSPLAN GGB

Volgende beleidsprioriteiten kwamen voort uit de voorbereidende literatuurstudie en dienen als kompas voor de verdere uitwerking en uitvoering van het beleidsplan GGB:

- **Public health benadering:** het beleidsplan voorziet een gediversifieerd preventieaanbod dat door middel van collectieve maatregelen de hele bevolking bereikt in plaats van zich alleen op individuen te richten.
- **Levensloopgerichte benadering:** het beleidsplan speelt in op belangrijke levensfasen vanaf de geboorte tot de oudere leeftijd en de transities daartussen. Dit zorgt voor een geïntegreerde en inclusieve benadering van geestelijke gezondheid gedurende de hele levensloop.
- **Settinggerichte benadering:** het beleidsplan richt zich op alledaagse omgevingen waar het leven van de burger zich afspeelt, zoals thuis, school, werk en buurt.
- **Health in All Policies (HiAP) en intersectorale aanpak:** het beleidsplan streeft naar een integratie van geestelijke gezondheid in alle beleidsmaatregelen en een nauwe samenwerking tussen verschillende sectoren.
- **Effectieve en kosteneffectieve benadering:** het beleidsplan zet prioritair in op wetenschappelijk onderbouwde interventies die effectief en kosteneffectief zijn.
- **Ruimte voor innovatie:** het beleidsplan laat naast bewezen interventies ook voldoende ruimte voor innovatieve interventies om tot nieuwe, mogelijk betere oplossingen te komen.

MISSIE, VISIE EN STRATEGISCHE AMBITIES VAN HET BELEIDSPLAN GGB

De **missie** van het beleidsplan verwoordt de permanente opdracht die het plan nastreeft:

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

De **visie** van het beleidsplan schetst een gedeeld en ambitieus toekomstbeeld dat richting geeft aan de strategische doelen en beschrijft hoe de missie gerealiseerd kan worden:

> *"We streven ernaar dat iedereen een zo hoog mogelijk mentaal welbevinden ervaart en zo weinig mogelijk psychische problemen ontwikkelt.*
>
> *We zetten in op de versterking van beschermende factoren die de geestelijke gezondheid bevorderen, de preventie van risicofactoren die de geestelijke gezondheid ondermijnen, en de ontwikkeling van het vermogen om veerkrachtig om te gaan met tegenslagen en uitdagingen die eigen zijn aan het leven.*
>
> *We richten ons naar iedereen, met speciale aandacht voor diegenen in kwetsbare situaties, en dat binnen de verschillende settings waar het leven van burgers zich afspeelt zoals het gezin, het onderwijs, de zorg, de werkplek, de vrije tijd, en in steden en gemeenten. Hierbij hebben we ook oog voor de ontwikkeling en de context van het individu."*

De **strategische ambities** zijn geformuleerd per levensfase, wat de nadruk op de levensloopbenadering onderstreept:

- Eerste duizend dagen:
  Geestelijk Gezond Starten: Een kansrijke basis voor (ongeboren) kind
- Kinderen en jongeren:
  Geestelijk Gezond Opgroeien: Kansen creëren voor heden en toekomst
- (Jong)volwassenen:
  Geestelijk Gezond Balanceren: Rollen combineren met ruimte voor verdere ontplooiing
- Ouderen:
  Geestelijke Gezond Participeren: Een betekenisvol en kwaliteitsvol verder leven

STRATEGISCHE EN OPERATIONELE DOELSTELLINGEN

De strategische doelstellingen vormen de basis van het beleidsplan en verduidelijken welke resultaten en ambities het beleid wil realiseren bij de einddoelgroep. Ze fungeren als kapstok waaraan de verdere acties worden opgehangen. **De operationele doelstellingen** geven concreet aan **hoe de strategische doelstellingen gerealiseerd zullen worden**. Ze zijn meer specifiek en actiegericht, en beschrijven welke stappen, actoren en middelen nodig zijn om de gewenste resultaten te behalen.

De doelstellingen van het beleidsplan GGB zijn gebaseerd op wetenschappelijke literatuur en de input van stakeholders en experten. Ze zijn ingedeeld in vijf categorieën op basis van de einddoelgroep:

- Brede populatie
- Eerste duizend dagen
- Kinderen en jongeren
- (Jong)volwassenen
- Ouderen

Een uitgebreid overzicht van de doelstellingen is te vinden in Hoofdstuk 6. De doelstellingen richten zich onder andere op:

- Het versterken van **geestelijke gezondheidsvaardigheden**, zoals emotie- en stressregulatie, relationele vaardigheden, grenzen stellen en tijdig hulp zoeken.
- Het bevorderen van **kennis en een positieve houding ten aanzien van geestelijke gezondheid**.

- Het vergroten van **ondersteuning binnen verschillende settings** (gezin, school, werk, welzijnswerk, zorg, gemeenschap).
- Het versterken van **sociale verbondenheid**.
- Het aanpakken van belangrijke **determinanten van geestelijke gezondheid**, zoals pesten, opvoeding en mediawijsheid (inclusief sociale media).
- Aandacht voor de inclusie en ondersteuning van personen in een kwetsbare positie, situatie of periode (o.a. personen in armoede, personen die pas een ingrijpende gebeurtenis of verlies meemaakten, mantelzorgers, personen in de LGBTQI+ gemeenschap…)

In elke levensfase spelen het eigen netwerk, de thuisomgeving, de (digitale) media en zorg- en welzijnsactoren een sleutelrol. Het belang van specifieke actoren varieert echter per levensfase:

- **Eerste duizend dagen**: kinderopvang, actoren in de perinatale zorg en werkomgeving van de ouders
- **Kinderen en jongeren**: scholen, en actoren in de gemeenschap, vrije en jeugdwerk
- **(Jong)volwassenen**: werkomgeving, hoger onderwijs en volwassenenonderwijs, en actoren in de gemeenschap en vrije tijd
- **Ouderen**: ouderenzorg en actoren in de gemeenschap, vrije tijd en ouderenwerking

OVERZICHT VAN EFFECTIEVE INTERVENTIES

De effectiviteit van interventies voor GGB en primaire preventie is onderzocht op basis van twee umbrella reviews. De eerste umbrella review, uitgevoerd door Ierse onderzoekers voor de ontwikkeling van het *Healthy Ireland Strategic Actionplan*, omvat 168 systematische reviews gepubliceerd tussen 2017 en oktober 2021. De tweede umbrella review, uitgevoerd door LUCAS in het kader van dit project, bouwt voort op de Ierse review en omvat 209 systematische reviews gepubliceerd tussen oktober 2021 en maart 2024.

Een uitvoerige synthese van de bevindingen is beschreven in Hoofdstuk 7. Over het algemeen is er overtuigend bewijs voor de positieve effecten van interventies gebaseerd op cognitieve gedragstherapie (CGT), mindfulness, mind-body technieken, ouderschapsondersteuning, en programma's gericht op het versterken van sociaal-emotionele vaardigheden (SEV) bij kinderen en jongeren. Deze interventies bevorderen de positieve geestelijke gezondheid en hebben een preventief effect op psychologische klachten zoals stress, depressie en angst.

Daarnaast levert de literatuurstudie volgende **meer specifieke inzichten** op:

- **Mindfulness en mind-body interventies:** deze zijn effectief voor jongeren en volwassenen, inclusief studenten en werknemers. Mindfulness bevordert bewust leven in het hier en nu en mind-body interventies zetten in op ademhalings- en lichaamsoefeningen om stress te verminderen.
- **Cognitieve gedragstherapie (CGT):** deze zijn effectief voor zowel de preventie als behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen zoals depressie. CGT tracht niet-helpende gedachten om te zetten in helpende gedachten.
- **Digitale interventies:** deze zijn effectief, maar minder effectief dan face-to-face interventies. Het is mogelijk om de effecten te vergroten door combinatie met supervisie. De interventies zijn wel laagdrempelig en hebben potentieel om op grote schaal te worden ingezet tegen een lagere kostprijs.

- **Interventies om sociaal-emotionele vaardigheden te versterken:** deze zijn effectief voor kinderen en jongeren, vooral in scholen. Ze leren kinderen en jongeren omgaan met emoties, anderen en sociale situaties.
- **Psycho-educatieve interventies:** deze hebben beperkte effecten op geestelijke gezondheid; de effecten zijn sterker wanneer de interventies gericht zijn op het aanleren van vaardigheden in plaats van op het overdragen van kennis.
- **Mental health literacy en stigma reducerende interventies:** deze zijn effectief om kennis en attitudes te verbeteren, maar hebben quasi geen effect op geestelijke gezondheid en de intentie om hulp te zoeken.
- **Fysieke activiteit:** deze zijn effectief om de geestelijke gezondheid te versterken, maar minder effectief dan psychosociale interventies. Bewegen in een groene omgeving is extra bevorderlijk.
- **Peer support en sociale steun:** hiervoor is de evidentie gemengd; de interventies zijn vooral nuttig voor specifieke groepen zoals zwangere vrouwen, ouders in de perinatale periode, werklozen en ouderen.
- **Ouderschapsinterventies:** deze hebben een positieve impact op opvoedingspraktijken, psychisch klachten van ouders en de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen. Ze zijn vooral effectief voor kwetsbare groepen in de perinatale periode, zoals gezinnen in armoede of ouders met negatieve ervaringen in de kindertijd.

Uit de literatuurstudie blijkt dat **bepaalde settings** een belangrijke rol spelen om de geestelijke gezondheid te versterken:

- **Onderwijs en werk** zijn cruciaal voor een universele aanpak en laten ook een gerichte aanpak voor specifieke groepen toe.
- **De gemeenschap** is een belangrijke setting om alle leeftijdsgroepen te bereiken, maar is in het bijzonder interessant voor kwetsbare groepen.
- **Eerstelijnszorg en welzijnsdiensten** zijn relevant om personen toe te leiden naar een lokaal en gepast aanbod van diensten en interventies.

De literatuur suggereert tot slot dat een combinatie van universele en selectieve interventies aangewezen is. **Universele interventies** hebben vaker beperkte effecten op individueel niveau, maar kunnen op populatieniveau een aanzienlijk verschil maken. Ze bevorderen bovendien gelijkheid door iedereen de kans te geven om gebruik te maken van geestelijke gezondheidsbevordering en preventie. **Selectieve interventies** bevorderen rechtvaardigheid door extra ondersteuning te bieden aan degenen met de grootste noden.

OVERZICHT VAN KOSTENEFFECTIEVE INTERVENTIES

Interventies zijn kosteneffectief wanneer hun kostprijs in verhouding staat tot de gezondheidswinst. De umbrella review die LUCAS uitvoerde leverde slechts vijf systematische reviews op die de kosteneffectiviteit van interventies evalueren. Deze reviews omvatten **51 unieke studies die 53 verschillende interventies** beoordelen die binnen de scope van het beleidsplan vallen.

De ***Dominance Ranking* methode** werd gebruikt om de kosteneffectiviteit van deze interventies te beoordelen. Van de 53 interventies kregen 15 een gunstig advies, 35 een onduidelijk advies en 3 een ongunstig advies.

Interventies voor kinderen en jongeren worden het meest onderzocht, met gemengde resultaten. Deze interventies vinden vooral plaats in scholen, maar er zijn ook kosteneffectieve interventies in de

gemeenschap. Voor volwassenen is de literatuur beperkt en zijn de resultaten gemengd. Veel interventies voor volwassenen zijn digitaal en worden in werkcontexten of gemeenschappen geïmplementeerd. Voor de eerste duizend dagen en ouderen is er weinig literatuur over kosteneffectieve interventies beschikbaar.

De synthese van de bevindingen kan men raadplegen in Hoofdstuk 8. Volgende interventies blijken kosteneffectief, hoewel dit resultaat samenhangt met de studie- en implementatiecontext van de individuele interventies en ze niet zomaar te transfereren zijn naar de Vlaamse context:

- **Huisbezoeken door getrainde gezondheidswerkers** bij jonge moeders om perinatale depressie te voorkomen.
- Een **groepsprogramma voor gescheiden moeders** om psychologische problemen bij kinderen te voorkomen.
- Klasmanagementtraining voor leerkrachten om de **sociaal-emotionele vaardigheden van leerlingen** te versterken.
- **Sociaal-emotionele vaardigheden in het secundair onderwijs** versterken via wekelijkse lessen over zelfcontrole, sociale relaties, empathie, motivatie en zelfbewustzijn.
- Het **KiVa anti-pestprogramma** om pestgedrag in scholen aan te pakken.
- **City Connects:** een programma dat ondersteunende diensten voor kinderen binnen de schoolcontext coördineert.
- **Better Beginnings Better Futures Project:** een gemeenschapsgerichte aanpak voor jonge kinderen en hun gezinnen.
- Integratie van **maatschappelijk werkers** in scholen die via een-op-een gesprekken geestelijke gezondheidsrisico's aan pakken.
- **Garrett Lee Smith Suicide Prevention Program:** gemeenschapsgerichte interventies om zelfdoding bij jongeren te voorkomen.
- **Healthy Body Image Program:** online screening van en interventies voor studenten die risico lopen om een eetstoornis te ontwikkelen.
- **Pinnacol-and-Trotter's Health Risk Management:** een programma gericht op kleine bedrijven om gezondheidsrisico's bij medewerkers aan te pakken.
- **PeerCare:** de preventie van middelenmisbruik op de werkplek via peer support.
- **Online zelfhulp methodieken tegen depressie:** zelfhulpboek, groepssessies en eHealth interventies.
- **De Zelfmoordlijn:** een nationale hulplijn in België voor mensen met suïcidale gedachten.

GEZONDHEIDSECONOMISCH RAAMWERK

Het uitvoeren van een gezondheidseconomische evaluatie van interventies is complex, tijdrovend en kostelijk, vooral binnen het domein van de GGB. Hoewel er internationaal behoorlijk wat onderzoek voorhanden is over de kosteneffectiviteit van interventies, is de beschikbare evidentie vaak gefragmenteerd en niet altijd vertaalbaar naar de Vlaamse context. Een aanpak die in het buitenland kosteneffectief blijkt, is namelijk niet automatisch ook kosteneffectief in Vlaanderen.

I-CHER stelt een internationaal gewaardeerd raamwerk voor dat in se bedoeld is om gezondheids-economische studies te structureren. Dit raamwerk vormt een waardevolle basis voor het opstellen van een kwaliteitskader voor het opzetten en uitvoeren van studies om de kosteneffectiviteit van interventies te evalueren. Het raamwerk is opgedeeld in verschillende onderdelen en specifiek afgestemd op de context van GGB, met een focus op universele en selectieve preventie. Hiermee wordt

een gestructureerde en contextueel relevante benadering mogelijk gemaakt. Voor een uitvoerige beschrijving van het raamwerk, zie Hoofdstuk 9.

INDICATOREN VOOR DE EVALUATIE VAN HET BELEIDSPLAN GGB

Om de impact van het beleidsplan GGB op termijn te kunnen evalueren, werkte LUCAS op basis van de voorhanden databronnen (o.a. herhaalde representatieve bevragingen, registratiebronnen) in België en Vlaanderen een shortlist van 76 indicatoren op populatieniveau uit. Deze indicatoren zijn thematisch geclusterd en gestructureerd in vier types:

- **Primaire uitkomstindicatoren:** meten rechtstreeks de geestelijke gezondheid en weerspiegelen de effecten die door het beleid beoogd worden.
- **Intermediaire uitkomstindicatoren:** meten de effecten van het beleid op korte tot middellange termijn en ondersteunen het bereiken van de uiteindelijke doelstellingen.
- **Impactindicatoren:** geven informatie over de bredere effecten van het beleid op de samenleving en de omgeving op langere termijn.
- **Determinanten:** hebben betrekking op factoren die indirect of direct invloed uitoefenen op geestelijke gezondheid.

Een gedetailleerd overzicht van de indicatoren is te vinden in Hoofdstuk 10.

Tijdens het opstellen van de shortlist van indicatoren werden ook enkele hiaten geïdentificeerd. Dit betreft indicatoren die momenteel niet beschikbaar zijn, maar die wel relevant zijn om te meten om zodoende te bepalen of het beleidsplan GGB haar doelstellingen bereikt. Deze **hiaten** omvatten:

- Veerkracht gemeten door een gevalideerde schaal
- Eudaimonisch subjectief welzijn en 'flourishing'
- Het gevoel erbij te horen
- Mental health literacy en stigma
- Het kunnen omgaan met maatschappelijke druk en prestatiedruk
- De impact van sociale media en mogelijkheden tot deconnecteren
- Indicatoren met betrekking tot geestelijke gezondheid in de eerste duizend dagen
- Indicatoren met betrekking tot (positieve) geestelijke gezondheid van kinderen

AANBEVELINGEN DOOR EXPERTEN

De experten betrokken bij dit onderzoeksproject formuleerden enkele belangrijke aanbevelingen die waardevol zijn voor de verdere uitwerking van het beleidsplan GGB. De aanbevelingen worden toegelicht in Hoofdstuk 11.

Overkoepelende aanbevelingen:

- **Levensloopbenadering**: Zorg voor een geïntegreerde aanpak die mentale gezondheid bevordert met aandacht voor continuïteit en samenhang doorheen alle levensfasen.
- **Sociale inclusie en verbondenheid**: Bevorder een sterk sociaal weefsel op macro-, meso- en microniveau.
- **Rol van (digitale) technologie**: Digitalisering biedt kansen, maar er is behoefte aan richtlijnen om kwaliteit en veiligheid te garanderen. Het is tevens belangrijk dat mensen voldoende deconnecteren van (sociale) media.

- **Beleidssamenwerking**: Bevorder de samenwerking tussen verschillende beleidsdomeinen en voorzie coördinatie om fragmentatie te voorkomen. Het is ook belangrijk om aandacht te hebben voor de context van aangrenzende sectoren, zoals onderwijs en kinderopvang, die momenteel onder druk staan
- **Evidentie en innovatie**: Maak gebruik van bestaande evidence-based interventies, maar sta ook open voor innovatieve en bottom-up aanpakken.
- **Chronische stress bij sociaaleconomisch kwetsbare groepen**: Integreer armoedebestrijding met geestelijke gezondheidsinitiatieven.

Aanbevelingen specifiek voor de **perinatale fase**:

- **Continuïteit in ondersteuning**: Ondersteun ouders niet alleen tijdens de perinatale periode, maar gedurende de gehele opvoedingsperiode.
- **Inclusieve zorg**: Besteed specifieke aandacht aan ouders in een kwetsbare positie (jonge ouders, ouders met een risicozwangerschap, ouders met een cultureel diverse achtergrond).
- **Leefstijl en gezondheidsgedrag**: Ontwikkel interventies die fysieke en geestelijke gezondheid integreren.
- **Realistische communicatie over ouderschap**: Benadruk zowel de uitdagingen als de positieve kanten van ouderschap.

Aanbevelingen specifiek voor **kinderen en jongeren**:

- **Schooldruk en coping vaardigheden**: Geef aandacht aan motivatie en verbondenheid in het onderwijs en zet in op positieve coping strategieën.
- **Identiteitsontwikkeling**: Geef kinderen en jongeren ruimte om te experimenteren en te ontdekken.
- **Geïntegreerde schoolinterventies**: Versterk de rol van scholen en leerkrachten bij het bevorderen van geestelijke gezondheid.

Aanbevelingen specifiek voor **(jong)volwassenen**:

- **Werkgerelateerde stress**: Bevorder structurele veranderingen op organisatieniveau en promoot geestelijke gezondheid in de werkcontext.

Aanbevelingen specifiek voor **ouderen**:

- **Toegankelijkheid en verbondenheid**: Verbeter de fysieke toegankelijkheid van diensten en de openbare ruimte, zodat ouderen betrokken en verbonden kunnen blijven.
- **Intergenerationele activiteiten**: Stimuleer contacten tussen verschillende leeftijdsgroepen.

Inhoudsopgave

Begrippenlijst **19**

Voorwoord **21**

Hoofdstuk 1 Situering van de studie en onderzoeksvragen **23**

1 Situering van de studie 23

2 Onderzoeksdoelstellingen 23

3 Onderzoeksconsortium 24

4 Bouwstenen van beleidsplan 25

5 Opbouw rapport 26

Hoofdstuk 2 Eerste krijtlijnen van het beleidsplan GGB: resultaten exploratiefase **27**

1 Definitie geestelijke gezondheid 27

2 Determinanten van geestelijke gezondheid 28

3 Typologieën inzake geestelijke gezondheidsbevordering en preventie 30

4 Beleidsprioriteiten inzake geestelijke gezondheidsbevordering en preventie 32

4.1 Geestelijke gezondheidsbevordering vanuit een public health benadering 32

4.2 Een levensloop- en settinggerichte benadering 32

4.3 Een intersectorale en Health in All Policies aanpak 32

4.4 Inzetten op effectieve en kosteneffectieve interventies 33

4.5 Maar ook voldoende ruimte laten voor innovatie 33

Hoofdstuk 3 Onderzoeksmethode **35**

1 Overzicht van de gebruikte methoden 35

2 Afstemming met relevante actoren 36

2.1 Afstemming met stakeholders 36

2.2 Indicatorenwerkgroep 38

2.3 Expertenpanel 38

3 Literatuuronderzoek en documentanalyse 39

3.1 Doelgerichte literatuurstudie 39

3.2 Documentanalyse 39

3.3 Systematische review 39

Hoofdstuk 4 Missie, visie, afbakening en leidende principes van het beleidsplan 43

1 Methode 43

2 Resultaten 43

2.1 Missie en visie 43

2.2 Afbakening doelgroep 44

2.3 Leidende principes 45

Hoofdstuk 5 Prioritaire en belangrijke determinanten van geestelijke gezondheid 47

1 Methode 47

2 Resultaten 48

2.1 Eerste duizend dagen 50

2.2 Kinderen en jongeren 51

2.3 Volwassenen 53

2.4 Ouderen 55

2.5 Risicogroepen voor selectieve preventie 57

Hoofdstuk 6 Strategische en operationele doelstellingen 59

1 Methode 59

2 Feedback op doelstellingen 60

2.1 Feedback van stakeholders op eerste versie doelstellingen 60

2.2 Feedback van experten en stakeholders op tweede versie van doelstellingen 61

3 Finale set strategische en operationele doelstellingen 63

Hoofdstuk 7 Effectieve interventies om de geestelijke gezondheid te bevorderen: resultaten van de verdiepende literatuurstudie 73

1 Methode 73

2 Resultaten 74

2.1 Eerste duizend dagen 74

2.2 Kinderen en jongeren 81

2.3 (Jong)volwassenen 95

2.4 Ouderen 108

2.5 Interventies voor verschillende levensfasen 111

3 Algemene conclusie 117

4 Opmerkingen van experten 120

Hoofdstuk 8 Kosteneffectieve interventies om de geestelijke gezondheid te bevorderen: resultaten van de verdiepende literatuurstudie 121

1 Methode 121

2 Resultaten 123

2.1 Interventies met een gunstig advies 123

2.2 Interventies met een ongunstig advies 126

2.3 Interventies zonder éénduidig advies 127

3 Conclusie 128
4 Kanttekening 128

Hoofdstuk 9 Raamwerk voor de gezondheidseconomische beoordeling van interventies om de geestelijke gezondheid te bevorderen 129

1 Inleiding 129
2 Soorten gezondheidseconomische evaluaties 130
3 Framework voor rapportering van gezondheidseconomische evaluaties 131
4 Toepassing van de CHEERS-II op GGB en universele/selectieve preventie 134
4.1 Item 4 Gezondheidseconomisch analyseplan. 134
4.2 Item 5 Onderzoekspopulatie. 136
4.3 Item 6 Context en locatie. 136
4.4 Item 7 Te vergelijken interventies en strategieën. 137
4.5 Item 8 Perspectief. 138
4.6 Item 9 Tijdshorizon. 139
4.7 Item 10 Discontering. 140
4.8 Item 11 12 13 Selectie, meting en waardering van uitkomstmaten. 142
4.9 Item 14 15 Kosten. 144
4.10 Item 16 Model. 145
4.11 Item 17 Analyses en aannames. 147
4.12 Item 18 Heterogeniteit. 148
4.13 Item 19 Verdelingseffecten. 149
4.14 Item 20. Onzekerheid. 149
4.15 Item 21 Co-Creatie. 152
5 Transfereerbaarheid van resultaten van buitenlandse origine 152
5.1 Kwalitatieve benadering 152
5.2 Kwantitatieve benadering 159
6 Aanbevelingen tot gezondheidseconomisch onderzoek 163

Hoofdstuk 10 Indicatoren voor de evaluatie van het beleidsplan 165

1 Methode 165
2 Relevante achtergrondliteratuur 166
2.1 Types indicatoren 167
2.2 Inspirerende internationale voorbeelden 167
3 Eerste indicatorenwerkgroep: exploratie van databronnen en criteria van indicatoren 171
3.1 Potentiële databronnen 171
3.2 Relevante indicatoren voor een beleidsplan GGB 172
3.3 Criteria voor de selectie van indicatoren 172
4 Documentenanalyse 172
4.1 Surveydata 173
4.2 Registratiedata 176
4.3 Preventiepeiling (procesindicatoren) 176

5 Tweede indicatorenwerkgroep 177
6 Reductie van longlist tot shortlist 178
7 Aanbevelingen van experten 179
8 Finale set van populatie-indicatoren opgedeeld per type en cluster 182
8.1 Primaire uitkomstindicatoren 184
8.2 Intermediaire uitkomstindicatoren 185
8.3 Impactindicatoren 186
8.4 Determinanten 187
9 Geïdentificeerde hiaten voor potentiële nieuwe indicatoren 188
9.1 Veerkracht gemeten met een gevalideerde schaal 188
9.2 Eudaimonisch subjectief welzijn en 'flourishing' 189
9.3 Mental health literacy en stigma 189
9.4 Mattering 190
9.5 Kunnen omgaan met maatschappelijke druk en prestatiedruk 190
9.6 Kunnen omgaan met (sociale) media en bewust smartphonegebruik 190
9.7 Positieve geestelijke gezondheid van kinderen 191
9.8 Geestelijke gezondheid in de eerste duizend dagen 191
10 Verdere stappen en aandachtspunten 192

Hoofdstuk 11 Aandachtspunten en aanbevelingen door experten 195
1 Methode 195
2 Resultaten van de afstemming met experten 196
2.1 Eerste duizend dagen 196
2.2 Kinderen en jongeren 199
2.3 (Jong)volwassenen 202
2.4 Ouderen 204

Hoofdstuk 12 Discussie en conclusie 205

Referenties 207

Bijlagen 233
Bijlage 1: Kansen om in te spelen op determinanten van geestelijke gezondheid (sleutelactoren en sleutelmomenten) 233
Bijlage 2: Longlist met niet weerhouden populatie-indicatoren 243

Figuren

Figuur 1	De structuur en verschillende bouwstenen van het beleidsplan.	25
Figuur 2	Twee-continua-model voor geestelijke gezondheid.	28
Figuur 3	Overzicht met de logo's van de betrokken stakeholders.	36
Figuur 4	Afbakening van het beleidsplan GGB.	44
Figuur 5	Levensloopbenadering en fundamenten van het beleidsplan GGB.	45
Figuur 6	Flowdiagram over de totstandkoming van het overzicht aan determinanten.	48
Figuur 7	Flowdiagram over de totstandkoming van de doelstellingen van het beleidsplan.	60
Figuur 8	Visuele voorstelling besliskundig Markov model.	146
Figuur 9	Voorbeeld van een Tornadodiagram, uit Pil et al. (2013)	150
Figuur 10	Visuele voorstelling incrementeel kosteneffectiviteitsvlak.	151
Figuur 11	Flowdiagram over de totstandkoming van de shortlist populatie-indicatoren.	166
Figuur 12	Overzicht aan determinanten in de Nederlandse Monitor Mentale Gezondheid.	169
Figuur 13	Het Canadees 'Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework'.	170

Tabellen

Tabel 1	Determinanten van geestelijke gezondheid volgens de NHIR School for Public Health Research.	29
Tabel 2	Typologie van Caplan (1964) en de IOM (1994).	30
Tabel 3	Typologie van Arango et al. (2018).	31
Tabel 4	Effectladder van Van Yperen en Veerman over het niveau van bewijskracht van interventies[7].	34
Tabel 5	Overzicht van gebruikte onderzoeksmethoden.	35
Tabel 6	Overzicht van de drie stakeholderbijeenkomsten.	37
Tabel 7.	Gebruikte zoekstring voor de literatuurstudie naar effectieve en kosteneffectieve interventies.	41
Tabel 8	Inclusie- en exclusiecriteria van reviews.	42
Tabel 9	Prioritaire en belangrijke determinanten volgens de stakeholders, met aanvullende determinanten uit de literatuur.	49

Tabel 10	Resultaat van de toepassing van de Dominance Ranking methode.	123
Tabel 11	Onderscheidende karakteristieken van gezondheidszorgevaluaties	130
Tabel 12	CHEERS-II, vertaalde Nederlandse versie door Werbrouck en collega's (2024).	131
Tabel 13	Overzicht types kosten.	139
Tabel 14	Verschillende types gezondheidseconomische evaluaties.	142
Tabel 15	Knock-out en specifieke criteria kwalitatieve benadering.	154
Tabel 16	Concreet voorbeeld Beckman & Svensson (2015).	156
Tabel 17	Algemene transfereerbaarheidsindex.	160
Tabel 18	Specifieke transfereerbaarheidsindex.	162
Tabel 19	Veelgebruikte types van indicatoren om een beleidsplan te evalueren.	167
Tabel 20	Weerhouden databronnen met surveydata.	174
Tabel 21	Niet weerhouden databronnen met surveydata.	175
Tabel 22	Overzicht van potentiële indicatoren uit registratiebronnen.	176
Tabel 23	Beschrijving van de types indicatoren en clustering per thema.	183
Tabel 24	Overzicht van primaire uitkomstindicatoren	184
Tabel 25	Overzicht van intermediaire uitkomstindicatoren	185
Tabel 26	verzicht van impactindicatoren	186
Tabel 27	Overzicht van determinanten	187
Tabel 28	Eerste duizend dagen: Sleutelfiguren- en organisaties en sleutelmomenten per setting	234
Tabel 29	Kinderen en jongeren: Sleutelfiguren- en organisaties en sleutelmomenten per setting.	235
Tabel 30	(Jong)volwassenen: Sleutelfiguren- en organisaties en sleutelmomenten per setting.	237
Tabel 31	Ouderen: Sleutelfiguren- en organisaties en sleutelmomenten per setting.	239
Tabel 32	Longlist populatie-indicatoren die buiten de finale selectie aan indicatoren vallen.	243

Begrippenlijst

CGT	Cognitieve gedragstherapie
GGB	Geestelijke gezondheidsbevordering
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
CHEERS	Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards
RCT	Randomized controlled trial
SEV	Sociaal-emotionele vaardigheden

Voorwoord

Dit onderzoeksrapport is onderdeel van een breder project dat in opdracht van en in samenwerking met het Departement Zorg werd uitgevoerd. Vier andere partners hebben bijgedragen aan dit project: LUCAS KU Leuven en i-CHER (beiden onderdeel van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin), Möbius, Over De Muur en het Vlaams Instituut Gezond Leven. Elke partner had binnen dit project een specifieke opdracht en verantwoordelijkheid.

Dit rapport presenteert de resultaten van de onderzoeksopdracht waarvoor het Steunpunt WVG (mede)verantwoordelijk was. Conform de gangbare praktijk binnen het Steunpunt vragen wij om bij verwijzing naar de inhoud van dit rapport expliciet de bron te vermelden. Dit geldt echter niet voor de inhoud van Hoofdstuk 4 en Hoofdstuk 6. Deze hoofdstukken zijn in samenwerking met alle betrokken partners tot stand gekomen en vormen daarom geen exclusief eigendom van het Steunpunt. Bovendien maken ze integraal deel uit van het beleidsplan geestelijke gezondheidsbevordering.

Tot slot wensen de auteurs alle partners te danken voor de constructieve en vruchtbare samenwerking, evenals alle stakeholders en experts die een waardevolle bijdrage hebben geleverd aan dit traject.

Hoofdstuk 1
Situering van de studie en onderzoeksvragen

1 Situering van de studie

Het belang van geestelijke gezondheid wordt de laatste jaren steeds meer erkend in het Vlaamse beleid inzake Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG) en binnen het werkveld van de preventieve gezondheidszorg. Zo neemt geestelijke gezondheidsbevordering (GGB) in verschillende beleidsdocumenten een belangrijke plaats in, waaronder de beleidsnota WVG en Armoedebestrijding, en behoort GGB al jaren tot een van de strategieën van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie. Om het thema nog meer kracht bij te zetten, sloot de Vlaamse overheid in 2020 met het Vlaams Instituut Gezond Leven en The Human Link de beheersovereenkomst Geestelijke Gezondheidsbevordering af met als opdracht een reeks acties uit te werken om de geestelijke gezondheid van de Vlaming te versterken. Enkele voorbeelden van acties die in het kader van deze beheersovereenkomst worden uitgewerkt zijn: de implementatie van de Geluksdriehoek en de online platformen NokNok.be en de Geluksdriehoek.be in verschillende levensdomeinen, de implementatie van Geluk in de Klas in scholen, de uitrol van Warme bedrijven, het versterken van zelfzorg bij LGBTQI+ personen, het versterken van een cultuursensitieve houding binnen preventieve gezondheidszorg en de ontwikkeling van blended digitale tools.

Anno 2024 zijn er bijgevolg veel actoren, zowel op beleidsniveau als in het veld, actief rond het beleidsthema GGB. Dit resulteert in een veelheid aan initiatieven, acties, programma's en projecten die soms gedeeltelijk overlappen en leidt tot versnippering en onduidelijkheid, waardoor veel stakeholders en partners het overzicht verliezen. Omdat elke partner zich richt op zijn eigen afgebakend terrein, is er bovendien weinig ruimte om de strategie betreffende GGB in zijn geheel te bekijken en waar nodig bij te stellen. Het uitwerken van een gedeelde beleidsvisie en een duidelijk afgebakend conceptueel kader inzake GGB maakt het mogelijk om het bestaande aanbod te structureren, leemtes in het aanbod zichtbaar te maken en prioriteiten voor de toekomst te bepalen.

In 2023 voerde LUCAS, in opdracht van het Departement Zorg, een voorbereidende literatuurstudie uit als vertrekbasis voor dit beleidsplan (exploratiefase). Daarbij werden relevante en actuele (inter)nationale bronnen met betrekking tot GGB doorgenomen en geanalyseerd en werd de scope van het beleidsplan GGB afgebakend.

2 Onderzoeksdoelstellingen

Dit onderzoeksproject bouwt voort op de exploratiefase en heeft als doel om een meer concreet beleidsplan GGB te ontwikkelen dat wetenschappelijk onderbouwd, breed gedragen en meetbaar is. Het plan dient daarbij in te spelen op actuele noden en uitdagingen in de samenleving. Het **finale doel** is om te komen tot een onderbouwd, gedragen en meetbaar **beleidsplan GGB** dat **inspeelt op de noden en uitdagingen in de samenleving**.

Dit onderzoeksproject omvat volgende doelstellingen om dit beleidsplan te realiseren:

1. Komen tot een gedeelde en afgebakende visie op GGB en het bepalen van leidende principes van het beleidsplan
2. Een selectie maken van ambities en strategische doelstellingen waarop het beleidsplan zal inspelen
3. De wetenschappelijke evidentie inzake effectieve en kosteneffectieve interventies om de geestelijke gezondheid te bevorderen in kaart brengen.
4. Een methodologisch raamwerk uitwerken dat een valide gezondheidseconomische evaluatie van interventies voor GGB in Vlaanderen mogelijk maakt.
5. Aanbevelingen en randvoorwaarden formuleren om de rolverdeling en samenwerking tussen de organisaties, partners en beleidsdomeinen (o.a. Onderwijs, Werk, Jeugd en Media) betrokken bij de realisatie van het beleidsplan GGB te bevorderen
6. Bestaande acties voor GGB in Vlaanderen inventariseren en hiaten in het aanbod identificeren.
7. Een set aan indicatoren voorstellen om de impact van het beleidsplan op termijn te evalueren.

3 Onderzoeksconsortium

Dit onderzoek wordt uitgevoerd door een consortium van vier partners, elk met hun eigen kerntaken en verantwoordelijkheden. Vanuit het Steunpunt WVG zijn LUCAS KU Leuven en I-CHER van UGent betrokken. Andere consortiumpartners zijn Over de Muur en Möbius.

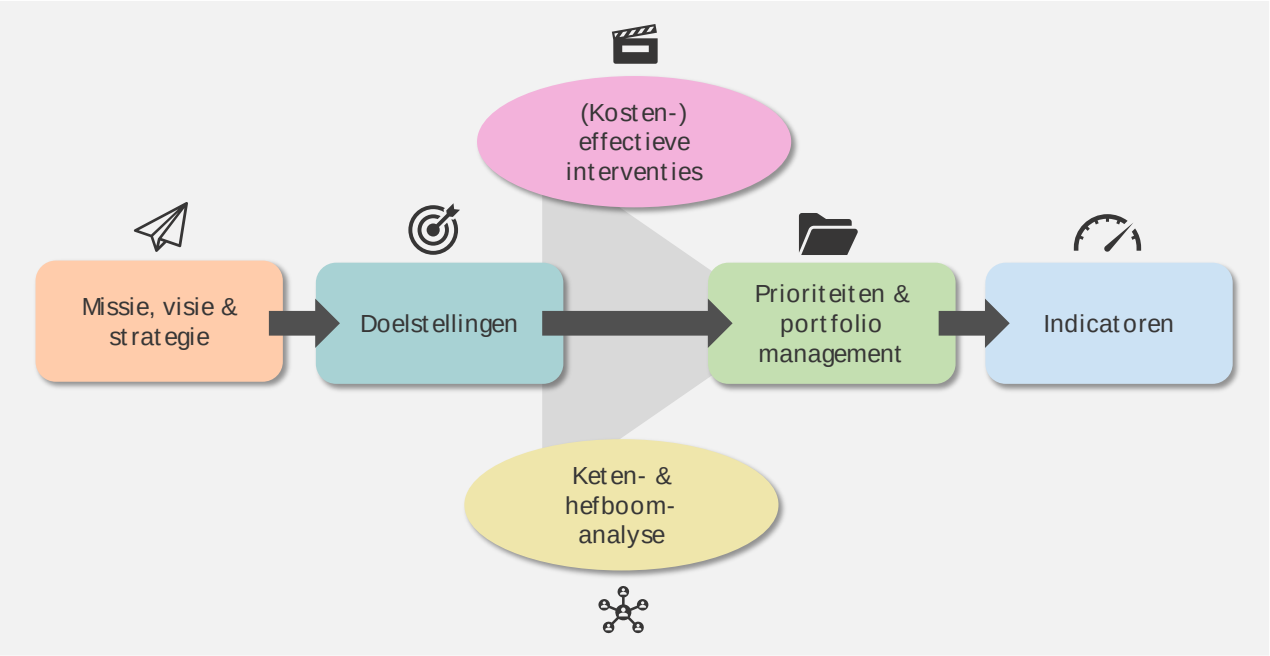
- **LUCAS KU Leuven** zorgde voor de wetenschappelijke onderbouwing van het beleidsplan en de afstemming met verschillende experten:
    - Exploratie van belangrijke wetenschappelijke kaders en internationale voorbeelden, uitgevoerd in 2023 in een voorbereidende fase
    - Verwerking van stakeholderinput over de determinanten van geestelijke gezondheid, en de wetenschappelijke onderbouwing hiervan
    - Formulering van strategische en operationele doelstellingen van het beleidsplan, met input van stakeholders en experten
    - Samenstelling van een indicatorenset om het effect van het beleidsplan op termijn mee te evalueren, in afstemming met een indicatorenwerkgroep en experten
    - Verdiepende literatuurstudie naar (kosten)effectieve interventies voor GGB en primaire preventie
    - Verdere uitdieping van het beleidsplan GGB en formulering van aanbevelingen, in afstemming met experten
- **I-CHER van UGent** werkte een raamwerk uit om de gezondheidseconomische evaluatie van interventies in de toekomst te faciliteren
- **Over de Muur** stond in voor het bevorderen van samenwerking en een goede rolverdeling tussen de verschillende actoren in het veld:
    - Formulering van aanbevelingen en randvoorwaarden voor een goede samenwerking
    - Coaching van sessies om de samenwerking tussen stakeholders te faciliteren
- **Möbius** coördineerde het consortium en is verantwoordelijk voor het betrekken van de stakeholders:
    - De voorbereiding en de praktische organisatie van de stakeholdermeetings
    - De inventarisatie van bestaande acties en de identificatie van hiaten in acties
    - Ondersteuning bij de uitwerking van het beleidsplan

Daarnaast is ook het Vlaams Instituut Gezond Leven betrokken in het onderzoeksproject als partnerorganisatie. Gezond Leven leverde input op de verschillende onderdelen vanuit hun expertise inzake gezondheidsbevordering en preventie.

4 Bouwstenen van beleidsplan

Het beleidsplan GGB is zorgvuldig opgebouwd uit verschillende onderdelen die samen een gestructureerde aanpak bieden om de geestelijke gezondheid van de bevolking te versterken. De structuur van het beleidsplan wordt weergegeven in Figuur 1.

Figuur 1 De structuur en verschillende bouwstenen van het beleidsplan.



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

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

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

Het beleidsplan zet daarnaast sterk in op duurzame en succesvolle samenwerkingen tussen actoren en sectoren, om zo de krachten te bundelen. Een **keten- en hefboomanalyse** helpt de rollen en uitdagingen binnen deze samenwerkingen te verduidelijken. De ketenanalyse identificeert sleutelfactoren voor samenwerking en de verbindingen die nodig zijn om de einddoelgroep effectief te kunnen onder-

steunen. De hefboomanalyse analyseert obstakels en potentiële hefbomen op micro-, meso- en macroniveau die de uitvoering van interventies kunnen beïnvloeden.

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

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

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

5 Opbouw rapport

Dit rapport rapporteert enkel over de onderzoeksresultaten waarvoor het Steunpunt WVG, dus LUCAS en I-CHER, verantwoordelijk waren. Volgende onderdelen komen als hoofdstukken aan bod in het rapport:

Hoofdstuk 2 – Eerste krijtlijnen van het beleidsplan GGB: resultaten exploratiefase

Hoofdstuk 3 – Onderzoeksmethode: overzicht van de gehanteerde methoden in het onderzoeksproject

Hoofdstuk 4 – Missie, visie, afbakening en leidende principes van het beleidsplan

Hoofdstuk 5 – Prioritaire en belangrijke determinanten van geestelijke gezondheid

Hoofdstuk 6 – Strategische en operationele doelstellingen

Hoofdstuk 7 – Effectieve interventies om de geestelijke gezondheid te bevorderen: resultaten van de verdiepende literatuurstudie

Hoofdstuk 8 – Kosteneffectieve interventies om de geestelijke gezondheid te bevorderen: resultaten van de verdiepende literatuurstudie

Hoofdstuk 9 – Raamwerk voor de gezondheidseconomische beoordeling van interventies om de geestelijke gezondheid te bevorderen

Hoofdstuk 10 – Indicatoren voor de evaluatie van het beleidsplan op populatieniveau

Hoofdstuk 11 – Aanbevelingen en aandachtspunten door experten

Hoofdstuk 2
Eerste krijtlijnen van het beleidsplan GGB: resultaten exploratiefase

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

1 Definitie geestelijke gezondheid

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

Geestelijke gezondheid is niet te herleiden tot de aan- of afwezigheid van psychische problemen, maar komt tot stand door een wisselwerking tussen twee afzonderlijke maar gerelateerde dimensies: (1) de aan- of afwezigheid van psychische problemen en (2) een hoge of lage mate van mentaal welbevinden[2]. Dit twee-continua-model plaatst geestelijke gezondheid op een continuüm met vier kwadranten (Figuur 2):

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

Figuur 2 Twee-continua-model voor geestelijke gezondheid.

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

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

Het **beleidsplan GGB richt zich op alle vier de groepen, maar de acties zijn vooral gericht op het verhogen van het mentaal welbevinden** (de verticale as in Figuur 2). Dit betekent dat we het mentaal welbevinden van de gehele bevolking verhogen, inclusief dat dat van mensen met psychopathologie. Op deze manier wordt voorkomen dat psychische problemen ontstaan, hoewel de focus niet ligt op het aanpakken van bestaande psychopathologie

2 Determinanten van geestelijke gezondheid

Recent heeft de NHIR School for Public Health Research uit het Verenigd Koninkrijk (Dykxhoorn et al.) een conceptueel kader ontwikkeld dat de belangrijkste determinanten van een *public mental health* programma in kaart brengt. Dit kader is gepubliceerd op de website www.publicmentalhealth.co.uk [3]. Een *public mental health* benadering richt zich op het grotere geheel van geestelijke gezondheid en focust niet alleen op wat een individu nodig heeft om zich geestelijk gezond te voelen, maar staat ook stil bij wat er nodig is om een hele bevolking of bepaalde doelgroepen geestelijk gezond te houden. Het kader biedt ondersteuning aan professionals, academici en beleidsmedewerkers bij het identificeren van prioritaire behoeften in de samenleving. Concreet bestaat het kader uit 55 determinanten, onderverdeeld in 15 clusters en ingebed in vier niveaus: individueel niveau, gezins- en familieniveau, gemeenschaps- en buurtniveau, en het bredere structurele niveau (Tabel 1).

Tabel 1 Determinanten van geestelijke gezondheid volgens de NHIR School for Public Health Research.

Op individueel niveau	
Identiteit • Etniciteit en cultuur • Geslacht, genderidentiteit en seksualiteit • Religie, spiritualiteit en geloof	**Trauma** • Negatieve ervaringen in kindertijd • Traumatische gebeurtenissen in volwassenheid • Pesten en cyberpesten
Persoonlijke eigenschappen • Weerbaarheid • Zelfvoldoening, eigenwaarde en controle over eigen leven • Persoonlijke aspiraties en ambities • Vermogen om autonoom te beslissen	**Fysieke en psychische kwetsbaarheid** • Genetische of biologische kwetsbaarheid voor psychische problemen • Prenatale en perinatale factoren • Fysieke gezondheid • Gezondheidsbevorderend gedrag zoals beweging, voeding, slaap, medicatiegebruik, middelengebruik
Socio-demografisch • Kwaliteitsvolle opleiding • Kwaliteitsvolle job • Adequate huisvesting • Voldoende inkomen	**Levenservaringen en opportuniteiten** • Belangrijke transities zoals rouw, verlies van job, pensioen • Migratie naar het buitenland of binnen eigen land • Hobby's en vrije tijd
Op familieniveau	
Familiedynamieken • Hechting • Ouderschap • Gezinscohesie • Gezinsconflicten • Bredere familierelaties	**Familiestructuur** • Zorg dragen voor naasten • Intergenerationeel bevoordeeld of benadeeld zijn • Gezinssamenstelling • Relatie met een partner
Op gemeenschapsniveau	
Sociale omgeving • Sociale steun en netwerk • Sociale inclusie en cohesie • Maatschappelijke betrokkenheid • Bewustwording inzake geestelijke gezondheid	**Geografische en fysieke omgeving** • Stedelijke vs. landelijke / afgelegen regio's • Bebouwde vs. natuurrijke omgeving • Achtergestelde buurten • Veiligheid in de gemeenschap
Systemen en dienstverlening • Welzijns- en gezondheidszorg • Publieke dienstverlening • Strafrechtelijk systeem	
Op structureel niveau	
Industrie • Commerciële factoren • Media en reclame	**Normen en rechten** • Discriminatie en stigmatisering • Sociale en culturele normen in de samenleving • Mensenrechten en rechtvaardigheid
Overheid en politiek • Economie • Beleid en wetgeving • Sociaal zekerheidsstelsel • Politieke structuren en klimaat • Geopolitiek en gebeurtenissen in de wereld	**Ruimere factoren** • Gelijke en eerlijke verdeling van middelen • Klimaatverandering • Vluchtelingencrisis

3 Typologieën inzake geestelijke gezondheidsbevordering en preventie

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

Twee meer gediversifieerde typologieën die veelvuldig als kader gebruikt worden in de wetenschappelijke literatuur en in beleidsteksten zijn de opdeling van Caplan[4] (1964) volgens ziekteverloop en de opdeling van *the Institute of Medicine*[5] (IOM, 1994) volgens doelgroep (Tabel 2).

Tabel 2 Typologie van Caplan (1964) en de IOM (1994).

Opdeling volgens ziekteverloop	Opdeling volgens doelgroep
Primaire preventie: interventies die voorkomen dat psychische problemen zich ontwikkelen	**Universele preventie:** interventies die gericht zijn op de hele bevolking of op bepaalde bevolkingsgroepen
Secundaire preventie: interventies die voorkomen dat psychische problemen langdurig, ernstig of chronisch worden	**Selectieve preventie:** interventies die gericht zijn op groepen met een verhoogd risico op psychische problemen of suïcide
Tertiaire preventie: interventies die de impact van ernstige psychische problemen verminderen	**Geïndiceerde preventie:** interventies die gericht zijn op groepen met psychische problemen of suïcidale gedachten

Arango et al.[6] (2018) combineren de opdelingen van Caplan en de IOM tot één geheel om de veelheid aan strategieën, programma's of maatregelen om geestelijke gezondheid te bevorderen en psychische problemen aan te pakken mee op te delen. Deze typologie wordt vandaag het meest gehanteerd en onderscheidt zes grote types van preventiestrategieën, zoals weergegeven in Tabel 3. **Het beleidsplan GGB richt zich op de eerste drie preventietypes: GGB, primaire universele preventie en primaire selectieve preventie** (groen in de tabel)**. De laatste drie preventietypes betreffen het** behandelen van (sub)klinische psychische problemen en vallen buiten de scope van het beleidsplan GGB.

Tabel 3 Typologie van Arango et al. (2018).

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

4 Beleidsprioriteiten inzake geestelijke gezondheidsbevordering en preventie

4.1 Geestelijke gezondheidsbevordering vanuit een public health benadering

Overheden zijn wel eens geneigd om een groot deel van hun budget te spenderen aan interventies die zich richten tot doelgroepen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van psychische problemen of die reeds psychische problemen hebben. Deze interventies situeren zich meestal binnen het domein van de gezondheidszorg, richten zich tot een selecte groep binnen de samenleving en zijn meestal kostelijker doordat ze vaak gebaseerd zijn op een één-op-één-aanpak[8]. Het is echter aangewezen om een gediversifieerd preventieaanbod te voorzien dat het hele spectrum van interventietypes dekt. Dat betekent dat er voldoende oog dient te zijn voor interventies die de geestelijke gezondheid en het mentaal welbevinden van de hele bevolking bevorderen, risicofactoren in de algemene bevolking aanpakken en zich meer op het niveau van de gemeenschappen en de samenleving afspelen.

4.2 Een levensloop- en settinggerichte benadering

Een levensloopgerichte aanpak erkent het dynamische verloop van een mensenleven en biedt interventies aan die inspelen op belangrijke scharniermomenten die gepaard gaan met risicofactoren zoals de geboorte, de kinder- en jeugdjaren, de volwassenheid en de oudere leeftijd. Risicofactoren kunnen in alle levensfasen optreden, maar wanneer ze zich in de vroege levensjaren manifesteren, kunnen ze zelfs decennia later nog steeds een nefaste invloed hebben op de geestelijke gezondheid en bijdragen tot de ontwikkeling van psychische problemen. Dit impliceert dat het aanpakken van risicofactoren bij baby's, kleuters, kinderen en jongeren en hun ouders in het bijzonder aanbevelingswaardig is.

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

4.3 Een intersectorale en Health in All Policies aanpak

Geestelijke gezondheid is een complex concept dat beïnvloed wordt door een breed scala aan determinanten die zich vaak buiten het traditionele domein van de gezondheidszorg afspelen. Inkomen, onderwijs, werk, huisvesting en migratie zijn enkele voorbeelden van bepalende sociale determinanten. Een nauwe samenwerking tussen verschillende sectoren is vereist om op een integrale manier de geestelijke gezondheid van burgers te bevorderen. Dit idee ligt aan de basis van de *Health in All Policies* (HiAP) benadering die onder meer door de WHO wordt gepromoot en ervoor pleit om het gezondheidsbeleid over beleidsdomeinen en -niveaus heen te tillen[9].

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

Hoewel het nastreven van HiAP in theorie goed klinkt, kan de implementatie ervan uitdagend zijn omwille van meerdere moeilijkheden die zich kunnen stellen [10]:

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

4.4 Inzetten op effectieve en kosteneffectieve interventies

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

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

4.5 Maar ook voldoende ruimte laten voor innovatie

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

Dat leidt tot de vraag wat kan worden begrepen onder beloftevolle innovatieve interventies. De effectladder van Van Yperen en Veerman (2008), oorspronkelijk ontwikkeld voor de opdeling van interventies in de jeugdzorg, is in dat opzicht een handig model om te bepalen of een interventie beloftevol en innovatief is[11]. Het model onderscheidt vier treden die elk gepaard gaan met een bepaald kwalificatieniveau en met verschillende soorten onderzoek (zie Tabel 4):

Tabel 4 Effectladder van Van Yperen en Veerman over het niveau van bewijskracht van interventies[7].

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

Hoofdstuk 3
Onderzoeksmethode

1 Overzicht van de gebruikte methoden

Er werden diverse methoden gebruikt om te komen tot een wetenschappelijk onderbouwd en gedragen beleidsplan GGB. Tabel 5 geeft een overzicht van de gehanteerde onderzoeksmethoden per onderdeel van het beleidsplan, in de volgorde zoals deze beschreven worden in dit rapport.

Tabel 5 Overzicht van gebruikte onderzoeksmethoden.

Onderdeel beleidsplan	**Onderbouwing**	**Hoofdstuk**
Afbakening, missie, visie, strategie, en leidende principes van het beleidsplan	• Explorerende literatuurstudie • Afstemming tijdens stakeholdermeeting 1	4
Determinanten van geestelijke gezondheid	• Explorerende literatuurstudie • Afstemming in rondetafelgesprekken per levensfase tijdens stakeholdermeeting 1 • Doelgerichte aftoetsing aan de literatuur • Mogelijkheid tot schriftelijke feedback van stakeholders	5
Strategische en operationele doelstellingen van het beleidsplan	• Eerste aanzet verder bouwend op determinanten en kansen om in te spelen op determinanten • Afstemming in rondetafelgesprekken per levensfase tijdens stakeholdermeeting 2 • Mogelijkheid tot schriftelijke feedback van stakeholders en experten	6
Effectieve interventies	• Verdiepende systematische literatuurstudie (review van reviews)	7
Kosteneffectieve interventies	• Verdiepende systematische literatuurstudie (review van reviews) • Toepassing van de dominance ranking methode om individuele studies te beoordelen	8
Gezondheidseconomisch raamwerk	• Exploratieve literatuurstudie • Selectie best beschikbare instrumenten • Vertaalslag naar GGB en de Vlaamse context	9
Indicatoren	• Explorerende literatuurstudie • Afstemming met indicatorenwerkgroep • Documentanalyse van databronnen • Afstemming met bronhouders • Afstemming met experten per levensfase	10
Aandachtspunten en aanbevelingen	• Afstemming met experten	11

2 Afstemming met relevante actoren

Om te komen tot een breed gedragen beleidsplan GGB werd er intensief afgestemd met diverse groepen belanghebbenden. Dit omvatte stakeholders, partners met kennis over indicatoren en academici met expertise in geestelijke gezondheid.

2.1 Afstemming met stakeholders

Tijdens het project vonden er drie participatieve sessies plaats met stakeholders. De samenstelling van de groep van stakeholders werd door de projectgroep bepaald om te zorgen voor een vertegenwoordiging vanuit de verschillende doelgroepen binnen het domein van GGB, en een goede mix van perspectieven vanuit beleid, academische expertise, kennis- of belangenorganisaties en terreinwerking. Er waren 63 stakeholders betrokken in het project (zie Figuur 3 voor een overzicht).

Figuur 3 Overzicht met de logo's van de betrokken stakeholders.

Tabel 6 geeft een overzicht van de inhoud van elke bijeenkomst. Tijdens de eerste sessie, eind februari 2024, werden het doel van het project en het traject toegelicht. De interactieve rondetafelgesprekken behandelden de determinanten van geestelijke gezondheid en de kansen om deze te bevorderen. De tweede stakeholdersmeeting in mei 2024 richtte zich voornamelijk op de doelstellingen van het beleidsplan, effectieve interventies en de benodigde samenwerkingen. De derde stakeholdersmeeting in september 2024 focuste op indicatoren om het beleidsplan te evalueren, en nieuwe en op te schalen acties om de geestelijke gezondheid van burgers te versterken.

Tabel 6 Overzicht van de drie stakeholderbijeenkomsten.

Datum	**Aantal aanwezigen**	**Toelichting en afstemming over:**	**Gebruikte methoden**
28 februari 2024 (halve dag)	46	• Het doel en het ontwikkelingstraject van het beleidsplan GGB • De bevindingen uit de exploratiefase • De missie en visie van het beleidsplan GGB • De ambities per levensfase • De determinanten van geestelijke gezondheid • Kansen om de geestelijke gezondheid te bevorderen: sleutelfiguren, momenten en plaatsen	• Interactieve polls (Slido) • Ronde tafels • Prioritering determinanten via post-its en stickers
22 mei 2024 (hele dag)	40	• De strategische en operationele doelstellingen (eerste versie) • De literatuur over effectieve interventies • De rolverdeling, obstakels en voorwaarden om interventies uit te rollen [opdracht van Over de Muur en Möbius, geen onderdeel van dit rapport] • Ketenanalyse en hefboomanalyse: verschillende soorten samenwerkingen die nodig zijn om het beleidsplan GGB te implementeren [opdracht van Over de Muur en Möbius, geen onderdeel van dit rapport] • Criteria voor de sterktebepaling van bestaande acties [opdracht van Möbius, geen onderdeel van dit rapport]	• Interactieve polls (Slido) • Ronde tafels • Aanvulling van actoren, obstakels en voorwaarden via post-its • Denkoefening over ketenanalyse en samenwerking • Online feedback
25 september 2024 (hele dag)	40	• Een samenvatting van het gelopen ontwikkelingstraject • De strategische en operationele doelstellingen (herwerkte versie) • De indicatoren ter evaluatie van het beleidsplan • Het gezondheidseconomisch raamwerk • Nieuwe voorstellen voor acties, gepitcht door stakeholders [opdracht van Möbius, geen onderdeel van dit rapport] • Portfoliomanagement van op te schalen en nieuwe acties [opdracht van Möbius, geen onderdeel van dit rapport]	• Interactieve polls (Slido) • Plenaire pitches met online feedback • Netwerking over samenwerkingen in nieuwe en op te schalen acties

2.2 Indicatorenwerkgroep

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

- Sciensano (Gezondheidsenquête, Preventiebarometer)
- JOP-monitor
- HBSC-studie (UGent)
- Gezond Leven, Preventiepeiling
- Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ)
- I-CHER UGent
- Opgroeien
- Ouderenbehoefteonderzoeken (VUB)
- Departement Zorg

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

Na een uitgebreide documentanalyse van de bestaande bevragingen vond op 4 september 2024 een tweede onlinebijeenkomst plaats om de weerhouden databronnen, de longlist van indicatoren en de indeling en reductie van indicatoren te bespreken met de indicatorenwerkgroep. Tijdens deze bijeenkomst werden ook hiaten geïdentificeerd; dit zijn doelstellingen van het beleidsplan waarvoor momenteel geen structurele Vlaamse indicatoren beschikbaar zijn. Er werden potentiële nieuwe indicatoren besproken om deze hiaten op te vullen.

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

2.3 Expertenpanel

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

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

3 Literatuuronderzoek en documentanalyse

3.1 Doelgerichte literatuurstudie

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

3.2 Documentanalyse

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

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

- Bevat relevante indicatoren over geestelijke gezondheid en de determinanten hiervan (op basis van eerste screening);
- Data is beschikbaar en representatief voor het Vlaamse gewest;
- De datacollectie wordt structureel herhaald.

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

3.3 Systematische review

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

3.3.1 Identificatie umbrella reviews

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

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

Zoekstring 1:
((("umbrella review"[Title/Abstract]) OR ("overview of reviews"[Title/Abstract]) OR ("review of reviews"[Title/Abstract]) OR ("evidence synthesis"[Title/Abstract])) AND ((promoti[Title/Abstract] OR prevent*[Title/Abstract] OR universal[Title/Abstract] OR enhance[Title/Abstract] OR support*[Title/Abstract] OR improv*[Title/Abstract] OR targeted[Title/Abstract] OR selective[Title/Abstract]))) AND ((mental*[Title] OR psychologic*[Title] OR emotional[Title])) AND ((y_10[Filter]) AND (meta-analysis[Filter] OR review[Filter] OR systematicreview[Filter]))*

Zoekstring 2:
("Cost-effectiveness" OR "economic evaluations") AND ("mental health prevention" OR "mental health promotion") AND interventions AND ("systematic review" OR meta-analysis OR synthesis OR "umbrella review")

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

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

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

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

- Kuosmanen T, Kepler T, Dowling K, Barry MM (Health Promotion Research Centre National University of Ireland Galway). Evidence Synthesis of Impact of Mental Health Promotion: A systematic rapid evidence assessment of the effectiveness of mental health promotion interventions across the lifecourse; 2022.
- Rickwood DJ, Thomas KA. Mental wellbeing interventions: an Evidence Check rapid review brokered by the Sax Institute for VicHealth; 2019.
- National Institute for Health Research (NIHR) Policy Research Programme. A review of the evidence on mental health and wellbeing promotion interventions delivered outside of education for young people; 2022.
- Early Intervention Foundation (EIF). Adolescent mental health: a systematic review on the effectiveness of school-based interventions; 2021.
- Hart A, Heaver B. Resilience approaches to supporting young people's mental health: Appraising the evidence base for schools and communities; 2015.

Hieruit werd één umbrella review gekozen om op verder te bouwen. De umbrella review die het meest relevant bleek, was een 'evidence synthesis' uitgevoerd door de Ierse onderzoekers Barry et al. in het kader van de ontwikkeling van een 'Healthy Ireland Strategic Action Plan' [8]. Deze 'systematic rapid evidence assessment' synthetiseert bewijs uit 168 systematische reviews over de effectiviteit van interventies ter bevordering van de geestelijke gezondheid en primaire preventie van veelvoorkomende geestelijke gezondheidsproblemen gedurende de hele levensloop, gepubliceerd tussen januari 2017 en oktober 2021.

3.3.2 Systematische search

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

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

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

De zoekstrategie leverde 4194 unieke publicaties op. Alle publicaties werden gescreend op basis van de criteria in Tabel 8. Eerst werd gescreend op titel, wat resulteerde in 834 publicaties. Na de screening op abstract bleven 417 publicaties over, en na de screening van de volledige tekst werden uiteindelijk **209 reviews** weerhouden. Negentien van deze reviews betreffen umbrella reviews. Slechts vijf publicaties focusten op de kosteneffectiviteit van interventies ter bevordering van de geestelijke gezondheid. De resultaten zijn weergegeven in Hoofdstuk 7 (effectieve interventies) en Hoofdstuk 8 (kosteneffectieve interventies).

Tabel 8 Inclusie- en exclusiecriteria van reviews.

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

Hoofdstuk 4
Missie, visie, afbakening en leidende principes van het beleidsplan

Een duidelijke missie en visie vormen de fundamenten van een effectief beleidsplan. Ze bieden richting en ondersteunen besluitvorming op basis van kernwaarden en langetermijndoelen. Een gedeelde missie en visie zorgen voor samenhang en maken het eenvoudiger om de essentie van het beleidsplan helder te communiceren naar diverse belanghebbenden. Daarnaast is een duidelijke afbakening essentieel, vooral omdat geestelijke gezondheidsbevordering een breed en veelzijdig domein is dat op uiteenlopende manier gerealiseerd kan worden. Het beleidsplan moet zich richten op specifieke prioriteiten om effectief en doelgericht te kunnen opereren. Tot slot worden enkele leidende principes gepresenteerd die als rode draad door het gehele beleidsplan lopen. Deze principes dienen als kompas bij de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van het beleidsplan en dragen bij aan een samenhangende en consistente aanpak.

1 Methode

Het vertrekpunt voor de missie, visie, afbakening en strategie werd geformuleerd op basis van de exploratiefase beschreven in Hoofdstuk 2, gevolgd door een brainstorm binnen het Consortium. Gedurende de eerste stakeholdersessie werd de eerste versie van de missie, visie en ambities per levensfase voorgesteld aan de stakeholdergroep. De deelnemers hadden de mogelijkheid om feedback te geven. Deze feedback werd vervolgens verwerkt en in de tweede stakeholdersessie opnieuw voorgesteld aan de stakeholdergroep.

2 Resultaten

2.1 Missie en visie

De missie van het beleidsplan geeft het fundamentele doel van het beleidsplan weer en luidt als volgt:

> *"We bouwen aan een samenleving waarin iedereen geboren wordt, opgroeit, leeft en oud wordt met een **optimale geestelijke gezondheid**."*

De visie van het beleidsplan beschrijft het ambitieus gedeeld beeld van de toekomst, als basis van de strategische doelen, en drukt uit hoe het beleidsplan de missie kan waarmaken:

> *"We streven ernaar dat iedereen een **zo hoog mogelijk mentaal welbevinden** ervaart en **zo weinig mogelijk psychische problemen** ontwikkelt.*
>
> *We zetten in op de **versterking van beschermende factoren** die de geestelijke gezondheid bevorderen, de **preventie van risicofactoren** die de geestelijke gezondheid ondermijnen, en de ontwikkeling van het **vermogen om veerkrachtig om te gaan met tegenslagen en uitdagingen** die eigen zijn aan het leven.*
>
> *We richten ons **naar iedereen**, met **speciale aandacht voor diegenen in kwetsbare situaties**, en dat binnen de **verschillende settings** waar het leven van burgers zich afspeelt zoals het gezin, het*

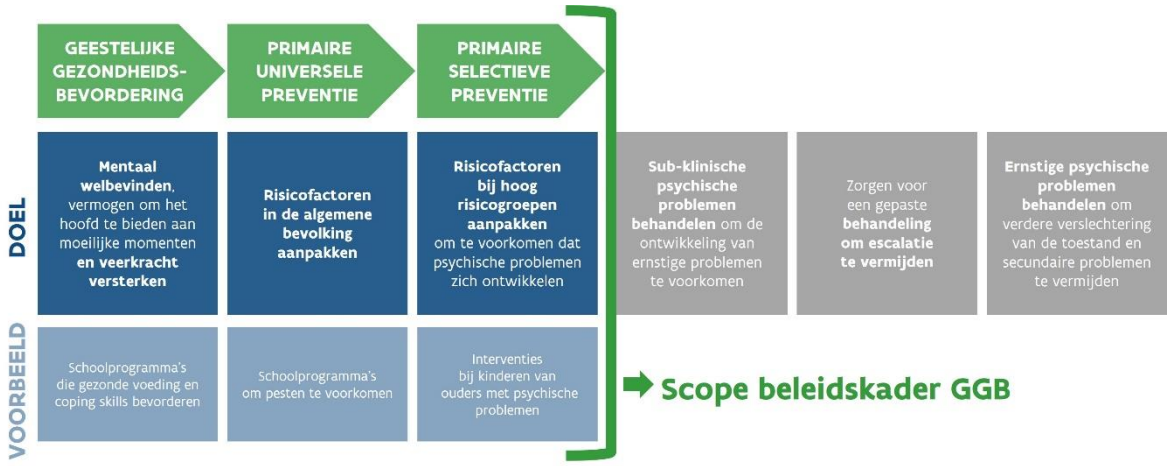
onderwijs, de zorg, de werkplek, de vrije tijd, en in steden en gemeenten. Hierbij hebben we ook oog voor de ***ontwikkeling en de context van het individu****."*

2.2 Afbakening doelgroep

Figuur 4 geeft de afbakening van de doelgroep en acties van het beleidsplan GGB weer. De focus van het beleidsplan ligt op geestelijke gezondheidsbevordering: het versterken van positief mentaal welzijn en veerkracht van de ganse populatie. Het beleidsplan richt zich eveneens op primaire preventie van psychische problemen, zowel in de algemene bevolking (m.a.w. universele preventie) als in bevolkingsgroepen met een gekende verhoogde kwetsbaarheid (m.a.w. selectieve preventie).

Acties die zich richten op de detectie van psychische klachten en de toeleiding en behandeling van (sub)klinische psychische problemen vallen buiten de scope van het beleidsplan. Ook acties die zich richten op het voorkomen van herval worden niet geïncludeerd in het beleidsplan GGB, evenals acties die te maken hebben met de toegankelijkheid of kwaliteit van psychische zorgverlening.

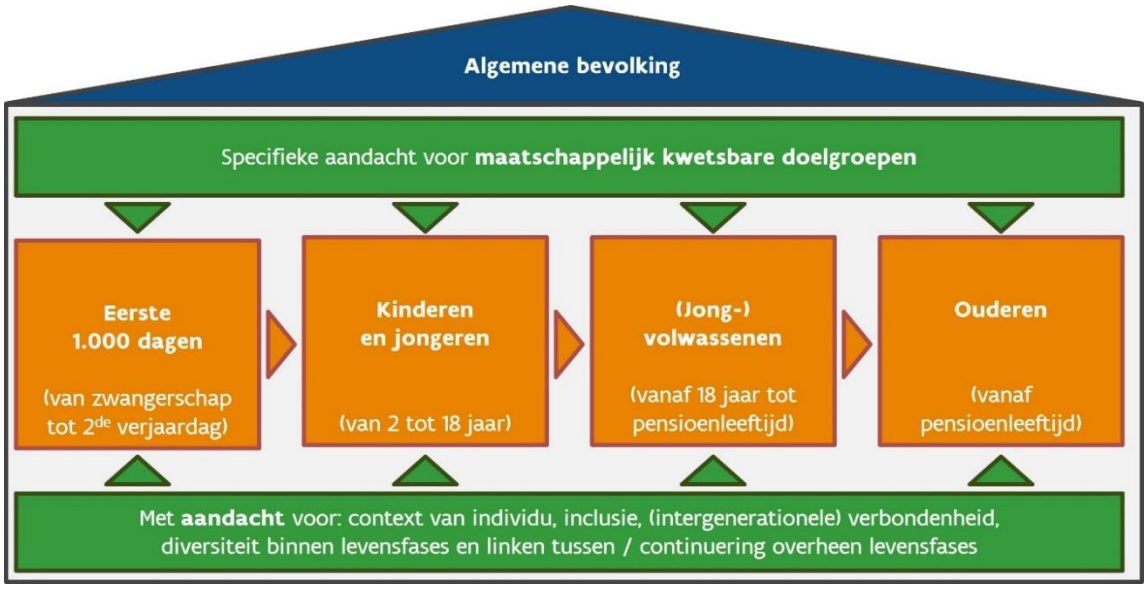
Figuur 4 Afbakening van het beleidsplan GGB.



2.3 Leidende principes

Het beleidsplan GGB vertrekt van een levensloopbenadering en enkele leidende principes, weergegeven in Figuur 5.

Figuur 5 Levensloopbenadering en fundamenten van het beleidsplan GGB.



2.3.1 Levensloopbenadering

Het beleidsplan GGB is gebaseerd op een levensloopbenadering, waarbij aandacht wordt besteed aan de geestelijke gezondheid gedurende alle levensfasen, van ongeboren kinderen tot ouderen. Door de gehele levensloop heen wordt erkend dat de geestelijke gezondheid zich voor iedere levensfase ontwikkelt onder invloed van verschillende unieke uitdagingen en transities, en zich afspeelt in verschillende settings. Naast een set aan populatiebrede doelstellingen, zijn daarom ook strategische en operationele doelstellingen geformuleerd voor vier levensfasen:

- Eerste duizend dagen: van de conceptie tot het kind 2 jaar wordt

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

- Kinderen en jongeren: van 2 tot 18 jaar

  Geestelijk gezond Opgroeien: Kansen creëren voor heden en toekomst

- (Jong)volwassenen: van 18 jaar tot de pensioenleeftijd

  Geestelijk gezond Balanceren: Rollen combineren met ruimte voor verdere ontplooiing

- Ouderen: vanaf de pensioenleeftijd (ca. 65 jaar)

  Geestelijke gezond Participeren: Een betekenisvol en kwaliteitsvol verder leven

Deze indeling wordt eveneens gehanteerd voor interventies. De doelstellingen en interventies kunnen aldus inspelen op veranderende behoeften. In de kindertijd en adolescentie zijn positieve omgevings-invloeden vanuit het gezin en het onderwijs cruciaal voor de sociaal-emotionele ontwikkeling. In de volwassenheid speelt het werk, en vooral de balans tussen het werk en het gezinsleven, een belangrijke rol. Bij ouderen neemt het risico op eenzaamheid en isolatie toe door het wegvallen van het werk, en

een grotere kans op gezondheidsproblemen en het verlies van naasten. Daarom wordt tijdens deze levensfase ingezet op betekenisvolle activiteiten, verbinding en het behoud van levenskwaliteit en autonomie.

2.3.2 Aandacht voor personen in een kwetsbare positie

Extra aandacht voor personen in een kwetsbare positie is belangrijk om ongelijkheden in de samenleving aan te pakken. Maatschappelijk kwetsbare groepen hebben vaker te maken met gezondheids- en sociale problemen en kunnen barrières ondervinden inzake de toegang tot zorg, werk en huisvesting. Door personen uit kwetsbare groepen beter te ondersteunen, wordt gewerkt aan het herstellen van hun disproportionele achterstand en kan men aldus sociale rechtvaardigheid bevorderen.

Dit past binnen het principe van proportioneel universalisme. Proportioneel universalisme betekent dat beleidsmaatregelen en interventies voor de gehele bevolking beschikbaar zijn, maar dat de intensiteit en focus verschillen naargelang de behoeften van specifieke groepen. Dit is wenselijk omdat universele acties vaak onvoldoende zijn voor kwetsbare groepen of hen onvoldoende bereiken. Zonder speciale aandacht voor kwetsbaarheid bestaat het risico dat universele acties de bestaande ongelijkheden zelfs verder vergroten.

Hoofdstuk 5
Prioritaire en belangrijke determinanten van geestelijke gezondheid

1 Methode

In het kader van het ontwikkelingstraject om te komen tot een beleidsplan GGB, besloot het consortium om een selectie te maken van determinanten van geestelijke gezondheid waarop het beleidsplan prioritair dient in te spelen. Deze determinanten vormden later de basis voor de strategische en operationele doelstellingen van het beleidsplan. De selectie van determinanten is gebaseerd op een combinatie van literatuur en de mening van stakeholders. Het conceptueel kader van de NHIR School for Public Health Research van de UK [3] (zie Hoofdstuk 2.2), dat de belangrijkste determinanten van een *public mental health* programma in kaart brengt, vormde het vertrekpunt. Tijdens de eerste stakeholdersbijeenkomst werd deze lijst van determinanten ter discussie voorgelegd aan de stakeholders, die in kleinere groepen per levensfase werden verdeeld:

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

De groepen beantwoorden twee hoofdvragen:

1) Wat zijn per levensfase aanvullende belangrijke determinanten (m.a.w. niet opgenomen in de lijst uit de literatuur) die de geestelijke gezondheid bevorderen of ondermijnen?

De deelnemers noteerden hiervoor eerst individueel ideeën op post-its, waarna deze per tafel in groep werden besproken.

2) Welke van de determinanten (zowel uit literatuur als aanvullend) zijn prioritair in Vlaanderen?
   Een determinant kan om diverse redenen prioritair zijn: omdat deze heel bepalend is voor de geestelijke gezondheid in Vlaanderen, omdat deze de afgelopen jaren onderbelicht bleef of er onvoldoende rond gebeurde, en/of omdat de aanpak de afgelopen jaren niet helemaal goed zat.

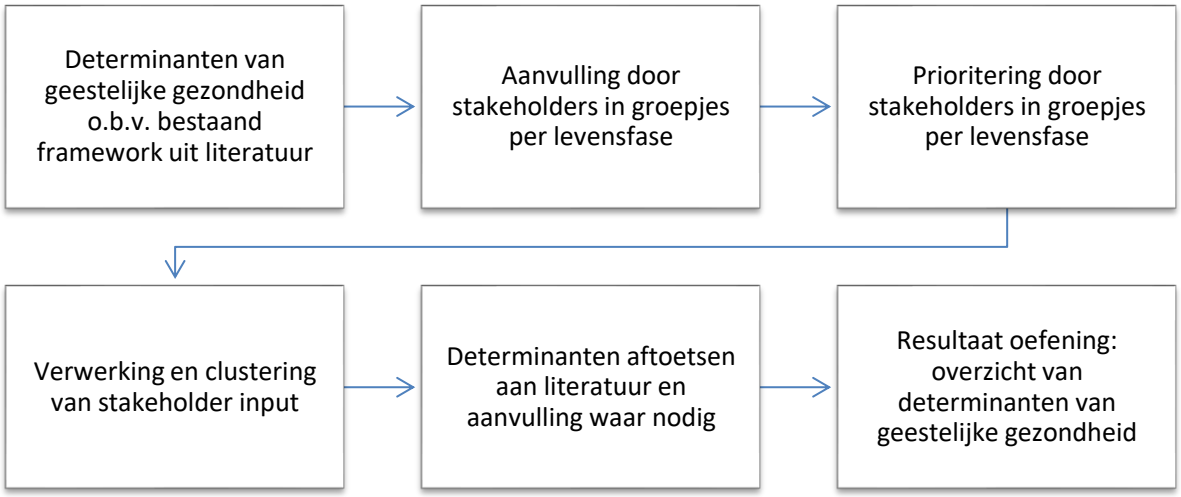
De deelnemers kleefden eerst individueel stickers bij de determinanten die ze het meest prioritair achten. Vervolgens werden de determinanten op basis van groepsdiscussie gegroepeerd als prioritair (= top vijf) en belangrijk (stickers, maar niet in top vijf).

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

Stakeholders kregen via mail de kans om input te geven op de lijst met prioritaire en belangrijke determinanten. In een vervolgstap werden deze determinanten getoetst aan de wetenschappelijke literatuur. De lijst werd aangevuld met andere determinanten die buiten de selectie van de stakeholders vallen maar wel sterke evidentie hebben in de literatuur (= aanvullende determinanten). De literatuur-

check verliep op een pragmatische (= niet systematische) en doelgerichte manier, waarbij vertrokken werd van de bronnen geïdentificeerd in de exploratiefase en via Google verder zochten naar reviews over de rol van iedere determinant als risicofactor van geestelijke gezondheidsproblemen en/of als target in geestelijke gezondheidsbevordering en preventie. De flow om te komen tot het resultaat van de oefening, namelijk een overzicht aan prioritaire en belangrijke determinanten, wordt weergegeven in Figuur 6.

Figuur 6 Flowdiagram over de totstandkoming van het overzicht aan determinanten.



2 Resultaten

Tabel 9 geeft een overzicht van de prioritaire, belangrijke en aanvullende determinanten voor iedere levensfase. Determinanten waarvoor minder onderzoek beschikbaar is, worden aangeduid met een asterisk. In wat volgt, wordt de evidentie voor de verschillende determinanten per levensfase beknopt toegelicht. Op basis daarvan worden tot slot enkele risicogroepen voor selectieve preventie besproken.

Tabel 9 Prioritaire en belangrijke determinanten volgens de stakeholders, met aanvullende determinanten uit de literatuur.

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

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

2.1 Eerste duizend dagen

Psychosociaal welzijn van ouders

Zwangere vrouwen hechten veel waarde aan psychosociale ondersteuning en informatie naast de medische opvolging. Ze waarderen ook de mogelijkheid om ervaringen uit te wisselen met andere zwangere vrouwen [9]. De zwangerschap is een periode van verhoogde stress op fysiek, psychisch en sociaal vlak. Aanhoudende en te hoge prenatale stress wordt echter in verband gebracht met vroeggeboorte, postpartum depressie, angst en foetale problemen [10]. Er is ook bewijs dat de geestelijke gezondheid van de ouders invloed heeft op de intergenerationele overdracht van gehechtheid [11]. De stakeholders benadrukken op dat het belangrijk is om niet alleen kwetsbare groepen, maar ook de grote middengroep aan ouders te ondersteunen.

Sociale steun, sociaal netwerk en verbondenheid

Onderzoek toont aan dat sociale steun tijdens de zwangerschap het risico op psychische problemen bij de moeder verkleint [12]. De focus mag echter niet uitsluitend op de moeders liggen. Ook de vader, een plusouder, de ruimere familie en de buurt waarin mensen leven, spelen een belangrijke rol.

Veerkracht en coping vaardigheden

Nieuwe of extra zorgverantwoordelijkheden en bijkomende uitdagingen, zoals slaapgebrek, kunnen ouders onder druk zetten. Dit vereist veerkrachtvaardigheden, zoals stressregulatie en flexibiliteit, die toelaten om beter om te gaan met de toegenomen stress. Een conceptanalyse met Belgische stakeholders (clinici, onderzoekers, moeders en vaders…) definieerde 'perinatale veerkracht' als een circulair proces van persoonlijke groei, gezinsbalans en aanpassing of acceptatie bij confrontatie met stressoren tijdens de perinatale periode [13]. De vijf bepalende kenmerken van perinatale veerkracht zijn sociale steun, zelfeffectiviteit, eigenwaarde, emotieregulatie en persoonlijkheid. Interviews met Vlaamse moeders gebruik maakten van een gespecialiseerde moeder-kind unit binnen een geestelijke gezondheidsvoorziening, toonden aan dat er in de huidige reguliere kraamzorg geen aandacht is voor veerkracht en de moeder-kind dyade [14].

Levensstijl en gezondheidsgedrag

Het is uitdagend, maar juist extra belangrijk om tijdens en na de zwangerschap voldoende aandacht te besteden aan een gezonde en gebalanceerde levensstijl. Verschillende leefstijlfactoren, zoals beweging, voeding en slaap, zijn verbonden met de geestelijke gezondheid in de eerste duizend dagen [15,16].

Combinatie werk-gezin

Er is beperkte wetenschappelijke evidentie over de relatie tussen het werk van de ouder(s) en geestelijke gezondheid in de perinatale periode. De meeste literatuur richt zich op de relatie tussen het werk van de ouder en de geestelijke gezondheid van ouder en/of kind in het algemeen. Een systematische review vond onduidelijke resultaten over de impact van de werk-gezin balans op de geestelijke gezondheid van kinderen, en stelde vast dat deze associatie beïnvloed wordt door ouderlijke eigenschappen en de geestelijke gezondheid van de ouders [17]. Een andere review onderzocht interventies op de werkvloer om het welzijn van ouder(s) en hun gezinnen te verbeteren (bv. controle over werkschema, verlof en vrije dagen) en vond verbeteringen in slaap en stress, de werk-privé balans en ouder-kind relaties [18]. Hoewel werkinterventies voor ouders veelbelovend zijn, is de bewijskracht zwak. Vooral de regelgeving

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

Zorgzaam ouderschap en opvoeding

De hechting tussen baby's en verzorger(s) is cruciaal voor een gezonde sociaal-emotionele ontwikkeling [19]. Een veilige hechting ontstaat dankzij een warme, responsieve en consequente band met ten minste één verzorger. Veilige hechting vormt een beschermende factor voor de geestelijke gezondheid later in het leven en bevordert de ontwikkeling van neurale structuren die leiden tot betere emotionele regulatie, aandacht en zelfcontrole. Hechting legt zo een basis voor veerkracht.

2.2 Kinderen en jongeren

Sociaal-emotionele vaardigheden

Sociaal-emotionele vaardigheden (SEV) omvatten de competentie om succesvol met anderen te communiceren, eigen emoties en gedrag te reguleren, empathisch te denken, en problemen op te lossen. Deze vaardigheden zijn ook cruciaal voor de identiteitsontwikkeling, zoals het opbouwen van een positief zelfbeeld, positief lichaamsbeeld en zelfvertrouwen. Uit een systematische review blijkt dat het mogelijk is SEV aan te leren en dat het trainen van deze vaardigheden leidt tot verbeteringen in de geestelijke gezondheid, prosociaal gedrag, sociale vaardigheden, middelengebruik, positief zelfbeeld en academische prestaties [20,21]. Een bijkomend voordeel is dat leerkrachten en ander schoolpersoneel dergelijke trainingsprogramma's effectief kunnen aanbieden, waardoor het mogelijk is om deze interventies te integreren in alle graden van het onderwijs (kleuterschool, lagere school en middelbare school).

Sociale steun, sociaal netwerk en verbondenheid

De stakeholders benadrukken dat de kwaliteit van de sociale omgeving prioritair is, met name de mate waarin het gezin en het sociaal netwerk kan voldoen aan de basisbehoeften van kinderen en jongeren. Een systematische review ondersteunt de bevinding dat zowel sociaal kapitaal binnen de familie als in de ruimere gemeenschap belangrijk is voor de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren [22].. Voor adolescenten is verbondenheid met leeftijdsgenoten, de gemeenschap en de school essentieel [23]. Een systematische review toont bovendien aan dat het mogelijk is om verbondenheid op school te bevorderen, bijvoorbeeld door meer te focussen op de sterktes van leerlingen en door positieve interacties tussen leerlingen onderling en tussen schoolpersoneel en leerlingen te stimuleren [24].

Gezinsrelaties

De kwaliteit van de ouder-kind relatie en de opvoeding, evenals de band met broers en zussen, de relatie tussen (plus)ouders onderling en de bredere familierelaties, zijn van groot belang. Voor kinderen zijn ouder-kind conflicten en een gebrek aan zorgzaamheid voorspellers voor psychische problemen [25]. De impact van de kwaliteit van andere gezins- en familierelaties op de geestelijke gezondheid is minder goed onderzocht. Specifiek voor adolescenten toont een systematische review dat er een consistent verband is tussen geestelijke gezondheid en de kwaliteit van communicatie tussen ouder en kind. Interventies die inspelen op ouder-kind communicatie zijn slechts beperkt onderzocht [26].

'Mattering' (gevoel van belang te zijn)

Inspraak en betrokkenheid zijn belangrijke factoren in alle leefomgevingen van kinderen en jongeren. De stakeholders verwijzen in het bijzonder naar het concept 'mattering': als kind of jongere ertoe doen;

gezien, gehoord en geloofd worden. Dit wordt gestimuleerd door positief contact met zorgzame volwassenen, zoals erkenning krijgen van leerkrachten [27]. Het is belangrijk dat kinderen en jongeren voldoende autonomie krijgen om te mogen zoeken, vallen en opstaan.

Fysieke omgeving en openbare ruimte

De fysieke omgeving speelt ook een belangrijke rol voor kinderen en jongeren, zoals de kwaliteit van de schoolomgeving en de toegang tot natuur. Een systematische review toont bijvoorbeeld een verband aan tussen toegang tot de natuur en mentaal welzijn, hoewel de bewijskracht zwak is en er geen evidentie voor een causaal verband is [28].

Leerkansen en succeservaringen

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

Fysieke activiteit

Een gezonde levensstijl bevordert de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren. Stakeholders benadrukken vooral het belang van fysieke activiteit. Systematische reviews tonen aan dat interventies gericht op fysieke activiteit het mentaal welbevinden van kinderen en jongeren aanzienlijk verbeteren, hoewel de impact op de preventie van psychische problemen minder duidelijk is [29,30]. Fysieke activiteit biedt extra bescherming wanneer het wordt gecombineerd met sociale activiteiten; zo is deelname aan teamsport bijvoorbeeld gekoppeld aan een lager risico op psychische problemen[31].

Pesten

Pesten, inclusief cyberpesten, is nauw verbonden met de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren. Zowel pesters als slachtoffers lopen een hoger risico op depressieve symptomen [32]. Interventies om pesten aan te pakken, maken gebruik van sociale steun van leeftijdsgenoten, coping vaardigheden, en schoolprogramma's gebaseerd op psycho-educatie [33].

Transitiemomenten en overgangsfases

Tijdens belangrijke transitiemomenten van kinderen en jongeren, zoals de overgang van de lagere school naar het middelbaar, ontbreekt vaak de nodige ondersteuning. Een systematische review toont aan dat bepaalde interventies effectief kunnen zijn in het ondersteunen van kinderen en jongeren bij de overgang tussen schoolomgevingen [34]. Er zijn vooral effecten op sociaal welzijn (bv. waargenomen sociale steun), terwijl de effecten op emotioneel welzijn (bv. stress) gemengd zijn. De kenmerken van de interventies variëren afhankelijk van de leeftijd van de jongeren die de overgang doormaken. Bij jongere kinderen ligt de nadruk vooral op opvoeding en de schoolomgeving, terwijl er bij oudere jongeren meer aandacht gaat naar sociale steun tijdens de overgang naar het hoger onderwijs.

De bespreekbaarheid van geestelijke gezondheid en mental health literacy

Stigma ten aanzien van psychische problemen heeft een negatieve invloed op de bespreekbaarheid van geestelijke gezondheid. Dit hangt samen met mental health literacy, wat verwijst naar de kennis en vaardigheden die nodig zijn om een goede geestelijke gezondheid te bevorderen en te behouden. Het concept bestaat uit verschillende componenten: begrijpen hoe je een goede geestelijke gezondheid kunt verkrijgen en behouden, inzicht hebben in psychische stoornissen en hun behandeling, positieve attitudes hebben ten aanzien van psychische problemen en indien nodig hulpzoekgedrag stellen.

Interventies gericht op stigma en mental health literacy bij kinderen en jongen laten consistente verbeteringen zien in geestelijke gezondheidsvaardigheden en kennis. Hoewel er een positief maar zwak effect is op attitudes en stigma, is er geen effect op hulpzoekgedrag [35-37]. Het is daarnaast belangrijk om specifiek aandacht te besteden aan de kennis en vaardigheden van ouders, leerkrachten en andere verzorgers zodat zij tijdig psychische problemen bij kinderen en jongeren kunnen herkennen en hulp kunnen inschakelen [38].

Maatschappelijke verwachtingen en druk

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

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

Klimaatangst, oftewel de bezorgdheid over de planeet als gevolg van klimaat- en andere milieuveranderingen, is een recent concept dat door de stakeholders wordt genoemd als een belangrijke determinant van een verminderde geestelijke gezondheid bij kinderen en jongeren. Een scoping review wijst erop dat er nog veel hiaten zijn in de huidige literatuur en concludeert op basis van correlatiestudies dat kinderen en jongeren met klimaatangst emoties ervaren zoals boosheid, verdriet, schuldgevoel en hopeloosheid [39].

Schoolstress en academische druk

Hoge academische eisen kunnen een beschermende factor zijn voor de geestelijk gezondheid van kinderen en jongeren, indien ze realistisch zijn. Wanneer de verwachtingen echter te hoog zijn, kunnen ze leiden tot prestatiedruk, faalangst en obsessief schoolwerk. Een systematische review rapporteert dat een hoge academische druk gepaard gaat met negatieve uitkomstmaten zoals depressie, angst, zelfbeschadiging, suïcidaliteit en zelfmoordpogingen bij schoolgaande kinderen en adolescenten [40].

2.3 Volwassenen

Het hebben van kwaliteitsvol werk

Het hebben van een goede baan is voor veel mensen een beschermende factor voor hun geestelijke gezondheid, terwijl werkloosheid juist een negatieve impact heeft [41]. Daarentegen is werk vaak een bron van chronische stress. Een meta-analyse toont aan dat vooral onevenwichtig werk, beroepsonzekerheid en een gebrek aan waardering en respect op de werkvloer tot psychische problemen kunnen leiden. Meer specifieke factoren die samenhangen met een negatieve geestelijke gezondheid zijn: hoge taakeisen, weinig controle over het werk, een onevenwicht tussen inspanning en beloning, weinig rechtvaardigheid, stress over de eigen rol, pesten en weinig sociale steun [42]. Het feit dat de oorzaak van burn-out en andere psychische werkgerelateerde klachten vaak te herleiden is tot structurele factoren in de werkomgeving, wijst op het belang van multifactoriële interventies op organisatieniveau.

Sociale steun, sociaal netwerk en verbondenheid

Er is sterke evidentie dat sociale steun de geestelijke gezondheid bevordert en bescherming biedt tegen psychische problemen [43]. Vooral de steun van de partner is belangrijk voor volwassenen, gevolgd door die van familie en vrienden [44]. Het sociale netwerk zorgt ook voor ontspanning en gevoelens van verbondenheid. Een systematische review onderzocht hoe sociale relaties de geestelijke gezondheid van volwassenen beïnvloeden en welke omstandigheden gunstige van ongunstige relaties onderscheiden [45].

De kwaliteit en inhoud van relaties hebben een cruciaal effect op de geestelijke gezondheid. De bevindingen suggereren dat interventies die sociale relaties ondersteunen potentieel hebben om de geestelijke gezondheid te verbeteren. Ook digitale interventies kunnen helpen bij het ontwikkelen en versterken van relaties, mits er voldoende aandacht is voor de kwaliteit en inhoud van deze relaties.

Stigma en discriminatie

Stigma en discriminatie kunnen de geestelijke gezondheid ernstig ondermijnen, vooral bij minderheidsgroepen en personen met een (psychosociale) kwetsbaarheid of beperking. Deze groepen kunnen uitsluiting of structurele discriminatie ervaren op verschillende gebieden, zoals werk, huisvesting en het sociale leven. Waargenomen discriminatie veroorzaakt verhoogde stressreacties en is gerelateerd aan ongezond gedrag [46]. Een review toont aan dat interventies gericht op het verminderen van stigma effectief zijn om positieve attitudeveranderingen te bekomen [47].

Veerkracht en coping vaardigheden

Veerkracht heeft een positieve impact op de geestelijke gezondheid en speelt vooral een rol bij het omgaan met ingrijpende levensgebeurtenissen. Het fungeert als een buffer en zorgt voor herstel na tegenslagen. Belangrijke aspecten van veerkracht zijn het toepassen van geschikte copingstrategieën, emotie- en stressregulatie, flexibiliteit en het benutten van externe sociale steun. De meeste veerkrachtinterventies zijn gebaseerd op principes uit de cognitieve gedragstherapie en/of mindfulness, waarbij een combinatie van beide de beste resultaten oplevert [48]. Zelfzorg is ook een essentieel onderdeel en omvat het bewaken van persoonlijke grenzen en het tijdig ingrijpen (bv. het rustiger aan doen op het werk, tijd voor zichzelf nemen) wanneer men uit balans dreigt te raken.

De maatschappelijke druk en verwachtingen

Maatschappelijke druk en verwachtingen hebben een belangrijke invloed op de geestelijke gezondheid. Dit omvat werkdruk, de druk om succesvol en voortdurend gelukkig te zijn ('steeds meer, steeds beter') en de druk om constant bereikbaar te zijn. Er is behoefte aan het normaliseren van onwelbevinden en het accepteren van tegenslagen en verdriet als onderdelen van het leven. Mensen denken soms snel dat er iets mis is, wanneer ze negatieve gevoelens ervaren, wat extra stress veroorzaakt. Onderzoek toont een verband aan tussen de maatschappelijke druk om gelukkig te zijn en een verminderd welzijn [49]. Wat betreft werkdruk, toont een systematische review aan dat een gebrek aan herstel na het werk, in de vorm van relaxatie, psychologische ontkoppeling, beheersing en controle, schadelijk is voor de geestelijke gezondheid [50]. Bovendien raken mensen chronisch overprikkeld door een constante stroom van informatie en negatieve berichtgeving, wat kan leiden tot (chronische) stress en angst. Ook in de fysieke omgeving is er een overdaad aan prikkels, vooral in stedelijke gebieden.

Gezinsrelaties

Een review toont dat een goede partnerrelatie een buffer vormt tegen psychische problemen en dat het verbeteren van de partnerrelatie een positief effect heeft op de geestelijke gezondheid. Omgekeerd kan een conflictueuze partnerrelatie een grote negatieve impact hebben [51]. Koppelgerichte interventies, vooral indien gericht op selectieve preventie (bv. kankerpatiënten en hun partner ondersteunen bij het overbruggen van het moeilijke ziekteproces), kunnen zowel de kwaliteit van de relatie als de geestelijke gezondheid van beide partners bevorderen [52]. Ook positieve ouder-kind relaties, zowel in de kinderjaren als tijdens de volwassenheid, en relaties met broers, zussen en andere gezinsleden zijn geassocieerd met een positieve geestelijke gezondheid [53]. Volgens een systematische review verbetert het psycho-

sociaal welzijn van ouders dankzij groepstrainingen om de opvoedingsvaardigheden van ouders te verbeteren (o.a. Triple-P) [54].

Levensstijl en gezondheidsgedrag

Levensstijlfactoren en gezondheidsgedrag beïnvloeden de geestelijke gezondheid en vice versa. Een meta-analyse toont aan dat lichaamsbeweging een beschermende factor is bij het voorkomen dat psychische problemen ontstaan, en dat slecht slapen een risicofactor is [55]. Er is minder eenduidige evidentie voor de rol die voeding en roken speelt.

Betekenisvolle activiteiten en vrijwilligerswerk

Systematische reviews tonen aan dat het hebben van vrijwilligerswerk positieve effecten heeft op de geestelijke gezondheid en het algemeen functioneren, vooral bij oudere volwassenen en wanneer de beweegreden altruïstisch van aard is [56].

De bespreekbaarheid van psychisch welzijn en mental health literacy

Interventies gericht op het verbeteren van mental health literacy hebben positieve effecten op de geestelijke gezondheid. Daarbij zijn digitale interventies net zo effectief als face-to-face interventies, vooral wanneer ze actieve elementen bevatten, zoals peer support of vaardigheidstraining. De positieve effecten op hulpzoekgedrag zijn echter beperkt [57]. Onderzoek suggereert bovendien dat interventies gericht op het verhogen van mental health literacy potentieel hebben om raciale ongelijkheden te verminderen, aangezien stigma en beperkte kennis over geestelijke gezondheid meer uitgesproken zijn in culturele minderheidsgroepen [58].

Spiritualiteit, geloof en zingeving

Spiritualiteit en religiositeit zijn gekoppeld aan een verbeterde geestelijke gezondheid, vooral op het gebied van depressie, suïcidaliteit en middelenmisbruik [59].

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

Bepaalde maatschappelijke thema’s, zoals klimaatverandering en oorlog, kunnen angst en stress veroorzaken. Misinformatie (fake news) en polariserende boodschappen dragen hieraan bij. Er is echter nood aan verder onderzoek naar de impact van eco-angst op de geestelijke gezondheid en de ontwikkeling van interventies om deze vorm van angst te verminderen [60].

Zorgzame buurtwerking

Een zorgzame buurt wordt gekenmerkt door participatie en inclusie (sociaal weefsel, ontmoeting), verbinding tussen formele en informele zorg en intersectorale geïntegreerde samenwerking. Een systematische review vond echter geen associatie tussen (ervaren) buurtcohesie en geestelijke gezondheid [61].

2.4 Ouderen

Sociale steun, sociaal netwerk en verbondenheid

Sociaal kapitaal (m.a.w. het geheel aan sociale contacten, relaties en hulpbronnen) is gelinkt aan het mentaal welbevinden van ouderen [62]. Ouderen met een groter sociaal kapitaal ervaren minder stress omdat ze makkelijker toegang hebben tot emotionele, praktische en financiële steun. Verbondenheid met de gemeenschap is gelinkt aan actieve participatie bij ouderen; het moedigt hen aan om meer deel

te nemen aan sociale activiteiten wat gevoelens van eenzaamheid vermindert [63]. Een systematische review concludeert dat interventies gericht op sociale steun, participatie en verbondenheid het risico op depressieve symptomen bij thuiswonende ouderen verminderen [64].

Betekenisvolle activiteiten en vrijwilligerswerk

Het leiden van een zinvol leven, waarin iemand activiteiten onderneemt die doelgericht en interessant zijn, is een belangrijke beschermende factor voor het mentaal welzijn. Dit draagt ook bij aan het behoud van betekenisvolle sociale contacten. Er is een duidelijk verband tussen het hebben van een hobby en de geestelijke gezondheid op latere leeftijd [65]. Een systematische review van interventies voor 80-plussers toont aan dat activiteiten waarbij deelnemers een specifieke functionele rol krijgen (zoals vrijwilligerswerk) of een nieuwe vaardigheid leren, leiden tot een verbeterd welzijn [66].

Verlieservaringen en transitiemomenten

Verlieservaringen en transitiemomenten zijn belangrijke risicofactoren en kunnen in verschillende vormen voorkomen: als een belangrijke persoon die ziek wordt, wegvalt (bv. door verhuizing of een relatiebreuk) of overlijdt, het verlies van werk door pensioen, fysieke achteruitgang die de mogelijkheden beperkt, enzovoort. Het verlies van een partner is een kritiek moment. Weduwen lopen vooral in de eerste maanden na het overlijden van de partner het risico op een depressie [67]. De evidentie voor interventies die inspelen op transitiemomenten (rouw, pensioen, verhuizingen) is beperkt en van zwakke kwaliteit, maar de bevindingen tonen aan dat vooral groepsinterventies negatieve effecten op de geestelijke gezondheid kunnen verminderen [68].

Fysieke omgeving en openbare ruimte

Een review vond dat specifieke types van stedelijke planning en de aanwezigheid van groen het mentaal welbevinden van ouderen verhoogt[69]. Het is vooral belangrijk om in te zetten op mobiliteit, zodat ouderen zich voldoende kunnen verplaatsen. Dit kan bijvoorbeeld door voldoende bankjes te plaatsen, het openbaar vervoer toegankelijk te maken, en in het stedelijk mobiliteitsplan oog te hebben voor personen die minder mobiel zijn.

Autonomie en ageing in place

Autonomie kan betrekking hebben op fysieke, mentale, sociale en financiële aspecten. Het is belangrijk dat oudere mensen de controle over hun eigen leven behouden en de nodige ondersteuning krijgen om dit mogelijk te maken. “Ageing in place” betekent dat ouderen in hun vertrouwde omgeving blijven wonen. De familie speelt een belangrijke rol bij het bevorderen van veiligheid, sociale connectie en ondersteuning om gezond ouder te worden in e thuiscontext toe te laten [63]. Ook in woonzorgcentra is autonomie en de perceptie van autonomie bepalend voor de kwaliteit van leven [70].

‘Mattering’

Het gevoel er niet meer bij te horen in de samenleving en geen betekenisvolle rol te vervullen, vormt een risicofactor voor geestelijke gezondheidsproblemen. Een systematische review toont een wederkerig verband aan tussen agisme (m.a.w. negatieve percepties over ouderen, gekenmerkt door discriminatie, vooroordelen en stereotypes) en het psychologisch welzijn van ouderen: ouderen die zelf meer agisme attitudes hebben, ervaren een slechtere geestelijke gezondheid, en ouderen met een slechtere geestelijke gezondheid zijn vatbaarder voor agisme [71].

Spiritualiteit, geloof en zingeving

Een systematische review suggereert dat religiositeit en spiritualiteit geassocieerd zijn met geestelijke gezondheid en levenstevredenheid bij ouderen [72]. Interventies met een spirituele component kunnen de geestelijke gezondheid van ouderen in woonzorgcentra verbeteren en kan ouderen helpen om zich voor te bereiden op het levenseinde [73].

2.5 Risicogroepen voor selectieve preventie

Personen in armoede

Armoede is een bron van chronische stress, en draagt zo bij aan verschillende negatieve gezondheids-uitkomsten en sociale uitkomsten [74]. Armoede is gelinkt aan een brede waaier van sociaaleconomische kwetsbaarheidsfactoren, zoals een lager opleidingsniveau, werkloosheid, éénoudergezinnen, migratie-achtergrond, slechtere huisvesting… Personen met beperkte financiële middelen kunnen moeilijke toegang ervaren tot (geestelijke) gezondheidszorg en kunnen zich geïsoleerd voelen van de samenleving vanwege een gebrek aan middelen om deel te nemen aan sociale activiteiten, sport en ontspanning.

Om de geestelijke gezondheid te bevorderen en ongelijkheden te minimaliseren, is het daarom essentieel om op verschillende niveaus in te grijpen, en dit zo vroeg mogelijk in het leven en in iedere levensfase [75,76]:

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

Etnisch-culturele minderheden

De populatie van etnisch-culturele minderheden en personen met een migratieachtergrond is zeer divers, maar over het algemeen kent deze groep een verhoogd risico op verminderd psychisch welzijn [77]. Migratie kan leiden tot stressvolle ervaringen die de geestelijke gezondheid ondermijnen, waaronder aanpassingsmoeilijkheden en culturele conflicten, discriminatie, legale status, sociaal isolement en verlies van steunsystemen [78]. Etnisch-culturele minderheden en migranten hebben vaker te maken met sociaaleconomische kwetsbaarheden zoals werkloosheid en armoede.

Om de geestelijke gezondheid van deze groep te bevorderen en ongelijkheden te verkleinen, is nood aan een aanpak met aandacht voor diversiteit. Een scoping review over interventies bij etnische minderheden in Europa vond dat interventies aangepast aan etnisch-culturele minderheden veelbelovend maar beperkt onderzocht zijn, en benadrukt de noodzaak om cultuursensitieve interventies te ontwikkelen op een participatieve manier [79]. Ook psycho-educatieve programma’s hebben positieve effecten bij personen met een migratieachtergrond. In deze groep is de kennis over geestelijke gezondheid vaak beperkter, wat leidt tot een groter stigma rond dit onderwerp [80]. Wat geestelijke gezondheidsbevordering bij asielzoekers en vluchtelingen betreft, besloot een meta-review dat er

onvoldoende onderzoek over is, gezien de meeste studies focussen op de behandeling van psychische problemen (vooral posttraumatische stress) [81].

Personen met een (langdurige) ziekte, aandoening of beperking

De prevalentie van psychische problemen is hoger bij personen met een langdurig ingrijpend gezondheidsprobleem (bv. cardiovasculaire ziekte, kanker, COPD…), mede omwille van een hogere prevalentie van problemen in sociale relaties, werk en financiële moeilijkheden [82]. Personen met een langdurige ziekte of aandoening vormen daarom een risicogroep. De evidentie is minder eenduidig voor personen met een functionele of motorische beperking.

Een systematische review identificeerde educatie, ontwikkeling van communicatievaardigheden, ontspanningstechnieken, cognitieve herstructurering, probleemoplossing, acceptatie en zingeving en het stellen van doelen als de werkzame technieken van psychosociale interventies voor volwassenen met een nieuw gediagnosticeerde chronische ziekte [83].

Personen die zich identificeren als LGBTQI+

Er is groeiende evidentie voor de lagere geestelijke gezondheid van personen behorend tot de LGBTQI+ (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, Intersex, +) gemeenschap, omwille van publiek en geïnternaliseerd stigma, discriminatie en sociale uitsluiting [84]. De geestelijke gezondheid van LGBTQI+ personen kan worden bevorderd door middel van verschillende benaderingen die rekening houden met specifieke uitdagingen, zoals het creëren van veilige en ondersteunende omgevingen (‘safe spaces’) en het bevorderen van sociale steun en veerkracht [85].

Mantelzorgers

Een systematische review met longitudinale studies toonde een duidelijk verband aan tussen het verlenen van mantelzorg en een verlaagde geestelijke gezondheid [86]. Mantelzorg kan belastend zijn en vormt daardoor een risicofactor voor de geestelijke gezondheid. Tegelijk kan het ook een gevoel van zingeving geven. Hoewel het onduidelijk is welke interventie de voorkeur geniet, is er evidentie voor de effectiviteit van sociale steuninterventies, interventies gericht op cognitieve therapie, interventies gericht op vrije tijd en fysieke activiteit, en psycho-educatieve interventies voor mantelzorgers [87-89].

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

Er is een link tussen negatieve ervaringen in de kindertijd en geestelijke gezondheid, ook later in het leven [90]. Een meta-analyse vond sterke evidentie dat pesten, emotioneel misbruik, verwaarlozing, verlies van een ouder en mishandeling in de kindertijd geassocieerd zijn met psychische stoornissen in het latere leven[91]. Interventies die zich richten op cognitieve processen rondom negatieve gebeurtenissen in de kindertijd kunnen het risico op psychische problemen in het latere leven verminderen [92]. Kinderen en jongeren met negatieve ervaringen vormen dus een belangrijke groep voor selectieve preventie. Ook is er nood aan trauma-geïnformeerde aanpak in scholen en de vorming van leerkrachten, iets wat tot op heden onderbestudeerd is [93].

Hoofdstuk 6
Strategische en operationele doelstellingen

1 Methode

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

- **Strategische doelstellingen** geven aan wat het beleidsplan wil bereiken bij de eindgroep.
- **Operationele doelstellingen** verduidelijken welke rollen betrokken actoren spelen bij het realiseren van de strategische doelstellingen.

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

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

De doelstellingen van het beleidsplan zijn opgesteld door het onderzoeksconsortium via een gefaseerd en participatief proces dat wetenschappelijke literatuur combineert met input van stakeholders en experten.

De initiële versie van de doelstellingen is gebaseerd op wetenschappelijke inzichten en de resultaten van twee interactieve denkoefeningen die tijdens de eerste stakeholdersbijeenkomst plaatsvonden. Deze oefeningen richtten zich op twee kernvragen:

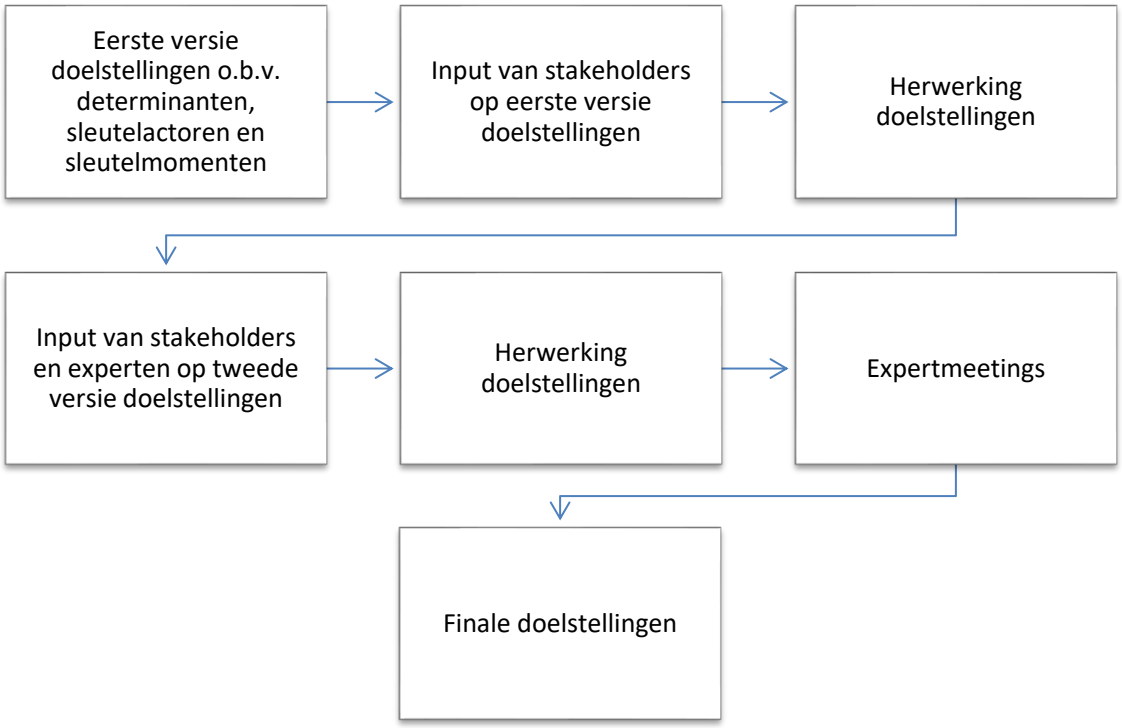
- Wat zijn **belangrijke en prioritaire determinanten** van geestelijke gezondheid waarop het beleidsplan GGB dient in te zetten?
  Resultaten hiervan zijn samengevat in Hoofdstuk 5 van dit rapport.

- Wat zijn **kansen en sleutelmomenten** om in te spelen op de determinanten, en welke **sleutelactoren** kunnen hierin een rol spelen?
  Resultaten hiervan zijn beschreven in Bijlage 1: Kansen om in te spelen op determinanten van geestelijke gezondheid (sleutelactoren en sleutelmomenten).

Deze eerste versie van de doelstellingen werd gepresenteerd tijdens de tweede stakeholdersbijeenkomst. Feedback werd verzameld via groepsdiscussies per levensfase en een digitale survey. Deze input leidde tot een herziene tweede versie van de doelstellingen.

Vervolgens vond een schriftelijke feedbackronde plaats, die zowel stakeholders als experten in staat stelde om verdere opmerkingen en suggesties te geven op de tweede versie van de doelstellingen. Deze input werd verwerkt door het onderzoeksconsortium, waarna de geüpdatete doelstellingen tijdens de derde stakeholdersmeeting werden voorgesteld. De doelstellingen zijn tot slot verder verfijnd en gefinaliseerd op basis van de aanvullende inzichten uit de expertmeetings. Figuur 7 geeft een schematisch overzicht van de volledige workflow om tot de finale doelstellingen te komen.

Figuur 7 Flowdiagram over de totstandkoming van de doelstellingen van het beleidsplan.



2 Feedback op doelstellingen

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

2.1 Feedback van stakeholders op eerste versie doelstellingen

Volgende opmerkingen kwamen regelmatig terug:

- Stakeholders uit verschillende levensfasegroepen merkten op dat de eerste versie van de doelstellingen uitsluitend op individueel niveau geformuleerd waren. Ze vonden dit problematisch, omdat het de indruk wekt dat de verantwoordelijkheid enkel bij het individu ligt en er geen plaats is voor omgevingsgerichte acties. Ze adviseerden om het belang van een inclusieve en ondersteunende omgeving explicieter te maken in de doelstellingen.
- Stakeholders in verschillende levensfasegroepen vonden dat de vrijetijdssector, zoals sport, hobby's en cultuur, onvoldoende expliciet aan bod komt.
- De gezinscontext werd volgens de stakeholders te beperkt gedefinieerd: sommige kinderen groeien op in een leefgroep en sommige ouderen leven in woonzorgcentra. Het is inclusiever om te spreken van de thuisomgeving.
- Tijdens de perinatale periode moet er meer aandacht zijn voor praktische en relationele veranderingen, evenals voor de hervatting van werk en de werk-privébalans.
- Stakeholders in de levensfasegroep kinderen en jongeren benadrukten het belang van een positieve attitude ten aanzien van diversiteit, wat gerelateerd is aan een inclusieve omgeving (op school, in de maatschappij) en pesten. Ze adviseerden ook om lichaamstevredenheid, mediawijsheid, en kennis over het hulpaanbod toe te voegen aan de doelstellingen.

- Stakeholders in de levensfase (jong)volwassenen merkten op dat jongvolwassenen in de transitieleeftijd een kwetsbare groep zijn en daarom extra aandacht verdienen, vooral specifieke groepen zoals vroegtijdige schoolverlaters en jeugdzorgverlaters.

Op basis van deze feedback werden doelstellingen als volgt herwerkt:

- De operationele doelstellingen werden op het niveau van de omgevingsactor geformuleerd.
- We voegden de vrijetijdssector en de gemeenschap toe in de operationele doelstellingen, en verruimden de gezinscontext naar de thuiscontext.
- Er werd eveneens beslist om de strategische en operationele doelstellingen los van elkaar te zien, wat betekent dat een operationele doestelling op het niveau van de omgeving kan bijdragen tot de realisatie van meerdere strategische doelstellingen op het niveau van het individu.

2.2 Feedback van experten en stakeholders op tweede versie van doelstellingen

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

- Het **levensloopperspectief**:
    - Het levensloopperspectief erkent de unieke behoeften van verschillende leeftijdsgroepen.
    - De aandacht voor sociale verbondenheid en sociaal weefsel over generaties heen wordt als een sterkte beschouwd.
    - Een leeftijdsgerichte aanpak kan echter leiden tot fragmentatie, waarbij de continuïteit wordt onderbroken bij overgangen tussen verschillende leeftijdsgroepen. In het bijzonder worden jongvolwassenen in de transitieleeftijd genoemd als een groep met specifieke noden en een eigen identiteit, waardoor zij niet volledig passen in de levensfase ‘volwassenen’.
- De **multidisciplinaire en intersectorale benadering**:
    - Er is gedeelde verantwoordelijkheid en nood aan samenwerking tussen verschillende sectoren zoals zorg, welzijn, onderwijs, werk en de gemeenschap. De experten benadrukken de nood aan duidelijke leiding en coördinatie om een fragmentaire uitvoering van het beleidsplan te voorkomen. Een expert stelde in dit verband een ‘taskforce mentaal welzijn’ voor als centraal orgaan om de samenwerking tussen actoren te stroomlijnen.
    - Het beleid vraagt om een aanpak die beleidsdomeinen overschrijdt. Andere beleidsdomeinen, zoals werk, mobiliteit, onderwijs en binnenlands bestuur, spelen ook een rol in het bevorderen van geestelijke gezondheid. Samenwerking tussen domeinen is essentieel voor een integrale benadering van geestelijke gezondheid. Het mobiliteitsbeleid kan bijvoorbeeld een impact hebben op de bereikbaarheid van diensten voor ouderen.
    - Het is positief dat het onderwijs erkend wordt als een belangrijke omgeving voor de bevordering van geestelijke gezondheid. Tegelijk worden er vragen gesteld bij de praktische aanpak hiervan, vooral gezien de beperkte middelen en capaciteiten.
- **Aandacht voor kwetsbare groepen**:
    - Over het algemeen wordt proportioneel universalisme als positief ervaren. Deze benadering is gericht op het verminderen van gezondheidsongelijkheden door universele diensten en interventies aan te bieden op een schaal en intensiteit die proportioneel is aan de mate van behoefte van de doelgroep.
    - De lijst met kwetsbare groepen is echter niet exhaustief, waardoor sommige kwetsbare groepen uit de boot vallen.

  - Kwetsbaarheden zijn niet statisch maar evolueren. Dit geldt zowel voor individuen als voor de samenleving als geheel. Op individueel niveau kan een persoon tijdelijk in een kwetsbare situatie verkeren, bijvoorbeeld door ziekte, werkloosheid of persoonlijke crises. Maatschappelijke veranderingen, zoals economische recessies, pandemieën, of veranderingen in sociale structuren kunnen nieuwe kwetsbare groepen creëren of bestaande kwetsbaarheden verergeren.
  - Het is belangrijk om extra in te zetten op de inclusie van personen met een kwetsbaarheid in algemene acties en initiatieven die voor iedereen bedoeld zijn, in plaats van uitsluitend aparte structuren te creëren die zich alleen op kwetsbare groepen richten.
  - Het categoriseren van personen en bevolkingsgroepen als kwetsbaar kan net stigmatiserend en segregerend werken. Het is beter om te spreken over kwetsbare posities of situaties in plaats van kwetsbare groepen.
  - Eénoudergezinnen en gezinnen met lage werkintensiteit ('baanloze gezinnen') zijn volgens de experten belangrijke kwetsbare groepen om op te nemen. Experten raden ook aan om meer inclusieve verwoordingen te gebruiken, bijvoorbeeld 'opvoedingsfiguren' in plaats van 'ouders' omdat sommige kinderen niet door hun wettelijke ouders worden grootgebracht.
- **Digitale tools:**
  - Het is positief dat digitale tools worden opgenomen in de doelstellingen.
  - Hier mist echter nog innovatie en aandacht voor uitdagingen die in de toekomst nog meer aan belang gaan winnen, zoals het gebruik van artificiële intelligentie en de komst van de metaverse (m.a.w. dit verwijst naar een virtuele wereld waarin mensen online met elkaar in contact kunnen komen. Het is een netwerk van virtuele 3D-ruimtes waarin gebruikers allerhande activiteiten kunnen uitvoeren via een avatar, een digitale dubbelganger).
- Sommige experten merken op dat de **doelstellingen vrij ruim zijn**.
  - Er is nood aan concretisering door op termijn meer gedetailleerde operationele doelstellingen te formuleren met duidelijk gedefinieerde tijdlijnen, verantwoordelijke partijen, en meetbare uitkomsten om de voortgang te kunnen evalueren.
  - Er werden soms suggesties gedaan voor het toevoegen van concrete actoren in de doelstellingen, zoals CLB's en Huizen van het Kind, maar in overleg met de projectgroep werd besloten om voorlopig geen concrete organisaties of diensten te vermelden.
  - Het is onvoldoende transparant hoe keuzes gemaakt zullen worden en waar precies de prioriteiten liggen.
- Sommige factoren werden op vraag van de experten toegevoegd of meer expliciet gemaakt:
  - Aandacht voor **identiteitsontwikkeling afgestemd op de verschillende levensfasen;** elke levensfase heeft immers unieke kenmerken en uitdagingen m.b.t. de identiteit
  - De nood aan **deconnectie** van smartphones en sociale media
  - Het belang van **autonomie en competenties**
  - Het belang van '**burgerzin'**
  - De systematische **vroegdetectie van risicofactoren**, nodig om te kunnen inzetten op selectieve primaire preventie
- Sommige bemerkingen van experten, lagen buiten de scope van het beleidsplan en werden om die reden niet meegenomen:
  - Het belang van veiligheid, zoals het voorkomen van misbruik en geweld

- Behandeling van psychische problemen en (gespecialiseerde) geestelijke gezondheidszorg, zoals aandacht voor wachtlijsten in de zorg, de nood aan kortdurende psychiatrische opnames en het betrekken van de context in de psychiatrie.

3 Finale set strategische en operationele doelstellingen

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

Eerste duizend dagen **Geestelijk gezond Starten: een kansrijke basis voor (ongeboren) kind**	
Strategische doelstellingen	**Operationele doelstellingen**

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

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

Kinderen en jongeren

Geestelijk gezond Opgroeien: kansen creëren voor heden en toekomst

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

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

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

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

Ze hanteren gepaste coping, emotie- en stressregulatie, flexibiliteit, benutten sociale steun, bewaken persoonlijke grenzen en grijpen tijdig in wanneer ze uit balans dreigen te geraken. ○ Volwassenen hebben de mogelijkheid om hun volwassen identiteit vorm te geven, verantwoordelijkheden te combineren en zich in te zetten voor de maatschappij. • **Volwassenen zijn mediawijs en kunnen omgaan met complexe thema's** ○ Volwassenen zijn mediawijs en kunnen op een gezonde manier omgaan met schermtijd en sociale media. Ze zijn zich bewust van risico's zoals sociale druk en onrealistische idealen, en kunnen voldoende deconnecteren. ○ Volwassenen kunnen omgaan met complexe maatschappelijke kwesties (bv. oorlog en klimaatverandering). Ze leren hun eigen rol hierin te begrijpen en dragen op een constructieve manier bij aan de samenleving. ○ Volwassenen ontwikkelen burgerzin (m.a.w. open staan voor het politieke, economische, sociale en culturele leven van de maatschappij en bereid zijn om eraan deel te nemen). • **Er is extra aandacht en ondersteuning voor volwassenen in een kwetsbare positie, situatie of periode:** ○ Jongvolwassenen in de jeugdzorg of die jeugdzorg verlaten ○ Volwassenen in armoede ○ Volwassenen die werkloos (en niet in opleiding) zijn ○ Volwassenen na een ingrijpende gebeurtenis zoals een verlieservaring. ○ Volwassenen met een langdurige ziekte of aandoening ○ Volwassenen met een fysieke of mentale beperking of handicap ○ Mantelzorgers en gezinsleden van personen met een fysieke of psychische zorgnood ○ Volwassenen in de LGBTQI+ gemeenschap ○ Volwassenen met een migratieachtergrond ○ Volwassenen met een risicoberoep met een hoge emotionele belasting,	gezondheidsvaardigheden, of verwijzen warm door naar dit aanbod. • **Het hoger onderwijs en volwassenenonderwijs** bevorderen de geestelijke gezondheid van (jong)volwassenen. ○ Onderwijssettings voor (jong)volwassenen hebben een geïntegreerd en participatief beleid voor geestelijke gezondheid en hebben daarbij aandacht voor talenten en autonomie van studenten en bevorderen de verbondenheid. ○ Onderwijssettings voor (jong)volwassenen voorzien een aanbod voor de bevordering van geestelijke gezondheidsvaardigheden en stressmanagement. ○ Onderwijssettings voor (jong)volwassenen zetten in op een groene en stimulerende fysieke schoolomgeving met mogelijkheden tot ontprikkeling. • **De werkomgeving** bevordert de geestelijke gezondheid van (jong)volwassenen ○ De werkomgeving heeft een geïntegreerd en participatief geestelijk gezondheidsbeleid dat oog heeft voor psychologische veiligheid op de werkvloer, voldoende deconnectie van het werk, een goede balans tussen werk en privé/gezin. De werkomgeving bevordert daarbij gevoelens van autonomie, verbondenheid en competentie. ○ De werkomgeving voorziet een aanbod voor de bevordering van geestelijke gezondheidsvaardigheden en stressmanagement of verwijzen warm door naar dit aanbod. ○ De werkomgeving voorziet extra ondersteuning bij belangrijke transities in de loopbaan (bv. start van job, verandering van functie, pensioen), of verwijzen warm door naar dit aanbod. ○ De werkomgeving heeft aandacht voor gedragsverandering, verminderde motivatie en verminderde werkprestaties en biedt zo nodig verhoogde ondersteuning aan. ○ De werkomgeving zet in op een groene en stimulerende fysieke omgeving met mogelijkheden tot ontprikkeling.

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

Ouderen (65 +)

Geestelijke gezond participeren: een betekenisvol en kwaliteitsvol verder leven

Strategische doelstellingen	Operationele doelstellingen
• **Ouderen ervaren sociale verbondenheid en hebben een ondersteunend informeel en formeel netwerk.** • **Ouderen hebben kennis, een positieve attitude en vaardigheden inzake geestelijke gezondheid.** o Ouderen beschouwen moeilijke gevoelens en tegenslagen als onderdeel van het leven en kunnen hier veerkrachtig mee om gaan. o Ouderen hebben begrip van geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidsproblemen en weten wanneer, waar en hoe ze hulp kunnen zoeken. o Ouderen hechten belang aan geestelijke gezondheid, hebben positieve attitudes ten aanzien van het bevorderen van geestelijke gezondheid, en ervaren geen stigma. o Ouderen beschikken over geestelijke gezondheidsvaardigheden. Ze hanteren gepaste coping, emotie- en stressregulatie, flexibiliteit, benutten sociale steun, bewaken persoonlijke grenzen en grijpen tijdig in wanneer ze uit balans dreigen te geraken. • **Ouderen hebben een betekenisvol leven, kunnen met een positief gevoel terugkijken naar het verleden, en voelen zich gewaardeerd en betrokken, met bijzondere aandacht voor het behoud van autonomie.** • **Er is extra aandacht en ondersteuning voor ouderen in een kwetsbare positie, situatie of periode:** o Ouderen in armoede o Ouderen na een ingrijpende gebeurtenis zoals een verlieservaring o Ouderen met een langdurige ziekte of aandoening o Ouderen met een fysieke of mentale beperking of handicap o Oudere mantelzorgers o Ouderen met een migratieachtergrond o Ouderen in de LGBTQI+ gemeenschap	• **Het eigen netwerk en de thuisomgeving nemen een open houding aan ten aanzien van geestelijke gezondheid en bevorderen de geestelijke gezondheid van ouderen.** • **Actoren in zorg en welzijn voor ouderen bevorderen de geestelijke gezondheid van ouderen.** o Zorg- en welzijnsactoren communiceren sensitief en niet-stigmatiserend over geestelijke gezondheid, middelengebruik en leefstijlfactoren o Zorg- en welzijnsactoren bieden ouderen informatie over geestelijke gezondheid en ondersteuning, of verwijzen warm door naar dit aanbod. o Zorg- en welzijnsactoren voor ouderen bieden ouderen ondersteuning bij de versterking van hun geestelijke gezondheidsvaardigheden, of verwijzen warm door naar dit aanbod. • **Residentiële voorzieningen voor ouderenzorg bevorderen de geestelijke gezondheid van ouderen.** o Residentiële voorzieningen voor ouderenzorg hebben geïntegreerd en participatief beleid voor geestelijke gezondheid waarin ze de geestelijke gezondheid actief bevorderen, met aandacht voor respectvolle communicatie en behoud van autonomie. o Residentiële voorzieningen voor ouderenzorg voorzien een aanbod aan betekenisvolle en verbindende activiteiten. o Residentiële voorzieningen zetten in op een groene en stimulerende fysieke omgeving met ruimte voor ontprikkeling. • **De gemeenschap en actoren in de vrije tijd en ouderenwerking bevorderen de geestelijke gezondheid van ouderen.** o Actoren in de gemeenschap en vrije tijd zetten in op de inclusie van ouderen en de toegankelijkheid van ontspannende en betekenisvolle activiteiten zoals hobby's, sport, kunst, cultuur, verenigingen en vrijwilligerswerk.

	○ Actoren in de ouderenwerking, gemeenschap en vrije tijd (o.a.de lokale dienstencentra) bevorderen de geestelijke gezondheid van ouderen en bieden waar nodig ondersteuning en leiden toe naar een gepast aanbod. ○ Lokale besturen bieden activiteiten aan voor ouderen die gericht zijn op sociale ontmoeting en/of zingeving. • **Via digitale tools en de media wordt de geestelijke gezondheid van ouderen bevorderd** ○ De (digitale) media bevorderen kennis, attitudes en vaardigheden inzake geestelijke gezondheid. ○ Er is een toegankelijk (digitaal) aanbod voor ouderen, voor de versterking van geestelijke gezondheidsvaardigheden • Alle actoren zetten in op de tijdige detectie van risicofactoren en hebben extra aandacht voor de inclusie en ondersteuning van **ouderen in een kwetsbare positie, situatie of periode.**

Hoofdstuk 7
Effectieve interventies om de geestelijke gezondheid te bevorderen: resultaten van de verdiepende literatuurstudie

Interventies voor geestelijke gezondheidsbevordering zijn effectief wanneer ze leiden tot verbeteringen in uitkomsten van geestelijke gezondheid, zoals een verhoging van veerkracht of een vermindering van symptomen van angst of depressie. Het is belangrijk dat een overheid de kwaliteit waarborgt en dus de beschikbare middelen prioritair investeert in een bewezen effectieve aanpak voor geestelijke gezondheidsbevordering. Dit geeft enige zekerheid dat de middelen ook daadwerkelijk leiden tot verbeteringen in de geestelijke gezondheid van de bevolking.

1 Methode

De stapsgewijze aanpak, verder bouwend op de umbrella review van Barry, Kuosmanen et al. [8,94], wordt beschreven in *Hoofdstuk 3.3 Systematische Review)* vermits deze parallel liep met de search naar kosteneffectieve interventies (Hoofdstuk 8).

In totaal zijn er 204 reviews die de effectiviteit van interventies beschrijven. Iedere review kreeg een label welke de levensfase weergeeft, en reviews werden waar mogelijk gelabeld op basis van focus op vaak voorkomende interventietypes en/of settings (o.a. school, werk, mindfulness, fysieke activiteit, digitale interventies…) om de synthese in een latere fase te vereenvoudigen. Tijdens de data-extractie worden de kenmerken en bevindingen van de geïncludeerde reviews verwerkt in tabellen, met volgende kolommen: Auteur en jaar, Studies (aantal en methodologie), populatie (leeftijd, bijzonderheden), Interventie en setting (type interventies en setting), Bevindingen, Kwaliteit[1].

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

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

1 De data-extractie tabel is beschikbaar op aanvraag bij de onderzoekers.

2 Resultaten

2.1 Eerste duizend dagen

2.1.1 Resultaten evidence synthesis Healthy Ireland (2017 – oktober 2021)

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

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

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

2.1.2 Resultaten LUCAS (oktober 2021 – maart 2024)

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

2.1.2.1 GGB en preventie bij zwangere vrouwen en/of ouders

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

Eén umbrella review includeert 34 reviews over **interventies gericht op maternale stress en angst** in de eerste duizend dagen [95]. Hoewel veel reviews van hoge kwaliteit zijn, is de evidentie voor specifieke interventies vaak onvoldoende en inconsistent, wat het formuleren van sterke aanbevelingen bemoeilijkt. CGT levert over het algemeen de meest consistente effecten op voor het reduceren van angst en toont positieve resultaten ongeachte de wijze van toepassing (m.a.w. face-to-face, online, individueel of in groepsverband). Ondersteuningsgerichte interventies, zoals emotionele, praktische en/of sociale steun aangeboden door zorgverleners en/of peers, partners, familie en vrienden zijn

effectief voor het verminderen van angst en stress, maar enkel in de postpartum periode. Yoga, relaxatie en muziektherapie laten ook positieve effecten zien, maar deze reviews zijn van lage kwaliteit.

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

De derde umbrella review richt zich specifiek op **digitale interventies** voor GGB bij vrouwen in de perinatale periode [97]. Hoewel de meerderheid van de 24 geïncludeerde reviews van zeer lage kwaliteit zijn, blijken digitale interventies een klein effect te hebben op angst en depressie en een matig effect op stress. Moderator analyse toont aan dat digitale interventies vooral effectief zijn in de postnatale periode voor het verminderen van depressieve symptomen, waarbij websites effectiever zijn dan mobiele en telefonische interventies voor het verminderen van stress.

De vierde umbrella review onderzoekt **yoga-gebaseerde interventies** tijdens de zwangerschap. De 10 systematische reviews, die over het algemeen van lage kwaliteit zijn, tonen consistent positieve effecten op angst, depressie en stress [98]. Een aanvullende systematische review op basis van 10 gecontroleerde studies van matige kwaliteit rapporteert kleine effecten van prenatale yoga op angst [99]. Wat betreft **postnatale yoga-gebaseerde interventies** toont een mixed-methods review met 6 studies van gemengde kwaliteit beperkte evidentie[100]. Niettemin vinden alle studies een afname van depressieve symptomen, vooral bij vrouwen met een hogere mate van depressie voorafgaand aan de interventie. Daarnaast blijkt postnatale yoga positieve effecten te hebben op de kwaliteit van leven en fysieke gezondheid.

Een systematische review met 21 gecontroleerde studies van matige kwaliteit onderzoekt **preventieve psychologische en psychosociale interventies** bij vrouwen in de perinatale periode[101]. Men vond een matig effect op de ernst van depressieve symptomen en een groot effect op angstsymptomen, vooral als de interventie reeds start tijdens de zwangerschap. De effecten zijn groter wanneer specialisten de interventie implementeerden (vs. app, multidisciplinair team, of niet-specialisten). Er is evidentie voor een klein effect op de vermindering van relatieproblemen. Er is geen effect op het aantal depressies en angststoornissen, hulpzoekgedrag, zelfvertrouwen, tevredenheid met de interventie, gedrags-problemen bij het kind en uitkomsten gerelateerd aan fysieke ontwikkeling (bv. gewicht, APGAR-score) en borstvoeding. De vermindering in depressie is iets groter wanneer de interventie gebaseerd is op CGT.

Een andere systematische review met 32 gecontroleerde studies toont goede evidentie dat **stress-reductie- en ontspanningstherapieën** (zoals yoga, mindfulness, meditatie, muziektherapie, spier-relaxatie…) positieve effecten hebben op stress, angst en depressie bij gezonde zwangere vrouwen [102]. Wanneer de interventies apart onderzocht worden, toont enkel muziektherapie effecten, maar dit moet voorzichtig geïnterpreteerd worden door het lage aantal studies voor sommige interventietypes.

Wat betreft **mindfulness-based interventies** tijdens de zwangerschap, vindt een systematische review met 6 RCT's van matige tot hoge kwaliteit een klein preventief effect op postpartum depressie en stress ongeacht de duur van de interventie, maar niet op angst en positieve ingesteldheid [103]. Het preventief effect op depressie blijkt vooral te gelden voor vrouwen met een hogere mate van depressie voorafgaand aan de interventie.

Een systematische review met 17 RCT's van lage tot gemiddelde kwaliteit toont bewijs dat **psycho-educatieve en psychosociale interventies** een zeer klein preventief effect kunnen hebben op postpartum depressie bij vrouwen in de perinatale periode [104]. Dit effect is vergelijkbaar voor psycho-educatieve en psychosociale interventies, maar is sterker voor vrouwen die voor het eerst moeder worden en voor vrouwen zonder voorgeschiedenis van depressie. Daarnaast toont een systematische review van 10 RCT's van matige kwaliteit aan dat psycho-educatieve interventies bij zwangere vrouwen en/of hun partner sterke effecten hebben op zowel prenatale hechting als op het verminderen van angst en depressie [105].

Een systematische review van 21 RCT's van gemiddelde kwaliteit toont aan dat **muziek** een matig effect heeft op het verminderen van angst tijdens de bevalling, vooral wanneer de vrouw zelf de muziek mag kiezen. Er is geen evidentie dat muziek- en zangtherapie effectief is in het verminderen van angst tijdens de zwangerschap of postnatale periode [106]. Een hoogkwalitatieve systematische review met 14 RCT's onderzocht psychosociale **interventies voor vrouwen in de perinatale periode, met focus op de slaap van kinderen tot 1 jaar** (o.a. educatie, huisbezoeken, telefonische consultatie…) [107]. De interventies hebben een klein effect op de slaaptijd van het kind 's nachts, maar geen effect op de totale slaaptijd of de slaaptijd overdag. Daarnaast is er een klein effect op het verminderen van maternale depressie, en zijn er enkele positieve effecten op maternale slaap en vermoeidheid (hoewel zonder meta-analyse). Gedragsgerichte interventies blijken effectiever voor het verlengen van de slaaptijd 's nachts in vergelijking met educatiegerichte interventies, maar aangezien educatieve interventies vaker tijdens de zwangerschap plaatsvinden, is hun preventief effect moeilijker te meten.

Wat betreft **fysieke activiteit** in de perinatale periode, toont een systematische review van hoge kwaliteit met 16 RCT's een sterk preventief effect op postpartum depressie [108]. Het effect van interventies tijdens de zwangerschap is meer uitgesproken dan dat van postnatale interventies, hoewel beiden het risico op postnatale depressie aanzienlijk verminderen. Er zijn positieve effecten van yoga, aerobics en dans, waarbij aerobics de meest effectieve activiteit blijkt te zijn. Watersport en krachttraining leiden niet tot verbeteringen. Vaker bewegen (minstens drie keer per week), kortere sessies (tot 30 min.) en individuele activiteit leiden tot de beste resultaten. Een andere hoogwaardige review bevestigt deze bevinding en vindt een preventief effect met een duidelijke dosis-respons relatie: fysieke activiteit vermindert het risico op postpartum depressie effectief vanaf 90 minuten per week [109]. Dit effect werd wel enkel voor sportactiviteiten gevonden, maar niet voor fysieke activiteiten gerelateerd aan werk en huishouden. Tot slot toont een hoogkwalitatieve systematische review met 26 RCT's bewijs dat **aerobic oefeningen** tijdens de zwangerschap een preventief effect hebben op postpartum depressie [110]. Activiteiten, die drie tot vier keer per week worden uitgevoerd met matige intensiteit (35-45 minuten), blijken het meest effectief om symptomen van postpartum depressie te verminderen. Groeps- en gesuperviseerde oefeningen zijn iets effectiever dan individuele en ongesuperviseerde oefeningen, maar alle vormen van fysieke activiteit hebben een positief effect.

Eén review van studies die van verschillende methoden gebruik maakten, focust specifiek op interventies in de VS, **uitgevoerd door zorgverleners (zoals verpleegkundigen en psychologen) in klinische settings, met name in verloskundige en gynaecologische centra.** Deze interventies waren bedoeld en bleken ook effectief om maternale stress en angst bij zwangere vrouwen te voorkomen of verminderen[111]. Interventies tijdens prenatale opvolging, waarbij ook psychosociale factoren werden aangepakt, zijn in het bijzonder nuttig, maar de kwaliteit van evidentie is beperkt.

Een enkele review met 12 RCT's van matige kwaliteit onderzocht **preventieve interventies gericht op perinatale angst bij vaders wiens vrouw zwanger is of een kind tot één jaar heeft** [112]. Er zijn consistente

effecten van psycho-educatieve interventies gericht op enkel de vader en van praktische vaardigheids-interventies gericht op koppels of enkel de vader (bv. zwangerschapsmassage, relaxatie). Psycho-educatieve interventies voor koppels, aangeboden in groep, hadden geen effect, terwijl dergelijke interventies voor koppels indien individueel aangeboden gemengde resultaten opleverden (telefonische consultatie gepaard met een educatieve opvoedings- en lifestyle app bleek wel effectief). Interventies die gebruikmaken van technologie (bv. app) kunnen ook effectief zijn. Over het algemeen blijken interventies die gericht zijn op vaders het meest effectief te zijn voor het verminderen van paternale perinatale angst, ongeacht inhoud of modaliteit van de interventie.

2.1.2.2 Interventies voor specifieke populaties in de perinatale periode

Een review met zeer lage zekerheid van bewijs, gebaseerd op 10 RCT's, onderzocht het **effect van psycho-educatieve interventies specifiek gericht op vrouwen die voor het eerst moeder worden.** De review vond matige tot grote effecten op zelf-effectiviteit, sociale steun en depressieve symptomen, maar niet op angst[113]. Het effect op depressieve symptomen bleef behouden na een follow-up periode van drie maanden. De betrokkenheid van de partner versterkte dit effect.

Een andere review, bestaande uit 15 gecontroleerde studies maar met een hoog risico op bias, onderzocht **interventies voor vrouwen met een hoog-risicozwangerschap** (bv. zwangerschaps-diabetes). Deze review toont dat CGT-strategieën en yoga mogelijk positieve effecten hebben op het verminderen van angst, depressie en stress [114]. Er was echter onvoldoende bewijs voor de effectiviteit van andere psychologische en educatieve interventies en interventies gericht op ontspanning.

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

Tot slot onderzocht een review met drie gecontroleerde en vijf mixed-methods studies van matige kwaliteit interventies gericht op **GGB, preventie en stressreductie bij moeders met een migratie-achtergrond** in de perinatale periode en opvoedingsfase [117]. Hoewel de leeftijd niet wordt gespecifieerd, bevat de review ook studies met moeders van lagereschoolkinderen. De gevonden evidentie is beperkt en de meeste onderzochte interventies, zoals educatie, CGT en mindfulness, tonen geen effecten op de geestelijke gezondheid van de vrouwen.

2.1.2.3 GGB en preventie bij ouders, ook buiten de perinatale periode

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

Een review met tien gecontroleerde en zes kwalitatieve studies onderzocht **GGB en/of ouderschaps-interventies voor gezinnen met kinderen tot 6 jaar in Scandinavische landen**, **met een nadruk op**

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

Drie reviews gaan over digitale interventies. Een review met 22 gecontroleerde studies van eerder hoge kwaliteit onderzocht **universele digitale interventies** (online of via app), die grotendeels zelfgestuurd zijn en sociaal-emotionele educatie of ondersteuning bieden aan (aanstaande) ouders met een kind tot 5 jaar [119]. Meta-analyses tonen kleine effecten op angst en depressie, en een matig effect op zelfeffectiviteit. Er is geen evidentie voor effecten op stress, sociale steun, tevredenheid en ouder-kind interacties. De effecten blijven tot 6 maanden na de interventie behouden. Er is geen verschil in effectiviteit tussen volledig zelfgeleide en deels zelfgeleide interventies.

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

Een derde systematische review met 44 studies, die eerder van lage tot matige kwaliteit zijn en gebruik maakten van diverse methoden, onderzocht **mHealth-interventies** (mobiele toepassingen bv. via app of sms) gericht op het verbeteren van het psychosociaal welzijn van (aanstaande) vrouwen met een kind tot 5 jaar [121]. De resultaten tonen aan dat mHealth-interventies het zelfzorgmanagement en de acceptatie van zwangerschap en moederschap kunnen verbeteren en over het algemeen een positief effect hebben op de sociale steun van partners, zorgverleners en andere hulpbronnen. De effecten op angst en depressieve symptomen, stress, coping en zelfeffectiviteit zijn echter gemengd. Vrouwen uit sociaal achtergestelde milieus, met gezondheids- of perinatale problemen, halen het meeste voordeel uit de mHealth-interventies.

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

Hoewel Hare et al. geen strikte review uitvoerden en geen formele kwaliteitscontrole toepasten, onderzochten zij de literatuur die rapporteert over 60 specifieke preventieve of behandelgerichte '**infant mental health' programma's** voor ouders, gericht op gedragsmatige en sociaal-emotionele indicatoren van de geestelijke gezondheid van kinderen tot 2 jaar [122]. De programma's worden vervolgens ingedeeld op basis van hun effectiviteit.

Slechts twee programma's voldoen aan de criteria om als evidence-based te worden beschouwd (≥ 3 RCT's en een review). Het eerste is het *ABC-programma (Attachment and Biobehavioral Catch-up)*, dat zich richt op hoog-risicogezinnen en kinderen met negatieve jeugdervaringen (ACE), en veilige hechting bevordert. Dit programma wordt aangeboden in de thuiscontext. Een tweede programma is *VIPP (Video-*

feedback intervention parenting program), dat eveneens gericht is op hoog-risicogezinnen en -kinderen, en huisbezoeken omvat waarbij ouderlijke sensitiviteit wordt gestimuleerd door middel van feedback op videobeelden. Daarnaast identificeren Hare et al. zes programma's als effectief (≥ 2 RCT's, positieve uitkomsten bij >50% van de onderzochte indicatoren en theoretisch goed onderbouwd). Een van deze programma's is Triple P (Positive Parenting Program), dat evidence-based is voor kinderen vanaf 2 jaar, maar minder grondig is onderzocht bij baby's. Opvallend is dat Baby Triple P, gericht op aanstaande ouders ter voorbereiding op het ouderschap, niet bewezen effectief blijkt te zijn.

Er worden vijf systematische reviews geïdentificeerd over opvoeding en ouderschap, die allemaal ook de postnatale periode omvatten. Eén van deze reviews, gebaseerd op 15 RCT's van matige kwaliteit, onderzocht **ouderschapsinterventies gericht op emotiesocialisatie bij kinderen tot 6 jaar** [123]. Zulke interventies bevorderen opvoedingsstrategieën waarbij verzorgers leren om hun kinderen te helpen in het begrijpen, uiten en reguleren van hun emoties. Deze interventies tonen kleine tot matige effecten op emotiesocialisatiepraktijken, emotionele competenties van kinderen, ouderschap, welzijn van ouders en gepastheid van gedrag van kinderen. Individuele interventies gericht op de ouder of de ouder-kind dyade bleken effectiever te zijn voor het verbeteren van de emotionele competenties van kinderen dan groepsinterventies voor ouders. Wat betreft gepastheid van gedrag van kinderen ('behavioral adjustment'), waren de effecten sterker bij kinderen met klinische symptomen, zoals. ADHD of externaliserende gedragsstoornissen.

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

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

Tot slot onderzocht een review de effectiviteit van **groepsgebaseerde ouderschapsinterventies voor ouders met negatieve jeugdervaringen (ACE)** met kinderen tot 6 jaar [126]. Op basis van 3 gecontroleerde studies van hoge kwaliteit en 9 quasi-experimentele studies van lagere kwaliteit concluderen de auteurs dat deze interventies kleine effecten hebben op opvoedingsgedrag, ouderlijke zelfeffectiviteit en de

geestelijke gezondheid van ouder, en een matig effect op de ouder-kindrelatie. De effecten zijn sterker in klinische settings, maar worden ook gevonden in non-klinische settings.

2.1.3 Conclusies interventies tijdens de eerste duizend dagen

- **Interventies gebaseerd op cognitieve gedragstherapie** (CGT), aangeboden in diverse vormen en modaliteiten (bv. individueel of in groep, face-to-face of digitaal), zijn effectief in het voorkomen van psychische problemen bij zwangere vrouwen en moeders in de perinatale periode.
- **Mind-body interventies (zoals yoga) en programma's gericht op ontspanning en fysieke activiteit,** kunnen de geestelijke gezondheid van vrouwen in de perinatale periode versterken.
- Er is veelbelovende evidentie inzake het verbeteren van de geestelijke gezondheid van vrouwen in de perinatale periode door **psycho-educatieve interventies, interventies om de slaap van baby's te verbeteren en interventies gericht op het versterken van emotionele, sociale of praktische steun.** Deze laatste interventies blijken vooral effectief voor het bevorderen van de geestelijke gezondheid van moeders in de postpartum periode.
- **Interventies starten idealiter al tijdens de zwangerschap** en lopen door gedurende de eerste duizend dagen van het leven van het kind.
- De evidentie is het meest consistent voor interventies **verstrekt door zorgverleners** (zoals vroedvrouwen, verpleegkundigen, psychologen) of **getrainde instructeurs**. Zelfgeleide **digitale interventies** blijken ook positieve effecten te hebben op de geestelijke gezondheid, maar deze zijn minder uitgesproken dan wanneer er begeleiding of supervisie is voorzien.
- Slechts één review onderzocht specifiek **interventies voor vaders** en concludeerde dat deze meestal kleine positieve effecten hebben op de geestelijke gezondheid van vaders. Ook praktische vaardigheidstraining (bv. inzake relaxatie, zwangerschapsmassage) voor vaders of koppels blijkt effectief om de geestelijke gezondheid van vaders te versterken.
- Er is beperkte evidentie voor **interventies gericht op specifieke groepen** in de perinatale periode. Diverse interventies (zoals yoga en CGT) kunnen de geestelijke gezondheid van vrouwen met een **risicozwangerschap** en **ouders van premature baby's** versterken. Psycho-educatieve interventies zijn vooral effectief voor **vrouwen die voor het eerst moeder worden**.
- **Ouderschaps- en opvoedingsinterventies,** zoals die gericht op emotiesocialisatie, kunnen de geestelijke gezondheid van zowel ouders als kinderen, evenals de gezinsdynamiek, verbeteren. Deze interventies zijn ook effectief voor ouders die zelf negatieve jeugdervaringen (ACE) hebben beleefd. Het toevoegen van een mindfulness-component aan ouderschapsinterventies kan de effecten op ouderschapsstress versterken.
- Specifieke programma's, zoals *Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC)* en *Video feedback Intervention to Promote Positive Parenting (VIPP)*, die gericht zijn op het **verhogen van ouderlijke sensitiviteit en het versterken van de hechting in risicogezinnen** (zoals sociaal kwetsbare gezinnen en kinderen met vroege negatieve ervaringen), blijken effectief voor het verbeteren van de geestelijke gezondheid van ouders en de gedragsmatige en sociaal-emotionele uitkomsten van jonge kinderen. Het Triple-P-programma is vooral effectief voor het versterken van ouderschaps-vaardigheden en het verbeteren van sociaal-emotionele en gedragsmatige uitkomsten na de perinatale periode (bij kinderen vanaf twee jaar).

2.2 Kinderen en jongeren

2.2.1 Resultaten evidence synthesis Healthy Ireland (2017 – oktober 2021)

De umbrella review van Kuosmanen et al. bundelt verschillende interventies voor kinderen en jongeren, die zich afspelen in zowel de schoolse context als de gemeenschap [8].

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

- **Er is sterke evidentie voor zowel universele als gerichte interventies in scholen**. Deze interventies hebben een positieve invloed op de sociaalemotionele ontwikkeling, de geestelijke gezondheid, positief gedrag en schoolprestaties van kinderen en jongeren.
- Programma's gericht op **sociaalemotionele vaardigheden (SEV)** zijn het meest onderbouwd en tonen langdurige positieve effecten voor diverse groepen kinderen en jongeren, inclusief die uit kwetsbare gezinnen. Zulke interventies worden vooral uitgevoerd door leerkrachten. Sommige studies suggereren dat de effecten iets sterker zijn bij kinderen dan adolescenten.
- **Mindfulness-programma's** kunnen de geestelijke gezondheid bevorderen. De evidentie hiervoor is sterker voor oudere adolescenten dan voor kinderen.
- **Preventieve interventies** op scholen blijken doorgaans effectief in het verminderen van angst, depressie, gedragsproblemen en middelenmisbruik.
    - De evidentie is echter sterker voor geïndiceerde interventies, gericht op leerlingen met een verhoogd risico op geestelijke gezondheidsproblemen, dan voor universele interventies.
    - De effecten zijn iets sterker voor programma's die geïntegreerd zijn in het curriculum, meerdere keren per week worden uitgevoerd, en (deels) gericht zijn op externaliserend gedrag.
    - Wat specifieke programma's betreft, is het *FRIENDS-programma* volgens de onderzoekers het enige effectieve universele preventieve programma.
- **Interventies met een 'brede school' aanpak ('whole school approach'),** die gericht zijn op een positieve schoolomgeving en samenwerking met gezinnen en de gemeenschap, laten positieve resultaten zien.
- Er is gemengde evidentie voor interventies die worden **aangeboden door peers**, waarbij sommige studies zelfs negatieve effecten rapporteerden.

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

- **Mindfulness-training** is effectief in het verminderen van depressieve klachten, hoewel het minder duidelijk is of mindfulness ook een effect heeft op angstsymptomen.
- **Mental health literacy interventies** verbeteren de kennis en mogelijk ook de attitudes en het stigma inzake geestelijke gezondheid, maar het effect op hulpzoekgedrag is onduidelijk.
- Interventies gericht op **fysieke activiteit** laten over het algemeen positieve effecten zien op psychologische uitkomsten en zelfvertrouwen.

- **Sociale vaardigheidstrainingen**, **interventies in de natuur** en **interventies met een volwassen mentor** kunnen de veerkracht en gedragsuitkomsten van kinderen en jongeren verbeteren, vooral bij kwetsbare groepen.
- Voor jongeren met een verhoogd risico op geestelijke gezondheidsproblemen leiden interventies met een gerichte aanpak, waaronder cognitieve gedragstherapeutische (CGT) interventies in groep, tot betere uitkomsten.

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

2.2.2 Resultaten LUCAS (oktober 2021 – maart 2024)

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

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

2.2.2.1 Interventies die niet noodzakelijk in een onderwijssetting plaatsvinden

- Reviews over diverse interventies

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

- Wat betreft **universele preventie van psychische problemen op school**, worden de sterkste effecten gerapporteerd voor psychosociale interventies, multi-component interventies en interventies gebaseerd op sociaal-emotionele vaardigheden (SEV), veerkracht en positieve psychologie.
- De evidentie voor **interventies in de gemeenschap** is beperkter en meer heterogeen van aard, maar laat over het algemeen positieve resultaten zien. Vooral CGT-gebaseerde interventies in de gezinscontext blijken veelbelovend.
- Voor **gemengde settings** is de evidentie het sterkst voor CGT, fysieke activiteit, mindfulness en mentor-programma's. Wat betreft digitale interventies, zoals digitale CGT, is de evidentie beperkt maar veelbelovend.
- Voor de universele **preventie van pesten** bestaat er vooral evidentie voor schoolgerichte en whole-school benaderingen, al is de evidentie voor cyberpesten en digitale anti-pestinterventies te beperkt om definitieve conclusies te kunnen trekken.
- Wat betreft de **preventie van middelenmisbruik** (o.a. roken), is er enige evidentie voor gezinsgerichte en schoolgebaseerde interventies die risicogedrag en initiatie van middelengebruik, met name in de vroege adolescentie, helpen voorkomen. Daarnaast blijken ook interventies gericht op het verbeteren van sociale competenties en sociaal leren (zoals het omgaan met sociale invloeden) effectief te zijn om middelenmisbruik te voorkomen. De evidentie voor digitale

interventies op dit gebied is echter beperkt. Ook voor de preventie van zelfbeschadigend gedrag is de bewijskracht gering, hoewel schoolgebaseerde interventies wel een positieve invloed kunnen hebben op het verminderen van suïcidale ideatie.

- De auteurs onderzochten eveneens **interventies gericht op opvoeding en ontwikkeling** en concluderen dat gezinsinterventies kunnen bijdragen tot een verbeterde responsiviteit van ouders, wat op zijn beurt leidt tot een betere gezondheid en ontwikkeling van kinderen. Dit geldt vooral voor gezinnen in een kwetsbare situatie. Gemeenschapsgerichte interventies voor ouders laten eveneens positieve effecten zien op de ouder-kind relatie en het verminderen van moeilijk gedrag bij kinderen. Ook naschoolse programma's blijken het gedrag, de zelfwaarde en de zelfcontrole van kinderen te verbeteren.

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

Wat betreft jongeren, onderzocht een review met 45 gecontroleerde studies van matige kwaliteit **psychologische interventies,** waarbij de uitkomst 'subjectief welbevinden' was [129]. Er wordt een zeer klein positief effect gevonden op positief welbevinden. Interventies aangeboden in groep en interventies van langere duur laten sterkere effecten zien, hoewel het effect na diverse follow-up periodes niet behouden blijft. Voor negatief welbevinden worden geen positieve effecten gevonden. Een andere review richtte zich op jongeren tussen 10 en 24 jaar en onderzocht universele en selectieve **online interventies om geestelijke gezondheidsproblemen** te voorkomen. Deze review, gebaseerd op 19 RCT's van matige tot hoge kwaliteit, vond een zeer klein effect op depressie, maar geen effect op stress en angst [130]. Verschillen tussen interventies en mogelijke moderatoren werden niet onderzocht.

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

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

- Mindfulness interventies

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

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

Een beperktere systematische review met 6 gecontroleerde en 4 kwalitatieve studies onderzocht specifiek '**compassie-gebaseerde' mindfulness** (m.a.w. een vorm van mindfulness waarbij een focus is op empathie en mildheid naar jezelf en anderen toe) bij kinderen en jongeren tot 18 jaar [135]. De kwaliteit van de studies is zwak, maar de review toont kleine tot matige effecten op mentaal welzijn (o.a. stress, depressie en angst). Eén grotere robuuste studie toont een sterk positief effect op prosociaal gedrag. Interventies bij jongere kinderen (tot 11 jaar) in de algemene populatie (vs. populatie met verhoogde symptomen) zijn vaker effectief.

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

- Digitale interventies

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

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

Tot slot onderzocht een systematische review **digitale interventies gericht op het aanpakken van risicofactoren voor geestelijke gezondheid** (o.a. roken en fysieke activiteit) bij jongeren tussen 10 en 24 jaar [139]. Volgens een meta-analyse met 17 RCT's van lage tot matige kwaliteit, hebben dergelijke interventies geen effect op kwaliteit van leven, depressieve symptomen en angst.

- Mental health literacy en stigma interventies

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

Een review onderzocht interventies gericht op het **verminderen van stigma** bij jongeren tussen 10 en 24 jaar, waarbij **kunst, expressie of storytelling** werd gebruikt[140]. Op basis van 48 studies, voornamelijk quasi-experimenteel van aard en van lage tot matige kwaliteit, wordt geconcludeerd dat zulke interventies kleine positieve effecten kunnen hebben op stigma omtrent geestelijke gezondheid. De meta-analyse toont echter enkel een effect op kennis over geestelijke gezondheid, maar niet op stigmatiserende attitude of gedrag. Interventies die op verschillende kunstvormen inzetten blijken de sterkste effecten te hebben.

- Interventies gericht op sociale steun en sociale inclusie

Een review met 33 studies onderzocht **interventies gericht op het verhogen van sociale steun** bij kinderen en jongeren tot 18 jaar [141]. De studies hanteerden verschillende onderzoeksmethoden, waarvan 8 kwalitatieve studies, en zijn van matige kwaliteit. Voor kinderen tot 9 jaar richten de interventies zich voornamelijk op het bieden van sociale steun aan de ouders. Dit blijkt meestal positieve effecten te hebben, zowel voor de kinderen als voor de ouders. Vanaf 10 jaar verschuift de focus van de interventies naar de jongeren zelf, waarbij de nadruk ligt op het verstrekken van informatie en psycho-educatie. De meeste interventies leiden tot positieve resultaten. Veel interventies maken gebruik van

een mentor of peer en hoewel deze vaak effectief zijn, kunnen ze ook negatieve effecten hebben wanneer er een breuk ontstaat in de mentorrelatie. Ondanks de overwegend positieve effecten van de interventies, blijft de algehele evidentie beperkt.

Een review op basis van 8 RCT's en 4 quasi-experimentele studies van eerder lage kwaliteit onderzocht interventies gericht op het **verhogen van sociale inclusie bij jongeren** tussen 14 en 24 jaar [142]. De meeste geïncludeerde interventies zijn georganiseerd in groepsverband en hebben als doel het verbeteren van sociale vaardigheden, al dan niet in combinatie met andere componenten. Een meta-analyse toont een matig effect op symptomen van depressie en/of angst, en 11 van de 12 interventies hebben een positief effect op sociale inclusie. Vergelijkingen tussen verschillende interventietypes waren echter niet mogelijk. Een soortgelijke systematische review, met 9 RCT's van matige kwaliteit, onderzocht het effect van diverse interventies om **eenzaamheid** bij jongeren tussen 14 en 24 jaar tegen te gaan[143]. Hierbij werd een onderscheid gemaakt tussen intrapersoonlijke (m.a.w. gericht op het individu zelf, gericht op coping of denkprocessen), interpersoonlijke (m.a.w. gericht op sociale vaardigheden) en sociale (m.a.w. gericht op sociale steun en het sociale netwerk) strategieën voor eenzaamheid. De evidentie voor intrapersoonlijke strategieën is gemengd maar wel het meest overtuigend, met enkele positieve resultaten voor CGT-gebaseerde ondersteuning. Voor sociale vaardigheidstraining is de evidentie vooral veelbelovend voor jongeren met ASS. Er wordt geen overtuigende evidentie gevonden voor de effectiviteit van sociale strategieën, zoals het creëren van sociale netwerken.

- Fysieke activiteit

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

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

Een review gebaseerd op 32 gecontroleerde studies van hoge kwaliteit onderzocht interventies gericht op **fysieke activiteit om SEV** bij kinderen van lagere schoolleeftijd te verbeteren[146]. De resultaten tonen een klein effect op alle onderzochte uitkomstmaten: zelfbewustzijn, zelfmanagement, sociaal bewustzijn, relatievaardigheden en verantwoord beslissen. De effecten zijn sterker voor interventies die minder dan 6 maanden duren, intensiever zijn (4 à 5 sessies per week), en worden uitgevoerd door gespecialiseerde professionals of onderzoekers (vs. leerkrachten). Interventies die zich toespitsen op één component (meestal lichamelijke opvoeding) tonen sterkere effecten dan multi-component

interventies, hoewel deze laatste slechts beperkt onderzocht werden, wat voorzichtigheid bij de interpretatie vereist.

Een laatste review onderzocht interventies gericht op fysieke activiteit bij jongeren tussen 15 en 24 jaar[147]. Op basis van 58 RCT's van matige tot hoge kwaliteit, blijkt fysieke activiteit een klein effect te hebben op angstsymptomen. Voor depressie worden de effecten per type activiteit onderzocht: krachttraining heeft het sterkste effect, gevolgd door gemengde activiteiten (sterk effect), aerobics (matig effect) en mind-body activiteiten (matig effect). Wat betreft intensiteit en duur blijken interventies bestaande uit 3 à 4 sessies per week met een sessieduur van telkens 30 tot 60 minuten en die minstens 6 weken worden aangeboden, het meest effectief te zijn voor zowel de preventie als de behandeling van depressie.

- Andere (adventure, kunst, storytelling…)

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

Een review van 23 studies van lage kwaliteit, die vooral gebruik maakte van kwalitatieve methoden, onderzocht **participatieve op kunst gebaseerde interventies** om de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren tussen 4 en 25 jaar te bevorderen [149]. Hoewel enkele studies positieve effecten op geestelijke gezondheid en kwaliteit van leven rapporteren, is de evidentie zwak en beperkt.

Een andere review, bestaande uit 11 studies met diverse en vooral ongecontroleerde methoden van lage kwaliteit, onderzocht '**storytelling'** (het vertellen van verhalen) bij kinderen en jongeren tussen 4 en 14 jaar [150]. Er is enige evidentie dat storytelling de veerkracht en het psychologisch welzijn kan verhogen, o.a. door bewustmaking over persoonlijke krachten en hulpbronnen, maar de evidentie is te beperkt om definitieve conclusies te trekken.

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

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

2.2.2.2 Interventies in de onderwijssetting

- Reviews over diverse interventies

Een systematische review onderzocht **programma's om het psychosociaal welzijn van leerlingen in basisscholen en secundaire scholen te bevorderen** [153]. De 16 RCT's, van voornamelijk van matige tot hoge kwaliteit, tonen dat dergelijke programma's positieve effecten kunnen hebben op diverse

uitkomsten zoals SEV, communicatievaardigheden, zelfregulatie, het gevoel bij de maatschappij te horen, woedebeheersing, zelfwaardering, levenstevredenheid, etc. De programma's hebben echter geen effect op empathie en stigmatisering. Het gebruik van **interactieve methoden,** zoals groepswerk en spel, lijkt effectiever dan het louter verstrekken van informatie.

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

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

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

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

Een review met 36 gecontroleerde studies van matige kwaliteit onderzocht interventies gericht op **emotieregulatie** in het secundair onderwijs[158]. Voor risicogroepen, zoals leerlingen met symptomen van geestelijke gezondheidsproblemen, leerproblemen of gedragsproblemen, blijken deze interventies

matige tot sterke effecten te hebben op vaardigheden om emoties te reguleren. In de algemene populatie zijn de effecten klein. Op andere uitkomsten, zoals risicogedrag, depressie en angst, hebben deze interventies matige tot sterke effecten in zowel de algemene populatie als de risicogroepen.

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

- Interventies voor sociaalemotionele ontwikkeling en vaardigheden

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

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

bewustzijn, relatievaardigheden, verantwoordelijke beslissingen), effectiever in het verbeteren van peerrelaties dan programma's die slechts één competentiegebied bevatten. Tot slot zijn de effecten sterker voor kwaliteitsvolle studies.

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

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

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

Nog een review paste de CAPP Evidence Base Criteria toe op 81 studies die 38 verschillende SEV-programma's voor kleuters beschrijven, om het niveau van evidentie te bepalen[165]. Vier programma's krijgen het label goed onderbouwd, 8 programma's krijgen het label waarschijnlijk effectief, 13 programma's krijgen het label mogelijk effectief, 13 programma's worden als experimenteel bestempeld, en geen enkel programma heeft twijfelachtige effectiviteit. De vier **goed onderbouwde programma's zijn:** ***I Can Problem Solve (ICPS), Pathways to Alternative Thinking Strategies (PATHS), Second Step, en Tools of the Mind*****.** De eerste drie programma's bestaan uit aparte curricula voor kleuters met kleine tot grote effecten, het laatste programma betreft een geïntegreerde aanpak gericht op zelfregulatie met kleine effecten. De interventies worden zowel universeel als selectief toegepast (bv. bij minderheidsgroepen en groepen met een sociaaleconomische kwetsbaarheid).

Een systematische review, gebaseerd op 7 gecontroleerde studies, onderzocht **interventies met een therapiehond om de sociaal emotionele vaardigheden van leerlingen uit basis- en secundaire scholen** te verbeteren[166]. Een therapiehond in scholen kan een kleine positieve invloed hebben op sociaal gedrag, empathie, stress, en attitude ten aanzien van school. De evidentie is echter beperkt en gemengd.

- Mindfulness en CGT-gebaseerde interventies

Een systematische review met 9 RCT's van vooral hoge kwaliteit onderzocht **mindfulness-based interventies in middelbare scholen** [167]. De meta-analyse toont een matig effect op waargenomen stress, maar niet op depressie of angst. Daarbij vindt men enkel een effect wanneer de interventiegroep vergeleken wordt met een inactieve controlegroep die niets kreeg aangeboden, maar niet wanneer deze

vergeleken werd met een actieve controlegroep die een alternatief zoals yoga, relaxatie of een les in gezondheid kreeg aangeboden.

Een systematische review met 23 gecontroleerde studies, 2 quasi-experimentele studies en 2 mixed-methods studies van overwegend lage kwaliteit onderzocht **diverse interventies gericht op veerkrachtbevordering** bij jongeren tussen 10 en 19 jaar binnen de schoolomgeving[168]. De review includeert zowel studies uitgevoerd bij reguliere leerlingen als studies uitgevoerd bij risicogroepen (bv. verlaagde veerkracht, minderheidsgroep, slachtoffers van trauma of geweld). Het algemene effect op veerkracht blijkt matig, maar een moderatoranalyse toont een sterk effect bij risicogroepen en geen effect bij reguliere leerlingen. Het effect geldt enkel voor multi-component interventies (sterk effect) en CGT-gebaseerde interventies (klein effect), maar niet voor interventies gericht op SEV, mindfulness en counseling/mentoring. Het effect is sterker bij jongere adolescenten tot 13 jaar, terwijl men bij oudere adolescenten van 14 to 17 jaar geen effect vindt. De effecten blijven behouden na een korte follow-up periode van 8 weken, maar niet na een langere periode.

Een systematische review vergeleek CGT-gebaseerde interventies met mindfulness-based interventies bij lagere schoolkinderen en includeerde 30 gecontroleerde studies van overwegend matige tot hoge kwaliteit, waarvan 12 studies over CGT rapporteerden en 18 over mindfulness-based interventies[169]. De meta-analyse toont dat CGT-gebaseerde interventies een sterk effect hebben op emotie-expressie volgens de beoordeling van ouders; maar geen effect op de emotie-expressie van leerlingen volgens de beoordeling van leerkrachten. Er is geen effect van CGT-gebaseerde interventies op angst en depressie. Wat betreft mindfulness-based interventies, is er een klein effect op emotioneel bewustzijn, maar enkel wanneer de interventie tot 12 weken duurt. Er is een klein effect van mindfulness-based interventies op het vermogen om positieve emoties te reguleren, maar enkel voor kinderen vanaf 10 jaar. Er zijn geen effecten van mindfulness-based interventies op angst en op emotie-expressie volgens de beoordeling van leerkrachten.

- Mental health literacy en stigma interventies

Een systematische review bestaande uit 9 gecontroleerde en 6 quasi-experimentele studies van matige tot hoge kwaliteit onderzocht **mental health literacy interventies in basis- en secundaire scholen** [170]. De meta-analyse toont een matig effect op kennis over geestelijke gezondheid. Dit effect blijft behouden na een follow-upperiode van 2 maanden, maar zwakt af tot een klein effect na 6 maanden. De interventies blijken geen effect te hebbe op stigmatiserende attitudes en hulpzoekgedrag.

Een systematische review met 14 gecontroleerde studies van onduidelijke kwaliteit onderzocht interventies gericht op het verhogen van **mental health literacy en het aanpakken van stigmatiserende attitudes** ten aanzien van psychische problemen in basis- en secundaire scholen[171], waarbij de interventies worden gegeven door de leerkracht. Een meta-analyse toont een matig effect op kennis over geestelijke gezondheid, en een klein effect op stigmatiserende attitudes direct na de interventie, maar deze effecten blijven niet behouden op langere termijn. De interventies hebben geen invloed op hulpzoekgedrag.

Een systematische review met 22 RCT's van matige kwaliteit onderzocht eveneens interventies gericht op het verhogen van **mental health literacy en het reduceren van stigma** in kleuter-, basis- en secundaire scholen [172]. De auteurs besluiten dat dergelijke interventies effectief kunnen zijn om kennis over geestelijke gezondheid te verbeteren en stigmatiserende attitudes te verminderen, maar

langetermijneffecten zijn onvoldoende onderzocht. Er is weinig en gemengde evidentie voor effecten op emotionele reacties (bv. angst, medelijden, …) en gedragsintenties (bv. vermijden, begrip tonen, …) tegenover personen met psychische stoornissen.

Een beperkte review met 4 RCT's en 2 quasi-experimentele studies concludeert dat educatieve mental health literacy interventies in de schoolsetting positieve effecten kunnen hebben op kennis, attitudes en hulpzoekgedrag inzake geestelijke gezondheid bij jongeren tussen 10 en 18 jaar [173].

- Fysieke activiteit interventies

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

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

Een systematische review met 8 RCT's en 7 quasi-experimentele studies van vooral hoge kwaliteit onderzocht het effect van **korte fysieke activiteiten ('breaks') in kleuter- en basisscholen.** De review vond enige evidentie dat klassikale fysieke breaks een positief effect hebben op het subjectief welzijn van kinderen, de plezierbeleving van fysieke activiteit, zelfvertrouwen en zelfeffectiviteit[177].

- Interventies gericht op ondersteuning bij schooltransities

Een systematische review van 34 RCT's, over het algemeen van zwakke kwaliteit, onderzocht de effectiviteit van **interventies gericht op het bevorderen van geestelijke gezondheid en welzijn tijdens belangrijke transitiemomenten in het onderwijs** (start van de kleuterschool, overgang van kleuter- naar basisschool, overgang van basis naar middelbare school en overgang van middelbare school naar hoger onderwijs)[34]. Interventies gericht op de start van de kleuterschool tonen positieve en langdurige effecten op sociale uitkomsten, maar er zijn gemengde resultaten voor gedragsuitkomsten. Vooral interventies die zich richten op zowel de klasomgeving en leerkracht als het ouderschap leiden over het algemeen tot positieve resultaten voor kleuters. Wat betreft interventies bij de overgang tussen scholen (kleuterschool naar basisschool, en basisschool naar middelbare school) is er consistente evidentie voor positieve gedrags-, emotionele en sociale effecten, maar minder consistent bewijs van een blijvend effect. Interventies gericht op de overgang van middelbare school naar het hoger onderwijs zijn minder goed onderzocht maar tonen overwegend positieve effecten voor psychologische en sociale uitkomsten. Over het algemeen lijkt de timing van interventies (bijvoorbeeld vóór de overgang versus na de overgang) niet geassocieerd met de effectiviteit. Universele interventies lijken even effectief als interventies gericht op leerlingen met een sociaaleconomische kwetsbaarheid. Enkele interventies met bewezen effectiviteit gericht op kwetsbare kinderen zijn *REDI-C* en *REDI-P*, een verrijking van het *Head Start* programma bij de overgang van de kleuterschool naar de basisschool.

Een tweede systematische review bestaande uit 25 gecontroleerde studies onderzocht **interventies specifiek gericht op het faciliteren van de overgang van de basis- naar de secundaire school door het bevorderen van sociaal-emotionele uitkomsten.** De geïncludeerde studies zijn uitgevoerd bij leerlingen

in het laatste jaar basisonderwijs (pre-transitie) of het eerste jaar secundair onderwijs (post-transitie)[178]. De studies bij leerlingen uit het laatste jaar basisonderwijs (pre-transitie) zijn van lage kwaliteit, maar tonen dat interventies die inzetten op het versterken van SEV effectief zijn om sociaal-emotionele uitkomsten te verbeteren en zo de overgang naar het middelbaar te versoepelen. Voorbeelden van interventies die positieve effecten lieten zien, zijn: de transitie positief vormgeven, copingvaardigheden aanleren, en het gebruik van sociale steun meer aanmoedigen (bv. door ouders, vrienden, leerkrachten). De resultaten suggereren dat intensievere pre-transitie interventies met gespecialiseerde professionals aangewezen zijn bij leerlingen uit risicogroepen, zoals leerlingen met een sociaaleconomische kwetsbaarheid. De post-transitie studies bij leerlingen uit het eerste jaar secundaire onderwijs zijn van hogere kwaliteit en laten zien dat kortdurende interventies die makkelijk te integreren zijn in de lessen en zich richten op het veranderen van de mindset van leerlingen een positief effect hebben op zowel sociaal-emotionele als schoolse resultaten. Deze interventies spelen meestal in op de bezorgdheid om er niet bij te horen op school en bestaan vaak uit getuigenissen van oudere medeleerlingen of schrijfoefeningen (bv. een brief of reflecterend essay schrijven). De studies laten tevens grotere positieve effecten zien voor kwetsbare leerlingen, waardoor dergelijke interventies potentieel hebben om ongelijkheid tussen kwetsbare en niet-kwetsbare groepen te verminderen.

- Interventies gericht op de schoolomgeving

Een review met 62 studies onderzocht de **impact van fysieke, culturele en organisatorische factoren op de geestelijke gezondheid van leerlingen in kleuter-, basis- en secundaire scholen**[179]**.** De review bevatte zowel interventionele als niet-interventionele studies die gebruik maken van verschillende onderzoeksmethoden. Een derde van de studies was van lage kwaliteit. Er is evidentie voor het belang van inzetten op ondersteunende relaties, zoals mentorprogramma's en peersupport. Ook interventies gericht op klasbeheersing (bv. beloningssystemen) blijken effectief voor het verminderen van disruptief gedrag. Verder toont de review positieve effecten voor veranderingen in schoolcultuur, zoals het betrekken van leerlingen en ouders en het opleiden van leerkrachten in geestelijke gezondheid. Een groene schoolomgeving en mogelijkheden creëren om aan fysieke activiteiten te doen zijn beloftevol.

Een review van 7 quasi-experimentele studies onderzocht het **effect van de fysieke of zintuiglijke (sensorische) omgeving in kinderopvang en onderwijs** voor jonge kinderen op sociaal emotioneel functioneren[180]. De resultaten zijn beperkt en gemengd, waardoor het niet mogelijk is om bepaalde interventies aan te bevelen. Een studie van hoge kwaliteit toont dat het herinrichten van de buitenspeelplaats om meer speelmogelijkheden in de natuur te creëren, kan leiden tot minder problemen met peers en minder symptomen van depressie. Eén studie vond meer positief sociaal gedrag bij kinderen die toegang kregen tot niet-conventionele ('enhanced') materialen en speelgoed.

2.2.2.3 Kwetsbare groepen

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

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

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

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

2.2.3 Conclusies interventies voor kinderen en jongeren

- Er bestaat meer evidentie voor geestelijke gezondheidsbevorderende interventies die in de schoolsetting worden aangeboden dan voor interventies in de gemeenschap.
- Interventies in de gemeenschap die **gebruik maken van cognitieve gedragstherapie, mindfulness en fysieke activiteiten** hebben op korte termijn positieve effecten, maar de effecten op langere termijn zijn gemengd. Intensieve en groepsinterventies blijken effectiever te zijn.
- Voor de preventie van psychische problemen (voornamelijk depressie en angst) is de evidentie robuuster voor **preventieve interventies met een geïndiceerde aanpak** dan voor interventies met een universele aanpak**.** Geïndiceerde interventies richten zich op kinderen en jongeren die al symptomen vertonen, waarbij vooral **CGT-gebaseerde interventies** effectief zijn.
- Er is consistente en sterke evidentie dat universele programma's gericht op het versterken van **sociaal emotionele vaardigheden (SEV),** vooral wanneer geïmplementeerd in scholen, effectief zijn voor het verbeteren van geestelijke gezondheid, sociale en emotionele competenties, prosociaal gedrag en schoolklimaat. Deze effecten worden bij verschillende leeftijdsgroepen gevonden en blijven behouden doorheen de tijd, hoewel het effect op langere termijn enigszins afneemt.
- De evidentie voor **digitale interventies** is beperkt maar veelbelovend. Vooral digitale CGT-gebaseerde interventies, gecombineerd met professionele steun, blijken effectief. De evidentie voor games ter bevordering van de geestelijke gezondheid is zeer beperkt: de weinige studies laten vooral positieve effecten zien voor klinische populaties zoals kinderen en jongeren met ASS of ADHD.
- **Mental health literacy interventies** aanboden in scholen of in de gemeenschap kunnen kennis over geestelijke gezondheid verhogen en stigmatiserende attitudes aanpakken. Het effect op

hulpzoekgedrag en geestelijke gezondheid is meestal erg beperkt. De effecten zijn eerder kortdurend van aard.

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

2.3 (Jong)volwassenen

2.3.1 Resultaten evidence synthesis Healthy Ireland (2017 – oktober 2021)

Kuosmanen et al. includeerden 9 reviews over GGB voor volwassenen in de gemeenschap en concludeerden daarbij het volgende [8]:

- **Mindfulness-based Interventies** kunnen de geestelijke gezondheid van volwassenen verbeteren, waaronder studenten uit het hoger onderwijs.
- **Fysieke activiteit** kan de geestelijke gezondheid van diverse volwassen populaties verbeteren, inclusief migranten en asielzoekers. Yoga en krachttraining blijken in het bijzonder effectief in het verminderen van angstklachten.

- **Interventies die gericht zijn op het verbeteren van sociaal kapitaal**, zoals buurtprojecten, hebben potentieel om sociale relaties en participatie te versterken, maar zijn nog beperkt onderzocht.
- De evidentie voor effecten op geestelijke gezondheid door **interventies gericht op het verbeteren van de ruimtelijke omgeving** is zeer beperkt.

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

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

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

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

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

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

een positieve invloed te hebben op determinanten van geestelijke gezondheid zoals isolatie, verbondenheid en welzijn.

2.3.2 Resultaten LUCAS (oktober 2021 – maart 2024)

2.3.2.1 Interventies in de gemeenschap of diverse settings

- Mindfulness interventies

Een review bestaande uit 13 RCT's onderzocht **mindfulness interventies** voor volwassenen in non-klinische settings [185]. Dergelijke interventies hebben consistent een klein effect op psychologische stress in vergelijking met een passieve controlegroep. Het effect wordt niet beïnvloed door factoren zoals het initiële stressniveau, geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, of mindfulness als persoonlijke eigenschap. In vergelijking met een actieve controlegroep zijn de effecten onduidelijk.

Een mixed-methods review met 13 studies (waarvan 7 RCT's) van vooral lage kwaliteit onderzocht mindfulness-based interventies bij volwassenen en vond dat deze een klein effect hebben op stress. Dit effect verdwijnt echter na 3 maanden [186].

- Digitale interventies

Een systematische review met maar liefst 101 RCT's onderzocht **digitale interventies om veerkracht bij volwassenen** te versterken en toont zwakke evidentie voor kleine effecten op mentale distress, positieve geestelijke gezondheid en veerkracht indien vergeleken met een passieve controlegroep[187]. De duurtijd, de aard en de theoretische basis van de digitale interventie hebben geen effect op de resultaten. De effecten worden behouden op lange termijn, maar voor begeleide en gestandaardiseerde interventies zijn de effecten sterker na een follow-up periode. In vergelijking met een actieve controlegroep worden er geen effecten gevonden.

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

Een systematische review met 17 RCT's onderzocht niet-begeleide **digitale interventies** gericht op geestelijke gezondheidsbevordering[189]. Er is zwakke evidentie dat dergelijke interventies een klein effect hebben op subjectief welzijn, maar geen effect op mentaal en psychologisch welzijn. De theoretische basis van de interventies blijkt geen invloed te hebben op de resultaten. Interventies die langer dan 6 weken duren en studies die gebruik maken van een actieve controlegroep blijken geen effect te hebben. Het engagement van deelnemers is een belangrijk aandachtspunt: deelnemers volgen doorgaans slechts 40% van de aanbevolen sessies en 37% haakt vroegtijdig af.

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

- Fysieke activiteit

Een umbrella review bestaande uit 97 systematische reviews van lage kwaliteit, onderzocht de effecten van **fysieke activiteit**, al dan niet in combinatie met een andere interventie [191]. De meeste reviews gaan over volwassenen uit de algemene populatie, maar er waren ook 27 reviews over volwassenen met kanker en 11 reviews over volwassenen met een depressie of angststoornis. Fysieke activiteit heeft een matig effect op psychologische stress en een klein effect op depressie en angst. Het effect op depressie wordt bij alle populaties teruggevonden, maar het effect op angst doet zich enkel voor bij volwassenen met kanker of een angststoornis. Hoewel alle soorten van fysieke activiteit effectief blijken, genereren intensieve activiteiten iets grotere effecten. Langer durende interventies zijn minder effectief, hoewel ze nog steeds een gunstig effect hebben.

Een systematische review met 8 RCT's van lage kwaliteit vond **geen evidentie voor effecten van HIIT** (High Intensity Interval Training) op symptomen van angst en depressie[192]. Een andere zeer kleine review met 3 RCT's van lage kwaliteit toont eveneens geen evidentie voor een effect van fysieke activiteit op angstsymptomen[193].

Een systematische review met 35 gecontroleerde studies van matige kwaliteit onderzocht interventies die inzetten op **fysieke activiteit én mindfulness** en toont voor studies die gebruik maken van een passieve controlegroep een positief effect op verschillende uitkomsten van mentaal welzijn[194]. De effecten zijn gelijkaardig voor non-klinische en klinische populaties. Studies met een actieve controlegroep hebben meestal geen effecten.

Tot slot onderzocht een review met 47 RCT's de impact van **leefstijlinterventies** op angst[195]. Alle interventies focussen op minstens twee leefstijlfactoren: voeding, fysieke activiteit en/of roken. De meeste studies zijn van lage kwaliteit. Er wordt een klein effect op angst gevonden, waarbij de effecten groter zijn voor individuele interventies en interventies aangeboden door gezondheidswerkers. Er wordt echter geen effect gevonden wanneer enkel de 16 studies van hogere kwaliteit onderzocht worden.

- Interventies gericht op belangrijke transities in de volwassenheid

Een umbrella review met 69 systematische reviews onderzocht interventies gericht op vier belangrijke thema's van transities- of (verlies)momenten in de volwassenheid: zwangerschap en ouderschap, verlies van een naaste en rouw, verlies van werk en langdurige werkloosheid, en huisvestingsproblemen en verhuizingen[196]. Een totaal van 43 reviews van gemengde kwaliteit gingen over interventies gericht op **zwangerschap en ouderschap** en rapporteren positieve effecten voor mind-body interventies, psychologische therapie, kunsttherapie en fysieke activiteit, maar niet voor psycho-educatie. Er zijn 12 reviews van gemengde kwaliteit over **rouw**. Vooral online interventies en diverse psychologische interventies gericht op rouw leveren positieve effecten op. Er zijn 8 reviews van vooral lage kwaliteit gericht op **werkloosheid**. Deze vinden geen overtuigende evidentie van effecten van psychologische interventies op de geestelijke gezondheid van werkloze personen, maar wel beperkte evidentie voor een kortetermijneffect op psychologische distress dankzij beroepsgerichte interventies, welke zowel gericht kunnen zijn op het faciliteren van de zoektocht naar werk als op het verbeteren van mentaal welzijn van werkloze personen. De evidentie voor interventies die focussen op **huisvestingsproblemen en verhuizingen** is gebaseerd op 5 reviews en erg beperkt. Niettemin bestaat er enige evidentie dat het verbeteren van de huisvesting positieve effecten heeft op het mentaal welzijn.

- Natuurgebaseerde interventies

Een review met 4 RCT's en 13 quasi-experimentele studies onderzocht **natuurgebaseerde wandelinterventies** bij volwassenen en vond enige evidentie voor positieve effecten op mentaal welzijn, humeur, positieve emoties, ruminatie, en verbondenheid met de natuur[197]. De meeste RCT's vonden dat wandelen in de natuur en wandelen in een stedelijke omgeving gelijkaardige effecten oplevert. Twee RCT's vonden wel dat wandelen in de natuur tot minder ruminatie leidt dan wandelen in de stad, en 1 RCT rapporteert een gelijkaardig effect voor de uitkomstmaat angst. Een andere systematische review met 6 RCT's, waarvan 3 van lage kwaliteit, onderzocht de effectiviteit van **bostherapie** (blootstelling aan bos, incl. het bekijken van filmpjes van bossen) bij volwassenen en vindt effecten op depressie, angst en emoties [198]. De review maakt echter melding van een publicatiebias, waardoor voorzichtigheid bij het interpreteren van de resultaten nodig is.

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

- Andere (ademhalingsoefeningen, relaxatie, sociale media interventies)

Een systematische review met 26 RCT's van matige kwaliteit onderzocht het effect van **ademhalings-oefeningen** bij volwassenen en rapporteert kleine effecten op stress, angst en depressie[200]. Het effect geldt enkel voor niet-klinische populaties, maar niet voor personen met een psychische of fysieke stoornis, hoewel onderzoek bij klinische populaties mogelijk onvoldoende power had om statistische verschillen te kunnen detecteren. De review toont bovendien aan dat enkel oefeningen die focussen op een trage ademhaling effectief zijn, dit in tegenstelling tot oefeningen om de ademhaling te versnellen. De effecten worden niet gemodereerd door modaliteit (digitaal, fysiek, of combinatie), de duur of frequentie van de interventie. Ze worden teruggevonden voor zowel individuele als groepsinterventies, ongeacht of er een actieve of passieve controleconditie wordt gebruikt.

Een systematische review met 46 RCT's en quasi-experimentele studies van matige tot hoge kwaliteit onderzocht **progressieve relaxatie (spierontspanning)** bij volwassenen[201]. De meerderheid van de studies rapporteren een positief effect op stress, angst en depressie, vooral wanneer spierontspanning gecombineerd wordt met een andere interventie. Vooral de studies die zijn uitgevoerd bij specifieke subgroepen zoals studenten of zorgverleners tonen positieve resultaten. Studies uitgevoerd in de algemene bevolking vinden weinig tot geen effecten. Wat de invloed van de duur en intensiteit van de interventie betreft zijn de onderzoeksresultaten inconsistent.

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

effectiever dan interventies die geen therapeutische elementen bevatten en zich enkel richtten op (tijdelijke) abstinentie of verminderd gebruik van sociale media.

2.3.2.2 Interventies voor studenten hoger onderwijs

- Diverse interventies

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

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

Een review met 29 RCT's van vooral lage kwaliteit onderzocht diverse interventies gericht op het **verbeteren van veerkracht** (zowel digitaal als niet digitaal, individueel en groep) bij studenten in het hoger onderwijs[205]. De studies vonden zwakke evidentie voor een klein effect op veerkracht, depressie en stress. De effecten zijn sterker voor interventies die focussen op sociale competenties en het opbouwen van relaties, en interventies die gebruikmaken van een mix van didactische en dialectische methoden. Voor digitale interventies zijn de effecten sterker wanneer een platform gebruikt wordt waarbij gelijktijdige en directe communicatie mogelijk is.

Een review met 36 gecontroleerde studies en 10 quasi-experimentele studies, van overwegend lage tot matige kwaliteit, onderzocht curriculum-gebaseerde interventies om het welzijn van universiteitsstudenten te verbeteren[206]. De studies zijn bieden weinig overtuigend bewijs voor de effectiviteit van dergelijke interventies**,** ongeacht de inhoud van de interventie (stressmanagement, mindfulness, vaardigheidsinterventies…). De meeste interventies vinden geen effect op stress en angst. De studies die wel effecten rapporteren, zijn van lagere kwaliteit.

Een andere review richtte zich specifiek op **positieve psychologie cursussen** (bv. met een focus op karaktersterktes en dankbaarheid) geïntegreerd in het curriculum en was gebaseerd op 27 quasi-experimentele studies van voornamelijk lage kwaliteit[207]. De meerderheid van de studies rapporteert minstens één positief effect op de geestelijke gezondheid en het welzijn van studenten, zoals een toename in geluk en tevredenheid. Niettemin tonen 44% van de studies gemengde resultaten voor

verschillende welzijnsuitkomsten. Twee studies tonen geen effect, en twee studies melden zelfs negatieve effecten.

- Mindfulness interventies

Een systematische review met 21 RCT's onderzocht **mindfulness interventies bij universiteitsstudenten** en toont kleine effecten op mindfulness (als vaardigheid), stress, angst, depressie en psychologische nood[208]. De effecten zijn sterker voor interventies met meer sessies en een kortere interventieduur. De review bevat studies van goede kwaliteit, maar geeft aan dat er mogelijks sprake is van een publicatiebias.

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

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

Een systematische review met 9 RCT's van matige tot hoge kwaliteit onderzocht **online mindfulness-based interventies bij universiteitsstudenten** en rapporteert een matig effect op mindfulness vaardigheden en stress, een kleine effect op depressie en angst, en geen effect op welzijn[211].

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

Twee reviews onderzochten specifiek **mindfulness-based interventies bij studenten geneeskunde**. Een hoogkwalitatieve review met 9 RCT's rapporteert een klein effect op stress, zowel vlak na de interventie als na een follow-up periode van 8 weken tot een jaar[213]. Een andere hoogkwalitatieve review met 8 RCT's onderzocht **mindfulness meditatie training bij geneeskundestudenten** en toont een klein maar langdurig effect op mindfulness vaardigheden en stress[214]. Meteen na de interventie vindt men geen effecten op psychologisch welzijn, angst, depressie en veerkracht. Na een follow-up periode van zes maanden tot een jaar vindt men wel een matig effect op psychologisch welzijn (vertraagd effect).

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

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

slaap en depressie zijn sterker voor studenten met slaapproblemen. Zowel face-to-face als digitale interventies zijn effectief.

Een review onderzocht **mental health literacy interventies bij universiteitsstudenten** op basis van 3 RCT's, een quasi-experimentele studie en twee kwalitatieve studies[216]. Drie van de 5 studies die kennis als uitkomst onderzoeken vinden hierin een verbetering, drie van de drie studies vonden een verbetering in attitude en stigma, en geen enkele interventie verbeterde hulpzoekgedrag- en intenties.

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

Een review met 22 gecontroleerde en 18 quasi-experimentele studies onderzocht **taichi** (Chinese vechtsport) bij studenten[218]. Studies van lage kwaliteit werden niet meegenomen in de review. Er is enig bewijs dat taichi de psychologische gezondheid kan verbeteren, met positieve effecten op stress, angst, depressie, aandacht en mindfulness vaardigheden. Echter, het bewijs is gemengd en de effecten zijn minder sterk in vergelijking met mindfulness-interventies.

Twee reviews onderzochten **animal-assisted interventies**, waarbij bijna altijd honden werden ingezet. Een eerste review met 35 RCT's, over het algemeen van lage tot matige kwaliteit, onderzocht de effecten van deze interventies op diverse gezondheidsuitkomsten bij studenten[219]. De interventies laten kleine tot matige effecten zien op acute angst, acute stress en negatief affect, maar hebben geen effect op positief affect en chronische stress. De tweede review, gebaseerd op 11 RCT's van vooral lage kwaliteit, concludeert dat er op korte termijn positieve effecten zijn op angst en stress, maar dat de evidentie onduidelijk is voor depressie, welzijn en humeur[220].

2.3.2.3 Interventies op de werkvloer

Een umbrella review van 16 systematische reviews met meta-analyse, van matige tot hoge kwaliteit, onderzocht universele, selectieve en geïndiceerde interventies voor de bevordering van geestelijke gezondheid op de werkvloer[221].

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

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

- Diverse interventies

Een uitgebreide systematische review met 117 RCT's, vooral van lage tot matige kwaliteit, onderzocht **interventies bij gezondheidswerkers om werkgerelateerde stress te verminderen**[222]. De review maakte een onderscheid tussen interventies die de aandacht vestigen op de aanwezige stress (bv. mindfulness-based stressreductie, cognitieve regulatie) en interventies die de aandacht wegleiden van de stress (bv. mindfulness-based meditatie). Het bewijs is van lage zekerheid, maar suggereert dat beide soorten interventies kleine effecten hebben op stress, zowel op korte termijn als op lange termijn (met effecten tot 12 maanden). De sterkste effecten op korte termijn worden gevonden voor interventies die een combinatie van interventies gebruiken. Het is echter niet duidelijk of interventies die individuele werkgerelateerde risicofactoren (bv. werklast) aanpakken een gunstig effect hebben.

Een andere uitgebreide RCT met 83 gecontroleerde studies van matige kwaliteit onderzocht diverse **interventies gericht op stressreductie** (o.a. relaxatie, CGT, interventies op organisatieniveau…) bij **verpleegkundigen**[223]. Over interventies heen vindt men kleine effecten op stress en burn-out. Interventies op het niveau van het individu (m.a.w. rechtstreeks gericht op verpleegkundigen) en multi-level interventies (m.a.w. zowel rechtstreeks gericht op verpleegkundigen als op organisatieniveau) hebben een klein effect op stress dat tot zes maanden aanhoudt. Interventies die zich enkel op het organisatieniveau richten hebben een zeer klein, maar wel langdurig effect op stress. Enkel multi-level interventies en interventies op het niveau van het individu zijn effectief inzake het verminderen van burn-out. De auteurs merken op dat de effectiviteit van interventies op het niveau van de organisatie en multi-level interventies moeilijker te onderzoeken is omwille van diverse methodologische uitdagingen. Daardoor is er meer evidentie beschikbaar voor individuele interventies.

Een systematische reviews met 15 gecontroleerde studies van goede kwaliteit onderzocht diverse interventies gericht op het **verhogen van veerkracht bij verpleegkundigen**[224]**.** De resultaten tonen een matig effect op veerkracht direct na de interventie en een groot effect 3 maanden later. Enkel groepsgebaseerde en face-to-face interventies leiden tot verbeteringen in veerkracht. Zowel zeer korte interventies (1 dag) als langere interventies (12 weken of langer) zijn effectief, met een optimale sessieduur van 120 tot 150 minuten. Effectieve interventies omvatten **emotieregulatie, relaxatie en zelfcompassie**. Interventies gericht op sociale steun en cognitieve herstructurering blijken niet effectief te zijn.

Een review met 14 gecontroleerde en 19 quasi-experimentele studies van matige tot hoge kwaliteit onderzocht interventies om het **welzijn van gezondheidswerkers te verbeteren**[225]. Bijna alle (29/33) interventies resulteren in minstens één positief effect op welzijn, burn-out, stress, angst of veerkracht. Mindfulness-based interventies en relaxatietechnieken zijn het vaakst onderzocht, en de meeste van deze interventies tonen positieve effecten. Er is ook enig bewijs dat interventies gericht op dankbaarheid en positieve mindset gunstige effecten genereren. Slechts 3 studies, met zwakke bewijskracht, onderzochten een interventie op organisatieniveau (zoals peer supportnetwerk, 'job crafting' en het verminderen van werkdruk door assistentie), en deze lieten allen positieve effecten zien.

Een mixed-method review met 23 studies (waaronder 7 RCT's) onderzocht interventies gericht op het verhogen van het **welzijn van leerkrachten** [226]. De meeste en de sterkste evidentie werd gevonden voor **mindfulness-based interventies**. Sociaal-emotionele therapeutische interventies kunnen ook het welzijn verbeteren, maar volgens RCT's is de impact beperkt. Het bewijs voor mental health literacy interventies is van lage kwaliteit, hoewel leerkrachten deze interventies als nuttig ervaren voor hun

welzijn. Slechts één studie onderzocht een CGT-gebaseerde interventie en vond geen effect. Aanpassingen aan het schoolbeleid tonen een gunstig effect op de attitudes van leerkrachten, maar de impact op welzijnsuitkomsten werden beperkt onderzocht.

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

Een review met 23 gecontroleerde studies van lage tot matige kwaliteit onderzocht welke kenmerken van werkgerelateerde interventies (karakteristieken, gebruikte gedragsveranderingsstrategieën**,** intensiteit) bepalend zijn voor het verbeteren van mentaal en fysiek welzijn op de werkvloer[228]. De review vond echter **geen duidelijke verbanden**.

- Mindfulness en CGT-gebaseerde interventies

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

Een systematische review met 16 RCT's van goede kwaliteit onderzocht **mindfulness-based interventies (waaronder yoga, muziektherapie, relaxatie, stressmanagement) bij verpleegkundigen** en vindt kleine effecten op stress en depressie, maar niet op angst[230].

- Digitale interventies

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

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

Een review met 4 RCT's en 4 quasi-experimentele studies onderzocht **online interventies om de veerkracht van gezondheidswerkers** te verhogen[233]. Alle studies rapporteren positieve effecten op veerkracht of andere variabelen zoals depressie, stress en werkengagement. Echter, de evidentie is beperkt en de resultaten zijn heterogeen.

Een andere review met 15 gecontroleerde en 11 quasi-experimentele studies, voornamelijk van matige kwaliteit, onderzocht **eHealth interventies bij gezondheidswerkers**[234]. Iets meer dan de helft (13/22) van de interventies heeft een effect op stress. Er worden daarnaast effecten gevonden op andere uitkomsten waaronder depressie, angst, burn-out, veerkracht en mindfulness. Zelfgeleide interventies en interventies met 'derde generatie CGT' (m.a.w. moderne benadering van gedragstherapie waarbij een sterkere nadruk ligt op acceptatie en mindfulness) worden het vaakst gebruikt en tonen veelbelovende resultaten.

- Interventies op organisatieniveau

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

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

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

Een andere review, gebaseerd op 5 RCT's en 2 quasi-experimentele studies, onderzocht interventies om de werkomstandigheden voor **werkende ouders** te verbeteren[18]. De interventies focussen vooral op flexibiliteit in het werkrooster en integreren de Parent Triple-P-interventie voor de werk-privé balans. Hoewel de evidentie beperkt is, zijn de beschikbare resultaten veelbelovend: deze interventies lijken gunstige effecten te hebben op psychologische stress, slaap, werk-privé balans, ouder-kind relaties en sociale steun, alsook op werkgerelateerde uitkomsten zoals productiviteit en afwezigheid.

- Andere

Een review met 12 gecontroleerde en 4 quasi-experimentele studies van lage tot matige kwaliteit onderzocht de effectiviteit van **fysieke activiteit** om het mentaal welzijn van gezondheidswerkers te verbeteren[237]. De interventies en uitkomsten zijn heterogeen, wat het trekken van eenduidige conclusies bemoeilijkt. Er zijn consistente positieve effecten op stress en slaapkwaliteit, maar eerder inconsistente effecten op mentaal welzijn, depressie, burn-out, uitputting en traumatische stress. Er is geen effecten op angst.

Een review met 9 RCT's van vooral lage kwaliteit onderzocht interventies gericht op **dankbaarheid** (vooral het maken van dankbaarheidslijstjes) bij werknemers[238]. De studies tonen consistent positieve effecten op depressie en stress, maar niet op welzijn en tevredenheid. De effecten komen alleen voor in studies waarin deelnemers minstens 6 keer een dankbaarheidslijst invulden.

Een review op basis van 9 RCT's en 13 quasi-experimentele studies van matige kwaliteit onderzocht **interventies om stigma op de werkvloer** aan te pakken en vond dat bijna alle interventies (14 van de 15 face-to-face interventies en 3 van de 4 digitale interventies) een positief effect hebben op stigma, maar er is beperkte evidentie voor het behoud van deze effecten op lange termijn[239].

2.3.2.4 Kwetsbare groepen

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

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

Een review met 6 gecontroleerde studies van matige en hoge kwaliteit onderzocht **mindfulness-based interventies bij volwassenen getroffen door een traumatische gebeurtenis** (bv. slachtoffers van interpersoonlijk geweld, militairen en veteranen) en vond geen evidentie voor een preventief effect op posttraumatische symptomen[242].

Een review met 14 RCT's van goede kwaliteit onderzocht interventies gebaseerd op **Acceptance and Commitment (ACT) om het mentaal welzijn van ouders van kinderen met zorgnoden** te versterken[243]. Er is sterke evidentie dat deze interventies een klein effect hebben op ouderlijke stress, depressie, angst en psychologische flexibiliteit. Er is matige evidentie dat deze interventies een klein effect hebben op distress bij ouders, en zwakke evidentie dat ze een klein effect hebben op parentale zelf-effectiviteit, mindfulness en emotionele en gedragsuitkomsten van kinderen. Er is geen effect op het welzijn van ouders. ACT-interventies zijn effectiever wanneer deze face-to-face worden verstrekt, wanneer deze in groep worden aangeboden, en wanneer deze gecombineerd worden met een andere ouderschaps-

techniek of een ander programma gericht op ouders. De beste resultaten worden bereikt bij een sessiefrequentie van 4 tot 8 sessies.

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

2.3.3 Conclusies interventies voor (jong)volwassenen

- **Interventies gebaseerd op mindfulness en cognitieve gedragstherapie** hebben kleine tot matige positieve effecten op de geestelijke gezondheid en het stressniveau van diverse groepen van (jong)volwassen, waaronder werknemers en studenten. Sommige reviews rapporteren dat de effecten van CGT-gebaseerde interventies op de lange termijn beter behouden blijven.
- **Groepsinterventies** blijken in sommige reviews effectiever te zijn voor universele geestelijke gezondheidsbevordering dan individuele interventies.
- **Digitale interventies**, vooral die gebaseerd zijn op CGT, mindfulness of stressmanagement, zijn eveneens effectief. Digitale interventies met begeleiding zijn iets effectiever, hoewel het lage engagement een uitdaging blijft.
- Voor werknemers kan het toevoegen van **relaxatietraining** aan interventies de effectiviteit verbeteren.
- Interventies die zowel op het individuele als het organisatieniveau inspelen, zijn het meest effectief voor het verbeteren van de geestelijke gezondheid op de werkvloer en de werk-privébalans en voor het verminderen van stress en het risico op burn-out. De meest effectieve strategie op organisatieniveau is werknemers meer **flexibiliteit en controle geven over het eigen uurrooster**.
- Interventies gericht op **fysieke activiteit en leefstijl**, mits voldoende intensief, leiden tot positieve effecten op de geestelijke gezondheid in zowel de algemene als klinische populaties. Deze effecten zijn echter relatief klein in vergelijking met andere interventies.
- Er zijn positieve effecten gevonden voor interventies gericht op **contact met de natuur**, omgaan met **rouw**, **ademhalingsoefeningen**, **progressieve relaxatie** en het verbeteren van **slaap**. Meer onderzoek is echter nodig om hierover gegronde aanbevelingen te kunnen doen.
- De evidentie voor interventies gericht op **kwetsbare groepen** is beperkt en de resultaten zijn gemengd. Veelbelovende interventies en strategieën zijn onder andere het **integreren van welzijns- en adviesdiensten in de reguliere zorg**, **CGT-gebaseerde interventies om de vaardigheden van werklozen te verhogen, groepsgebaseerde Acceptance and Commitment Therapie voor ouders van kinderen met zorgnoden, en psycho-educatie om de empowerment van migranten te versterken.**

2.4 Ouderen

2.4.1 Resultaten evidence synthesis Healthy Ireland (2017 – oktober 2021)

Kuosmanen et al. onderzoeken op basis van 18 systematische reviews, vooral van hoge kwaliteit, interventies voor het versterken van de geestelijke gezondheid van ouderen vanaf 60 jaar[8]. De meeste reviews focussen op interventies in de gemeenschapssetting, gericht op gezonde thuiswonende ouderen. Reviews die uitsluitend gericht zijn op ouderen in residentiële zorg worden niet onderzocht, maar reviews worden wel meegenomen indien deze ook ouderen in woonzorgcentra includeren als onderdeel van de ruimere populatie ouderen.

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

2.4.2 Resultaten LUCAS (oktober 2021 – maart 2024)

2.4.2.1 Betekenisvolle activiteiten

Een review met 7 gecontroleerde studies en een cohort studie van matige kwaliteit onderzocht de effecten van **betekenisvolle activiteiten met een doelgerichte component** (bv. iets nieuws leren, vrijwilligerswerk) bij ouderen vanaf 80 jaar die in een residentiële setting verblijven[66]. De meeste interventies waarbij ouderen een functionele rol opnemen of iets nieuws leren, leiden tot een verbetering in welzijn. Er is iets sterker bewijs voor de positieve effecten van het opnemen van een functionele rol, zoals de rol van vrijwilliger of mentor. Er worden geen negatieve effecten gerapporteerd.

Twee afzonderlijke reviews onderzochten de effecten van **intergenerationele activiteiten** op ouderen. Een review op basis van 14 RCT's van lage kwaliteit onderzocht intergenerationele activiteiten tussen

ouderen en kinderen of jongeren in diverse vormen en settings met de intentie om sociale uitkomsten, gezondheidsuitkomsten of educatieve uitkomsten te verbeteren[245]. Zowel de interventies als de bestudeerde uitkomsten zijn beperkt en divers, waardoor het trekken van conclusies moeilijk is. Meta-analyse is enkel mogelijk voor de uitkomsten zelfwaarde en depressie, maar er zijn geen effecten gevonden. Sommige studies vinden positieve effecten op persoonlijke groei, cognitieve functies, gemeenschapsgevoel en positief affect. Een andere review onderzocht op basis van 17 studies met diverse methoden, waaronder 1 RCT, **intergenerationele educatieve activiteiten (= 'intergenerationeel leren')** bij ouderen vanaf 60 jaar in interactie met kinderen tussen 6 en 12 jaar [246]. Voor ouderen zijn er vooral positieve effecten op psychologisch welzijn, eenzaamheid en zelfzekerheid. Kinderen kunnen er een meer positieve attitude ten aanzien van ouderen en diversiteit door ontwikkelen.

2.4.2.2 Interventies gericht op reminiscentie (herinneringen ophalen)

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

Een review met 27 gecontroleerde studies van matige tot hoge kwaliteit onderzocht **reminiscentie bij cognitief gezonde ouderen** vanaf 60 jaar[247]. Er wordt een klein effect gevonden op levenstevredenheid en een matig effect op depressie. Daarnaast rapporteren sommige studies positieve effecten op zelfwaarde, eenzaamheid en angst. De robuustheid van de effectiviteit wordt onderzocht voor levenstevredenheid en depressie. Reminiscentie verhoogt enkel de levenstevredenheid bij ouderen in de residentiële zorg, wanneer de interventie georganiseerd wordt in groep en minstens acht weken duurt. Alle soorten reminiscentie interventies hebben een positief effect op depressie, maar inzake depressie zijn er sterkere effecten voor individuele interventies en interventies in de gemeenschaps-setting.

Een review met 31 gecontroleerde studies van matige tot hoge kwaliteit onderzocht interventies gebruikmakend van **reminiscentie of 'life review'** (een interventie waarbij ouderen een balans opmaken van hun leven) bij cognitief gezonde 60-plussers[248]. Er zijn kleine effecten op depressie en levenstevredenheid. De meeste studies laten een verbetering zien in zelfwaarde, welzijn en geluk, maar niet in levenskwaliteit. Individuele interventies en groepsinterventies worden even effectief bevonden.

Een review met 8 RCT's, 14 quasi-experimentele en 10 kwalitatieve studies onderzocht **reminiscentie in de gemeenschap bij ouderen vanaf 50 jaar** [249]. Het bewijs is zwak, maar de onderzoekers concluderen dat reminiscentie in de gemeenschap een positief effect kan hebben op depressieve symptomen, angst, eenzaamheid, kwaliteit van leven en het gevoel van beheersing of controle. De kwalitatieve studies tonen aan dat ouderen tevreden zijn met de interventies en rapporteren positieve effecten op sociaal welzijn, zelfwaarde en het gevoel erbij te horen.

2.4.2.3 Fysieke activiteit

Een review met 6 RCT's en 8 quasi-experimentele studies van matige tot hoge kwaliteit onderzocht de effectiviteit van **fysieke activiteit** voor het verbeteren van de geestelijke gezondheid bij 60-plussers [250]. Alle studies, met een verscheidenheid aan types fysieke activiteit (aquatics, aerobics, yoga en spierversterkende oefeningen), hebben positieve effecten op de geestelijke gezondheid en slaap van ouderen. Het meeste bewijs wordt gevonden voor programma's met twee keer per week matig intensieve activiteit, en een programmaduur van 12 weken tot vijf maanden.

Drie reviews onderzochten de effecten van **krachttraining** op de geestelijke gezondheid van ouderen vanaf 60 jaar. Een review met 21 RCT's van goede kwaliteit vindt effecten van krachttraining op angst en depressie[251]. Voor ouderen zonder psychische stoornis zijn deze effecten matig, en voor ouderen met een psychische stoornis zijn deze effecten sterk. Voor ouderen zonder psychische stoornis blijkt de duur van de interventie en de frequentie van de sessies niet van belang. Een andere systematische review met 21 gecontroleerde studies van matige kwaliteit rapporteert een sterk effect op depressie, en kleine effecten op de algemene gezondheid, de mentale en fysieke kwaliteit van leven, pijn en sociaal functioneren [252]. Er is geen effect op de vitaliteit van ouderen. Een derde systematische review met 18 gecontroleerde studies van lage tot matige kwaliteit onderzocht de effecten van krachttraining en aerobics, bij ouderen vanaf 60 jaar[253]. Er zijn over interventies heen matige effecten op depressie, algemene gezondheid en pijn, en een groot effect op de mentale kwaliteit van leven. Er zijn geen effecten gevonden op de algemene levenskwaliteit, sociaal functioneren en vitaliteit. De effecten op depressie worden apart onderzocht per interventietype. Interventies die enkel krachttraining bevatten maar geen aerobic activiteit hebben een matig effect op depressie, terwijl interventies die enkel aerobic activiteit bevatten een klein effect op depressie laat zien. Er wordt echter geen effect gevonden voor interventies die krachttraining en aerobic activiteit combineren.

2.4.2.4 Andere interventies

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

Een review op basis van 15 RCT's van matige tot hoge kwaliteit onderzocht de **effectiviteit van digitale en virtuele interventies (telefonisch of via videobellen)** voor het verminderen van symptomen van depressie[255]. CGT-gebaseerde interventies zijn het vaakst gebruikt. Tien RCT's onderzoeken dit bij ouderen zonder depressie en laten allen een verbetering in depressieve symptomen zien. Er is echter onvoldoende evidentie om te besluiten dat er blijvende en klinisch betekenisvolle verbeteringen in depressieve symptomen zijn, zeker bij ouderen met depressieve klachten bij aanvang.

Een review met 10 RCT's en 7 quasi-experimentele studies van lage tot matige kwaliteit onderzocht **mindfulness-based interventies gericht op 60-plussers met een chronische aandoening.** De review vindt beperkt maar veelbelovend bewijs voor verbeteringen in mentaal welzijn (o.a. depressie en angst) en pijngerelateerd psychologisch functioneren [256].

2.4.3 Conclusies interventies voor ouderen

- De evidentie voor interventies ter bevordering van de geestelijke gezondheid specifiek gericht op ouderen is eerder **beperkt** in vergelijking met de andere levensfasen.
- Bij ouderen is het extra belangrijk dat de interventie afgestemd is op de **individuele behoeften, noden en voorkeuren** van de persoon.
- **Allerlei sociale, betekenisvolle, doelgerichte en intergenerationele activiteiten** zoals lesgeven, een nieuwe vaardigheid leren en vrijwilligerswerk, hebben positieve effecten op de geestelijke gezondheid van ouderen in de gemeenschap en in residentiële ouderenzorg.

- **Reminiscentie en 'life review' interventies** kunnen de geestelijke gezondheid, zelfwaarde en levenstevredenheid van ouderen verbeteren.
- **Fysieke activiteit en matig intensieve beweging** helpen om geestelijke gezondheidsproblemen, zoals depressie en angst, bij ouderen te voorkomen. **Krachttraining** blijkt hiervoor bijzonder effectief.
- Andere veelbelovende interventies voor ouderen zijn **mindfulness-based interventies, mind-body interventies, CGT-gebaseerde interventies en sociale steun**.
- **Digitale interventies** zijn minder vaak onderzocht bij ouderen, maar CGT-gebaseerde interventies via (video)bellen laten positieve effecten zien.

2.5 Interventies voor verschillende levensfasen

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

2.5.1 Diverse interventies

Een uitgebreide umbrella review met 198 meta-analyses van matige tot hoge kwaliteit toont aan dat **positieve psychologische interventies (PPI's),** gericht op veerkracht en positieve geestelijke gezondheid[257], kleine en langdurige effecten hebben op welzijn, kwaliteit van leven, depressie, angst en stress. De sterkste effecten komen van mind-body interventies, terwijl fysieke activiteit de kleinste effecten oplevert. Face-to-face interventies met minstens acht sessies blijken effectiever dan digitale en kortere interventies.

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

Een derde umbrella review op basis van 101 reviews richt zich op **interventies die verband houden met sociale determinanten van geestelijke gezondheid** en de duurzame ontwikkelingsdoelen van de Verenigde Naties (m.a.w. doelstellingen gericht op wereldwijde uitdagingen zoals armoede, ongelijkheid en milieu) [259]. De helft van de reviews zijn van lage of kritiek lage kwaliteit. Het sterkste bewijs komt van SEV-bevorderende programma's in scholen. Andere veelbelovende interventies zijn flexibele werkroosters voor werknemers in de gezondheidszorg, het Workplace Triple P-programma voor werkende ouders, en jobclubs voor werkzoekenden (m.a.w. werkzoekenden krijgen vaardigheden om te solliciteren aangeleerd en vinden steun bij elkaar). Het bewijs voor interventies op buurtniveau blijft beperkt.

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

Een review met 83 kwantitatieve studies van matige kwaliteit onderzoekt **diverse veerkracht-bevorderende interventies** over verschillende levensfasen en rapporteert matige effecten [261]. Zowel individuele als groepsinterventies zijn effectief. Interventies onder professionele begeleiding en blended interventies presteren beter dan zelfgeleide digitale interventies, maar allen zijn effectief.

Interventies gebaseerd op gelukstrategieën, zoals dankbaarheid, sociale interactie, mindfulness, fysieke activiteit en contact met de natuur, worden effectief bevonden volgens een met 494 RCT's die 57 kwaliteitsvolle studies meer in detail analyseert[262]. Goed uitgevoerd onderzoek biedt over het algemeen meer bewijs voor interventies gericht op dankbaarheid en sociale interactie. Het schrijven van dankbaarheidsbrieven verhoogt op korte termijn het positief affect en het geluksgevoel, ongeacht culturele contexten. Sociale interactie, zoals praten met vreemden, verbetert de stemming, en extraverter gedrag draagt bij aan een hoger geluksgevoel. Er is bewijs dat mindfulness en meditatie, met name mindfulness-based stress reduction (MBSR), het subjectieve welzijn verbeteren. Er is goed bewijs dat sporten mensen gelukkiger maakt, maar dit is vooral onderzocht in vergelijking met weinig stimulerende activiteiten, zoals stilzitten. Slechts één goed onderbouwd onderzoek toont voordelen van een langdurig beweegprogramma, terwijl vijf studies geen voordelen rapporteren bij programma's van twee weken tot een jaar. Tot slot biedt blootstelling aan natuur positieve effecten, al is de kwaliteit van het onderzoek laag.

Een review op basis van 45 studies, waarvan 22 RCT's van matige tot hoge kwaliteit, onderzoekt **interventies voor geestelijke gezondheidsbevordering op populatieniveau uitgevoerd door paramedici** [263]. Levensstijlinterventies met meerdere componenten uitgevoerd door ergotherapeuten, laten positieve effecten zien op mentaal en sociaal welzijn bij (oudere) volwassenen. Kunst- en muziektherapie hebben ook potentieel om het mentaal welzijn bij diverse groepen te verbeteren, maar de beschikbare literatuur is beperkt en de uitkomsten zijn gemengd. Bewegingsprogramma's die door kinesitherapeuten worden aangeboden, lijken het risico op depressie bij zwangere vrouwen te verminderen.

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

2.5.2 Mindfulness interventies

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

Een hoogkwalitatieve review gebaseerd op 32 RCT's onderzoekt **mindfulness-based stressreductie (MBSR)** [266]. Een hoogkwalitatieve review gebaseerd op 32 RCT's onderzoekt mindfulness-based

stressreductie (MBSR). Deze interventie laat een klein effect zien op depressieve symptomen, zowel bij personen met als zonder depressieve klachten aan het begin van de interventie.

2.5.3 Digitale interventies

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

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

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

Een review met 15 RCT's en 19 quasi-experimentele studies van matige kwaliteit onderzoekt geestelijke gezondheidsbevordering met behulp van **conversationele artificiële intelligentie** (m.a.w. technologieën die menselijke gesprekken nabootsen met behulp van AI) [269]. De interventies hebben een matig effect op psychologische distress en depressie, maar hebben geen effect op psychologisch welzijn, angst en gevoelens. Het effect is sterker bij multimodale interventies of interventies met een AI-stem, in vergelijking met interventies die uitsluitend tekst gebruiken. Ook is het effect groter bij volwassenen van middelbare en oudere leeftijd dan bij adolescenten en jongvolwassenen. Daarnaast blijkt het effect sterker te zijn voor (sub)klinische populaties.

2.5.4 Interventies gericht op sociale steun en sociale inclusie

Een review met 9 RCT's onderzoekt interventies gericht op het **verhogen van sociale steun**[270]. Er wordt zwak bewijs gevonden voor een klein preventief effect op depressie. Het effect is sterker bij vrouwen in de postpartum periode dan bij andere doelgroepen zoals personen met chronische ziekten en mantelzorgers. Er is sterker bewijs voor interventie verstrekt door gezondheidswerkers. Het effect op depressie wordt niet teruggevonden een jaar na de interventie.

Een review met vier gecontroleerde en vier quasi-experimentele studies van lage tot matige kwaliteit onderzoekt de effecten van **vriendschapsgroepen of sociale groepen in de gemeenschap** [271]. Hierbij

wordt een onderscheid gemaakt tussen gestructureerde groepen met begeleide bijeenkomsten volgens een vaste structuur of programma, en ongestructureerde groepen met informele bijeenkomsten. Er wordt een klein effect op depressie gevonden, maar niet op eenzaamheid. De resultaten. De resultaten zijn erg heterogeen, waardoor geen vergelijking tussen gestructureerde of ongestructureerde groepen mogelijk is.

2.5.5 Social prescribing interventies

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

Een andere review op basis van 15 quasi-experimentele studies en twee gecontroleerde studies, richt zich op **social prescribing interventies in het Verenigd Koninkrijk** [273]. De doelgroep is divers, maar omvat vaak volwassenen met psychische problemen. De meeste interventies maken gebruik van een 'linkwerker' of een directe verwijzing naar gemeenschapsdiensten gericht op welzijn en zorg. In totaal rapporteren 16 van de 17 studies op korte termijn een verbetering op vlak van welzijn, geestelijke gezondheid, levenskwaliteit en eenzaamheid.

2.5.6 Andere

Een systematische review op basis van 43 RCT's van overwegend hoge kwaliteit onderzoekt non-farmacologische interventies voor het **verbeteren van de slaap** [274]. Er wordt een sterk effect gevonden op cognitieve processen gerelateerd aan slaap (bv. piekeren over niet kunnen slapen) en een klein effect op angstsymptomen. De auteurs concluderen dat cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGT-i) en gedragsinterventies voor slaap effectief zijn voor het verminderen van angst. Het effect is iets sterker bij personen met een fysieke of psychische stoornis en personen met verhoogde angst bij de start van de interventie.

Een umbrella review op basis van 19 meta-analyses, waarvan de meerderheid van lage en kritiek lage kwaliteit, onderzoekt **interventies voor het verminderen van stigma** ten aanzien van geestelijke gezondheid[275]. Interventies waarbij contact is met een persoon met psychische problemen en educatieve interventies hebben consistent kleine tot matige effecten op publiek stigma, zoals attitudes en gedragsintenties tegenover personen met psychische problemen. De effectiviteit op lange termijn is echter onduidelijk. Er is beperkter bewijs voor interventies die zelfstigma verminderen. Enkele veelbelovende interventies hiervoor zijn therapeutische interventies in de gemeenschap, zoals CGT, en interventies geleid door ervaringsdeskundigen.

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

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

Een andere review, gebaseerd op negen gecontroleerde en tien quasi-experimentele studies van lage tot matige kwaliteit, onderzoekt **interventies voor geestelijke gezondheid en/of mental health literacy die plaatsvinden binnen een sportsetting.** Deze interventies richten zich op leden, ouders of coaches van sportverenigingen [279]. Er is een mogelijke publicatiebias vastgesteld. Deze interventies richten zich op leden, ouders of coaches van sportverenigingen. Er is een mogelijke publicatiebias vastgesteld. De resultaten tonen een matig effect op kennis over geestelijke gezondheid en kleine effecten op angst, welzijn, stigmatiserende attitudes en de vaardigheid om anderen met psychische klachten te helpen. Er wordt echter geen effect gevonden op depressieve gevoelens.

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

Een systematische review met 58 RCT's onderzoekt de effectiviteit van **HIIT (High Intensity Interval Training)** voor het verbeteren van mentaal welzijn [281]. HIIT heeft een klein effect op depressie en stress, maar geen effect op angst. Enkel HIIT-programma's van minstens 7 weken blijken effectief te zijn voor het verbeteren van mentaal welzijn.

2.5.7 Kwetsbare groepen

Een review van negen RCT's (matige kwaliteit) onderzoekt **online mindfulness-interventies bij personen met fysieke aandoeningen** zoals kanker en chronische pijn [282]. Er wordt een sterk effect gevonden op mindfulness en kleine effecten op depressie, angst en stress, maar geen effect op algemeen welzijn. Een andere review met 12 kwantitatieve studies (matige kwaliteit) richt zich op **natuurgerichte interventies voor mensen met chronische aandoeningen** (exclusief kanker en chronische pijn) [283]. Hier worden kleine psychologische en fysiologische effecten gerapporteerd, waaronder een vermindering van depressie en angst.

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

- Een eerste review met acht RCT's van matige tot hoge kwaliteit onderzoekt **online compassie-gebaseerde interventies** voor het verbeteren van het mentaal welzijn van mantelzorgers [284]. De interventies laten kleine effecten zien op zelfcompassie, stress, angst en mindfulness, maar niet op depressie. Enkel interventies langer dan 8 weken zijn effectief. Een tweede review met vier RCT's en twee quasi-experimentele studies van lage tot matige kwaliteit onderzoekt **veerkracht-bevorderende interventies** bij mantelzorgers van volwassenen met een chronische of gevorderde aandoening [285]. Hoewel de evidentie is beperkt is, toont de review veelbelovende resultaten voor psycho-educatie, CGT-gebaseerde en mindfulness-based interventies.
- Een derde review met vijf RCT's van hoge kwaliteit vindt eveneens dat **online veerkracht interventies** (o.a. online leren of online psychologische ondersteuning) bij mantelzorgers een

matig effect hebben op veerkracht, maar rapporteert geen verschillen tussen interventietypes [286].

- Tot slot onderzoekt een review met 27 kwantitatieve studies, waaronder 12 RCT's, **expressieve kunstinterventies bij mantelzorgers** [287]. Deze interventies tonen positieve effecten op stress, angst en mantelzorglast, vooral wanneer ze psycho-educatieve component bevatten.

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

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

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

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

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

2.5.8 Conclusies interventies voor verschillende levensfasen

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

3 Algemene conclusie

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

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

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

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

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

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

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

Voor kinderen en jongeren zijn **interventies gericht op het versterken van sociaal-emotionele vaardigheden (SEV)** effectief om de geestelijke gezondheid te verbeteren. Dit omvat een brede waaier aan interventies met verschillen in focus en aanpak, maar de basis is dat deze gericht zijn op het leren omgaan met emoties, relaties met anderen en sociale situaties. SEV-programma's zijn het vaakst onderzocht in scholen en kennen in deze setting ook de sterkste evidentie, maar ook SEV-interventies in andere settings zijn mogelijk. Enkele evidence-based SEV-interventies of programma's zijn *I Can Problem Solve (ICPS), Pathways to Alternative Thinking Strategies (PATHS), Second Step, Tools of the Mind*. De aanpak van deze interventies is zowel universeel als selectief (bv. lage SES, minderheids-groepen).

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

dat er geen of verwaarloosbare effecten zijn op de geestelijke gezondheid en de intentie om hulp te zoeken voor geestelijke gezondheidsproblemen.

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

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

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

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

Tot slot kunnen de **eerstelijnszorg en welzijnsdiensten** personen toeleiden naar een lokaal en gepast aanbod aan diensten en interventies, bijvoorbeeld via social prescribing initiatieven ('welzijn op recept') waarbij huisartsen en andere zorg- en welzijnswerkers personen doorverwijzen naar sociale en gemeenschapsactiviteiten in plaats van (of naast) traditionele medische behandelingen. Het is vooral gericht op kwetsbare mensen met problemen zoals eenzaamheid of psychische klachten. Soms wordt hierbij gebruik gemaakt van een linkwerker die de persoon helpt bij het vinden van passende activiteiten om de sociale verbondenheid en de veerkracht te versterken. Geschikte activiteiten zijn onder andere sport, yoga, ontmoeting, iets nieuw leren, tuinieren (o.a. in gemeenschapstuinen) of vrijwilligerswerk. Vooral voor oudere leeftijdsgroepen wijst de literatuur in de richting van betekenisvolle activiteiten voor

de bevordering van geestelijke gezondheid en het voorkomen van eenzaamheid. Dit geldt ook voor ouderen in de residentiële ouderenzorg.

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

De impact van interventies op geestelijke gezondheidsuitkomsten is op individueel niveau vaak beperkt, met kleine tot matige effectgroottes. Dit is des te meer het geval omdat universele interventies vaak ook personen includeren die reeds een goede geestelijke gezondheid hebben, waardoor de ruimte voor verbetering kleiner is dan bij geïndiceerde interventies voor personen die reeds psychische klachten vertonen. Daarbij zijn de bevorderende en preventieve effecten van universele interventies moeilijker te meten dan behandeleffecten, vooral in onderzoek met een korte follow-up termijn. Niettemin kunnen de effecten van universele interventies op populatieniveau een aanzienlijk verschil maken, zelfs wanneer deze op individueel niveau klein zijn. Universele interventies bevorderen de gelijkheid en bewustwording door iedereen de kans te bieden om gebruik te maken van een aanbod geestelijke gezondheidsbevordering en preventie. Gerichte en geïndiceerde interventies bevorderen dan weer rechtvaardigheid door extra en vroegtijdig ondersteuning te bieden aan degenen die dit het meest nodig hebben, waardoor de kloof inzake geestelijke gezondheid tussen groepen in de bevolking verkleind wordt.

4 Opmerkingen van experten

Hoewel het systematisch literatuuronderzoek niet in detail besproken werd tijdens de expertmeetings per levensfase, gaven sommige experten nog enkele bedenkingen mee. De bevindingen zijn waardevol en richtinggevend voor het inzetten op interventies, maar het blijft belangrijk om evidentie uit de wetenschappelijke literatuur met de nodige nuance te interpreteren.

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

Ten tweede is de impact van buurtgerichte (‘community-based’) interventies moeilijker om te meten, waardoor de evidentie hiervoor minder robuust is. Dit soort interventies zijn vaak complex en worden beïnvloed door vele factoren. Hierdoor zijn ze moeilijker te vatten met traditionele methoden, zoals gerandomiseerde gecontroleerde studies. Uit de praktijk blijkt dat buurtinterventies wel een meer-waarde kunnen bieden, zowel voor de geestelijke gezondheid als voor het gemeenschapsgevoel.

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

Hoofdstuk 8

Kosteneffectieve interventies om de geestelijke gezondheid te bevorderen: resultaten van de verdiepende literatuurstudie

Een interventie die aanzienlijke gezondheidswinst oplevert, maar gepaard gaat met hoge kosten, is niet altijd interessanter dan een interventie met minder gezondheidswinst en lagere kosten. Gezondheidseconomische evaluaties bieden inzicht in de verhouding tussen de kosten en de gezondheidseffecten van één of meerdere interventies. Dit geeft informatie over de mate waarin een interventie 'waarde voor geld biedt', oftewel kosteneffectief is, en helpt om beperkte middelen optimaal te besteden. In dit hoofdstuk wordt beschikbare literatuur over kosteneffectieve interventies voor de bevordering van de geestelijke gezondheid samengebracht. Deze inzichten dienen als basis om interventies te selecteren die zowel doeltreffend als financieel verantwoord zijn.

1 Methode

De methode, waaronder de gebruikte zoekstring, de doorzochte databanken en de in- en exclusiecriteria, wordt beschreven in Hoofdstuk 3.3 Systematische Review vermits deze parallel liep met de search naar effectieve interventies (Hoofdstuk 7).

De zoekopdracht leverde vijf resultaten op:

- Abou Jaoude, G. J., Leiva-Granados, R., Mcgranahan, R., Callaghan, P., Haghparast-Bidgoli, H., Basson, L., Ebersöhn, L., Gu, Q., & Skordis, J. (2024). Universal Primary School Interventions to Improve Child Social–Emotional and Mental Health Outcomes: A Systematic Review of Economic Evaluations. *School Mental Health*, *16*, 291–313. https://doi.org/10.1007/s12310-024-09642-0 [293]
- Anna-Kaisa, V., Virpi, K., Mervi, R., Elisa, R., Terhi, L., Marjo, K., André, S., & Eila, K. (2022). Review: Economic evidence of preventive interventions for anxiety disorders in children and adolescents – a systematic review. *Child and Adolescent Mental Health*, *27*, 378–388. https://doi.org/10.1111/camh.12505 [294]
- Conejo-Cerón, S., Lokkerbol, J., Moreno-Peral, P., Wijnen, B., Fernández, A., Mendive, J. M., Smit, F., & Bellón, J. Á. (2021). Health-economic evaluation of psychological interventions for depression prevention: Systematic review. *Clinical Psychology Review*, *88*, 102064. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102064 [295]
- Le, L. K.-D., Esturas, A. C., Mihalopoulos, C., Chiotelis, O., Bucholc, J., Chatterton, M. L., & Engel, L. (2021). Cost-effectiveness evidence of mental health prevention and promotion interventions: A systematic review of economic evaluations. *PLOS Medicine*, *18*(, e1003606. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003606 [296]
- Moreno-Peral, P., Conejo-Cerón, S., Wijnen, B., Lokkerbol, J., Fernández, A., Smit, F., & Bellón, J. Á. (2024). Health-Economic Evaluation of Psychological Interventions for Anxiety Prevention: A Systematic Review. *Psychiatric Services*, *75*, 667–677. https://doi.org/10.1176/appi.ps.20230101 [297]

Deze vijf systematische reviews rapporteren over 60 individuele studies die in de scope van deze literatuurstudie zijn. Negen van deze studies zijn in twee of meerdere van de reviews geïncludeerd. Dit brengt het totaal op **51 unieke individuele studies** die de kosteneffectiviteit van 53 verschillende interventies evalueren.

In dit hoofdstuk wordt een narratieve synthese gegeven van de individuele studies die binnen de scope van de literatuurstudie vallen. Dit wil zeggen dat de focus ligt op economische studies die rapporteren over interventies behorend tot de eerste drie categorieën van Arango et al. (2018)[298] (i.e. geestelijke gezondheidsbevordering, primaire universele preventie, primaire selectieve preventie). De vijf systematische reviews bevatten ook individuele studies die rapporteren over interventies behorend tot de laatste drie categorieën van Arango et al. (2018)[298] (i.e. primaire geïndiceerde preventie, secundaire preventie en tertiaire preventie). Deze individuele studies werden voor de synthese buiten beschouwing gelaten. Daarnaast bevatten de reviews bepaalde individuele studies die handelen over interventies die verschillende preventiestrategieën hanteren omdat ze uit getrapte componenten bestaan. Een voorbeeld hiervan is een interventie die een primaire universele strategie hanteert in een eerste trap, een primaire geïndiceerde strategie in een tweede trap en een secundaire preventiestrategie in een derde trap. Verder komen er ook individuele studies aan bod die interventies op de grens tussen primaire selectieve en primaire geïndiceerde preventie behandelen. Al deze studies werden voor de volledigheid meegenomen in de narratieve synthese. Studies uitgevoerd in lage- en midden inkomenslanden werden buiten beschouwing gelaten.

Bij deze literatuurstudie wordt rekening gehouden met de mate waarin interventies kosteneffectief zijn en er dus in slagen om tegen een redelijke kost een waardevol gezondheidseffect te genereren. De **Dominance Ranking classification tool** is een veelgebruikte methode om interventies te rangschikken op basis van hun kosteneffectiviteit en zodoende besluitvormingsprocessen te faciliteren[299]. Merk op dat de adviezen samenhangen met de studie- en implementatiecontext van de individuele interventies en dat ze niet zomaar te transfereren zijn naar een andere context, zoals een ander land. De classificatie-methode maakt gebruik van de kleurcodes groen, geel en rood om de mate van kosteneffectiviteit weer te geven:

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

Bij een van de vijf systematische reviews pasten de onderzoekers de Dominance Ranking methode reeds toe[296]. Voor de vier andere reviews[293-297] werd de Dominance Ranking methode toegepast in het kader van het onderzoek voor het beleidsplan GGB op de interventies uit de individuele studies. In eerste instantie werden de tabellen van de vijf reviews geraadpleegd om de relevante data te extraheren. Indien hier onvoldoende informatie in te vinden was, werden de individuele studies geconsulteerd.

Voor de 53 interventies werd volgende data geëxtraheerd: Auteur, jaar en land; Type preventiestrategie; Doel en een korte omschrijving van de interventie; Doelgroep; Vergelijkingsgroep (i.e. de comparator); Tijdshorizon; Kwaliteit van rapportering; Kosten en effecten; Advies voor beleidsmakers.[2]

[2] Een gedetailleerd overzicht van het dominance ranking framework met de afzonderlijke interventies is beschikbaar op aanvraag bij de onderzoekers.

2 Resultaten

Tabel 10 presenteert het resultaat van de Dominance Ranking methode voor 53 unieke interventies. Een totaal van 15 interventies ontving een gunstig advies, 35 interventies een onduidelijk advies en 3 interventies een ongunstig advies.

Tabel 10 Resultaat van de toepassing van de Dominance Ranking methode.

Advies beslissingsmakers	N (aantal interventies)	%
Gunstig	15	28
Onduidelijk	35	66
Ongunstig	3	6
Totaal	53	100%

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

2.1 Interventies met een gunstig advies

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

2.1.1 Eerste duizend dagen

Binnen het levensdomein van de eerste duizend dagen (N=1) blijken huisbezoeken door een getrainde gezondheidswerker bij jonge moeders om perinatale depressie te voorkomen dominant te zijn ten opzichte van huisbezoeken door ongetrainde gezondheidswerkers[300]. Dit blijkt uit een studie van hoge kwaliteit, beoordeeld met de QHES-checklist[296]. De interventie is als volgt opgezet: gezondheidswerkers volgen een zesdaagse training in gespreksvaardigheden gebaseerd op de principes uit de cognitieve gedragstherapie of de cliëntgerichte benadering en nemen nadien deel aan vier halve dagen supervisie. De gezondheidswerkers brengen vervolgens acht huisbezoeken aan elke moeder, waarbij ze informatie verstrekken over perinatale depressie, een vertrouwensband met hen opbouwen en als contactpersoon fungeren wanneer de moeder klachten ontwikkelt[300].

2.1.2 Kinderen en jongeren

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

Het 'New Beginnings Program' is **een groepsprogramma voor moeders die recent gescheiden zijn**, met als doel het voorkomen van psychologische problemen bij kinderen[301]. Het programma richt zich op het versterken van de relatie tussen ouder en kind, het aanleren van effectieve disciplineringsstrategieën en het verminderen van conflicten tussen gescheiden ouders. Een getrainde hulpverlener begeleidt 11 groepssessies en biedt daarnaast twee individuele sessies per deelnemer aan. De begeleiders nemen deel aan een initiatietraining van 30 uur en krijgen tijdens het aanbieden van het groepsprogramma een wekelijkse training van 1,5 uur alsook één supervisie per groep[301]. Dit programma is geëvalueerd in een studie van hoge kwaliteit volgens de QHES-checklist[296].

Een volgende interventie richt zich op het bevorderen van de geestelijke gezondheid van kinderen in de lagere school door middel van **klasmanagementtraining voor leerkrachten**[302, 303]. Deze training bestaat uit strategieën en oefeningen voor leerkrachten om hun zelfvertrouwen en bekwaamheid te verhogen, wat op zijn beurt de schoolgemeenschap en de sociaal-emotionele vaardigheden (SEV) van leerlingen versterkt. De training bestaat uit twee coaching sessies en duurt één week[302]. Deze interventie werd geëvalueerd in een studie van lage kwaliteit volgens de CHEERS-checklist[293].

Een volgende interventie zet in op het versterken van de **SEV van leerlingen in het secundaire onderwijs** (13-16 jaar) **tijdens de lesuren**[304, 305]. Leerkrachten geven per week één les van 45 minuten over SEV en werken daarbij rond thema's zoals zelfcontrole, sociale relaties, empathie, motivatie en zelfbewust-zijn[306]. Deze interventie werd geëvalueerd in een studie van matige kwaliteit volgens de CHEERS checklist[293]

Het **schoolbrede anti-pestprogramma KiVa** blijkt kosteneffectief in de Nederlandse schoolcontext[307]. KiVa bestaat uit een schoolcurriculum en spelactiviteiten die leerkrachten en ander schoolpersoneel begeleiden. Daarnaast is er een gids voor ouders over het thema pesten. KiVa moedigt schoolpersoneel ook aan om met leerlingen individuele of groepsgesprekken te voeren wanneer pestgedrag zich voordoet. Deze interventie werd geëvalueerd in een studie van matige kwaliteit volgens de CHEERS-checklist[293].

City Connects is een **schoolbrede interventie** gericht op het **coördineren van ondersteunende diensten voor kinderen en hun omgeving vanuit de schoolcontext**[308]. Het doel van de interventie is fragmentatie op vlak van ondersteuning en hulpverlening tegengaan[308]. Een getrainde City Connects coördinator volgt de implementatie van de interventie binnen de school op. De coördinatoren bespreken twee keer per jaar met de leerkrachten de academische, sociaal-emotionele, gezondheids- en familiale aspecten van elke leerling. Op basis van deze gesprekken stelt de coördinator een individueel plan op maat van elke leerling op, dat vervolgens wordt uitgevoerd door het ondersteuningsteam van de school. Dit team bestaat uit de directie, medische en psychologische leerlingenbegeleiders, medewerkers verantwoordelijk voor het sociaal-emotionele curriculum en leerkrachten. Het team komt wekelijks samen om voor elk kind aanbevelingen te formuleren over de nodige ondersteuning, zowel binnen als buiten de school. De coördinatoren zorgen voor de nodige doorverwijzingen en onderhouden relaties met partners in de gemeenschap. Deze interventie werd geëvalueerd in een studie van matige kwaliteit volgens de CHEERS-checklist[293].

The Better Beginnings Better Futures Project, hanteert een **gemeenschapsgerichte en holistische aanpak**[309]. Het Canadese project werd op drie sites **geïmplementeerd bij jonge kinderen (4-8 jaar) en hun gezinnen** en bestaat uit drie luiken[309]. Luik 1 bevat kindgerichte deelinterventies, zoals een schoolcurriculum rond positieve sociale interacties, naschoolse activiteiten en een vrijetijdsaanbod. Luik 2 betreft deelinterventies gericht op ouders, zoals huisbezoeken, groepsbijeenkomsten voor sociale steun en workshops om ouderschapsvaardigheden te oefenen. Luik 3 zet in op gemeenschapsgerichte interventies, zoals initiatieven rond veiligheidsbevordering, buurtfeesten, uitstappen voor alle mensen uit de buurt en kampen voor de hele familie[309,310]. Het project blijkt kosteneffectief na opvolgperiodes van vier jaar (geëvalueerd in een studie van hoge kwaliteit volgens de CHEERS-checklist[293,274]) en tien jaar (geëvalueerd in een studie van matige kwaliteit volgens de CHEERS-checklist [293,273]).

Een volgende gunstige interventie bestaat uit **maatschappelijk werkers die zijn ingebed in de schoolcontext** en één-op-één gesprekken met leerlingen en gezinnen voeren[311]. Het doel van deze begeleiding is **om risicofactoren van geestelijke gezondheid in kaart te brengen en aan te pakken**, voornamelijk bij kinderen in kwetsbare situaties[311]. De maatschappelijk werkers houden zich vooral bezig met: gezondheidsvoorlichting, de transitie van lagere naar middelbare school, pesten, spijbelen, schorsing en kwesties inzake kinderbescherming. Daarnaast werken ze samen met relevante actoren in de gemeenschap zoals politie, sociaal werkers en gezondheidsdiensten[311]. Deze interventie werd geëvalueerd in een studie van lage kwaliteit volgens de CHEERS checklist[293].

Het gemeenschapsbrede 'The Garrett Lee Smith Suicide Prevention Program' is een Amerikaans **programma** dat financiering toekent op niveau van een staat, een lokale gemeenschap of een hogere onderwijsinstelling[312, 313]. De gemeenschappen dienen een interventie **ter preventie van zelfdoding bij jongeren** op te zetten en kunnen daartoe bepaalde vrijheidsgraden zelf invullen[313]. De uitvoering bestaat uit het opleiden van poortwachters in de samenleving, het installeren van nationale hulplijnen, bewustmakingscampagnes en screeningsacties voor suïciderisico en blijkt kosteneffectief[313]. Dit programma werd geëvalueerd in een studie van hoge kwaliteit volgens de QHES-checklist[296].

2.1.3 (Jong)volwassenen

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

Het 'Healthy Body Image Program' is een **online screening om studenten met een verhoogd risico op een eetstoornis** te identificeren[314]. Afhankelijk van het screeningsresultaat biedt het programma vier verschillende vervolgtrajecten aan[314]:

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

Dit programma werd geëvalueerd in een studie van lage kwaliteit volgens de QHES-checklist[296].

Het 'Pinnacol-and-Trotter's Health Risk Management' programma heeft als doel om **gezondheidsrisico's van medewerkers in kleine bedrijven** (< 50 medewerkers) te beheren[315]. Het **digitale** programma bestaat uit meerdere componenten waaronder een jaarlijkse gezondheidsscreening met bijhorend

rapport, gezondheidscoaching via telefoon, online kennistools en online programma's voor gedragsverandering[315]. Het programma wordt verspreid door een Amerikaanse verzekeringsmaatschappij die werkgevers begeleidt bij de implementatie van het programma[315]. Dit programma werd geëvalueerd in een studie van hoge kwaliteit volgens de QHES-checklist[296].

'PeerCare' is een interventie gericht op de **preventie van middelenmisbruik** in de werkcontext en maakt daarbij gebruik van **peer support**[316]. De interventie is onderdeel van het personeelsbeleid en wordt geïmplementeerd met steun van de werkgever. Medewerkers kunnen zich vrijwillig aanmelden en volgen een opleiding van 1 à 2 dagen waarbij ze leren om risico's op middelenmisbruik bij collega's te herkennen en hen op een ondersteunende manier te benaderen (m.a.w. collega's onder invloed aanspreken, overtuigen om de werkplaats te verlaten en indien nodig verwijzen naar verdere hulp)[316]. Deze interventie werd geëvalueerd in een studie van matige kwaliteit volgens de QHES-checklist[296].

Een volgende interventie combineert een aantal **online zelfhulp methodieken om depressie te voorkomen** bij de volledige Nederlandse populatie[317]. De combinatie bestaat uit een selectie van effectieve methodieken (m.a.w. evidence-based) die bovendien de voorkeur van de doelgroep genieten (m.a.w. preference-based)[317]. Het gaat om een zelfhulpboek, een groepsreeks van 8-10 sessies en een e-health interventie zonder aanvullende begeleiding die de drie kernprincipes van cognitieve gedragstherapie integreren[317]. Deze interventie werd geëvalueerd in een studie van matige kwaliteit volgens de QHES-checklist[296].

De Zelfmoordlijn is een nationale hulplijn in België gericht op **het voorkomen van zelfdoding door hulp op afstand** aan te bieden aan mensen met suïcidale gedachten[318]. De hulp op afstand wordt aangeboden door getrainde vrijwilligers die optreden als vertrouwenspersoon. Zowel de ondersteuning via telefoon als via chat blijkt kosteneffectief[318]. Deze interventie werd geëvalueerd in een studie van hoge kwaliteit volgens de QHES-checklist[296].

2.2 Interventies met een ongunstig advies

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

FRIENDS is een interventie gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en richt zich op de **universele preventie van angst in de schoolcontext**[319]. Het programma tracht cognitieve vaardigheden, emotieregulatie en technieken voor gedragsverandering aan te leren en werd geïmplementeerd bij **kinderen in de lagere school** (9-10 jaar) in het Verenigd Koninkrijk[319]. De interventie wordt begeleid door een externe gezondheidswerker en loopt over een periode van 9 weken[319]. De onderzoekers analyseerden de kosteneffectiviteit op 6 maanden en concludeerden dat de interventie duurder maar niet effectiever is dan reguliere lessen over persoonlijke, sociale en gezondheidsthema's[319]. Deze interventie werd geëvalueerd in een studie van hoge kwaliteit volgens de CHEC-checklist[294].

Resourceful Adolescent Programme (RAP) is een interventie gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en richt zich op de **universele preventie van depressie in de schoolcontext**[320]. Het programma wordt klassikaal aangeboden en heeft als doel om beschermende vaardigheden zoals emotieregulatie, coping mechanismen en denkstijlen te versterken en werd geïmplementeerd bij **adolescenten tussen 12 en 16 jaar** in het Verenigd Koninkrijk[320]. RAP bestaat uit negen modules en twee boostersessies van 50-60 minuten, begeleid door twee getrainde begeleiders die naast de reguliere klasleerkracht de sessies leiden[320]. De onderzoekers analyseerden de kosteneffectiviteit na één jaar en concludeerden dat de interventie duurder maar minder effectief is dan reguliere lessen over persoonlijke, sociale en gezondheidsthema's[320]. Anderson et al. (2014)[320] schuiven enkele hypotheses naar voor om de

negatieve resultaten post-hoc te verklaren: het programma is ontwikkeld voor 12-15-jarigen, maar de studie includeerde ook 16-jarigen; de implementatie betrof een universele aanpak, terwijl een selectieve aanpak gericht op adolescenten met een hoog risico op depressie goedkoper en/of effectiever zou kunnen zijn. Deze interventie werd geëvalueerd in een studie van hoge kwaliteit volgens de QHES-checklist[296].

OPERA is een whole-home **interventie gericht op het bevorderen van fysieke activiteit bij ouderen in woonzorgcentra,** met als doel depressie te voorkomen[321]. Deze interventie werd vergeleken met een controleconditie waarbij het zorgpersoneel enkel een bewustmakingstraining rond depressie kreeg. De whole-home interventie bestaat uit verschillende componenten, waaronder: het betrekken van het management, het aanstellen van een geëngageerd sleutelfiguur, het geven van een bewustmakings-training voor zorgpersoneel rond depressie en beweging, het begeleiden van bewoners op vlak van fysieke activiteit, het geven van tweewekelijkse groepssessies voor bewoners onder leiding van een fysiotherapeut en het versterken van de samenwerking tussen het zorgpersoneel en de fysiotherapeut. De onderzoekers analyseerden de kosteneffectiviteit na één jaar en concludeerden dat de interventie duurder maar minder effectief is dan de controle-interventie[321]. Underwoord et al. (2013)[321] plaatsen een methodologische kanttekening bij de negatieve resultaten om deze post-hoc te verklaren: ouderen met dementie zijn een kwetsbare doelgroep en mogelijks is er van meet af aan weinig verbeterpotentieel op vlak van levenskwaliteit, vooral indien gemeten met een weinig gevoelige vragenlijst. Deze interventie werd geëvalueerd in een studie van hoge kwaliteit volgens de QHES-checklist[296].

2.3 Interventies zonder éénduidig advies

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

Het gaat om één interventie (N=1) binnen het levensdomein van de eerste duizend dagen[322]. Eénentwintig interventies (N=21) richten zich op kinderen en jongeren[302,323-341]. Acht interventies (N=8) richten zich op (jong)volwassenen[342-349]. Voor de doelgroep **ouderen** bevinden **vijf interventies** (N=5) zich in de categorie 'zonder éénduidig advies'[350-354].

Voor interventies in deze categorie is een extra stap nodig om de kosteneffectiviteit te kunnen beoordelen. Dit betekent dat er een financiële of klinische afweging gemaakt moet worden, of dat er een nationale drempelwaarde voor de kosteneffectiviteitsverhouding beschikbaar moet zijn. In de internationale literatuur wordt een dergelijke drempelwaarde aangeduid als een 'willingness-to-pay threshold'. De normen van NICE en de WHO behoren tot de meest gebruikte drempelwaardes in economische evaluaties van geestelijke gezondheidsinterventies[355, 356]. Aangezien deze literatuurstudie deel uitmaakt van een traject voor het opstellen van een Vlaams beleidsplan voor geestelijke gezondheidsbevordering, lijkt het echter zinvoller dat de Vlaamse overheid een eigen drempelwaarde bepaalt die rekening houdt met de Vlaamse context. De drempelwaarde die het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg naar voor schuift, kan hiervoor als vertrekpunt dienen[357].

Belangrijk om op te merken is dat de implementatiecontext een grote invloed heeft op de interpretatie van economische studies en dus op de beoordeling van de kosteneffectiviteit van interventies. Omdat de implementatiecontext van de 35 interventies in de categorie 'zonder eenduidig advies' sterk afwijkt

van de Vlaamse context, hebben we ervoor gekozen om de financiële en klinische afwegingen gemaakt door de betreffende onderzoekers niet afzonderlijk in dit hoofdstuk te presenteren.

3 Conclusie

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

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

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

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

4 Kanttekening

Individuele studies over de kosteneffectiviteit van interventies voor geestelijke gezondheidsbevordering variëren sterk in termen van studiepopulatie, type interventie, vergelijkingsgroep, gemeten uitkomst, type economische evaluatie (modelgebaseerd of *trial-based*), studieperspectief (bepaald door welke kosten en welke baten worden geïncludeerd in de economische analyse) en land van implementatie[296, 299]. Deze **methodologische heterogeniteit** maakt het moeilijk om studieresultaten te generaliseren naar een andere implementatiecontext en om de resultaten van meerdere wetenschappelijke studies samen te voegen en te analyseren. Er bestaat momenteel geen standaard wijze om economische evaluaties systematisch en kwantitatief te analyseren[358]. De kwaliteit van de economische evidentie in deze literatuurstudie is daardoor laag. Dit impliceert dat het synthetiseren en generaliseren van studie-resultaten rond kosteneffectiviteit met de nodige voorzichtigheid moet gebeuren. De onderzoekers maakten gebruik van de Dominance Ranking methode om de recente literatuur samen te vatten[299]. Dit kader houdt echter geen rekening met de steekproefgrootte en effectgrootte van individuele studies[358]. Een vooraf bepaald economisch raamwerk kan onderzoekers en beleidsmakers helpen om methodologisch consistente keuzes te maken die passen bij de implementatiecontext. Dit laat toe om kwantitatieve syntheses mogelijk te maken die wel rekening houden met steekproefgrootte en effectgrootte, en daarmee evidentie van hogere kwaliteit opleveren.

Hoofdstuk 9

Raamwerk voor de gezondheidseconomische beoordeling van interventies om de geestelijke gezondheid te bevorderen

Auteurs: Ruben Willems[1] en Nick Verhaeghe[1,2]

[1] Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, Unit Gezondheidseconomie en -Management, Interuniversity Center of Health Economic Research (I-Cher), Universiteit Gent

[2] Vakgroep Volksgezondheid, Unit Interuniversity Center of Health Economic Research (I-Cher), Vrije Universiteit Brussel

Hoewel er reeds veel kennis beschikbaar is, is deze vaak gefragmenteerd en niet altijd direct toepasbaar in de Vlaamse context. Een buitenlandse aanpak die daar kosteneffectief is gebleken, is niet automatisch een succesformule voor Vlaanderen. Een gestructureerde kwalitatieve en kwantitatieve evaluatie van dergelijke strategieën verhoogt de kans op een kosteneffectief beleid. Tegelijkertijd kunnen innovatieve initiatieven, interventies of strategieën ontstaan vanuit Vlaanderen zelf. Het is belangrijk om de effectiviteit van deze initiatieven via projecten te monitoren en tegelijkertijd de gezondheidseconomische waarde ervan te beoordelen. Hiervoor werd een bestaand instrument aangepast om de methodologie van gezondheidseconomische evaluaties voor geestelijke gezondheidsbevordering te concretiseren en uniformiseren.

1 Inleiding

Het in voorgaande hoofdstukken belichte onderzoek naar geestelijke gezondheidsbevorderings- (GGB), en universele en selectieve preventieve interventies toonde een groot aantal gepubliceerde literatuur-overzichten over de effectiviteit, maar slechts een handvol gepubliceerde gezondheidseconomische overzichtsstudies. Nadere analyse toonde bovendien aan dat niet alle in deze overzichtsstudies opgenomen individuele studies tot de strikte definitie van GGB en universele en selectieve preventie behoorden. Niet zelden konden de studies eerder geclassificeerd worden als geïndiceerde preventieve maatregelen, wat wil zeggen dat bij bepaling van de interventiegroep reeds individuele risicofactoren in rekening werden genomen, in plaats van louter risicofactoren op populatieniveau.

Analyse van de geïncludeerde studies toonde een sterke methodologische heterogeniteit aan, wat het voor beleidsmakers uitdagend kan maken om door het bos de bomen te blijven zien. Bovendien was één derde van de geïncludeerde studies van een hoogstens matige rapporteringskwaliteit, wat nog geen oordeel velt over de inhoudelijke kwaliteit. Ook kunnen er vragen gesteld worden bij de transfereerbaarheid van economische evaluaties van buitenlandse initiatieven naar Vlaanderen gezien verschillen in bijvoorbeeld de organisatie en financiering van gezondheidszorgsystemen. Dergelijke structurele verschillen en verschillen in reeds beschikbare gezondheidsbevorderende initiatieven, kunnen een impact hebben op de kostprijs van het uitrollen van zo'n initiatief, op de kosten die gepaard gaan met (geestelijke) gezondheidsaandoeningen, en op de mogelijke gezondheidseffecten en dus ook op de uitkomst van gezondheidseconomische evaluatiestudies.

Dit hoofdstuk heeft daarom dieper in op de soorten gezondheidseconomische studies en kadert voor welke onderzoeksvragen deze ingezet kunnen worden. Daarna wordt een internationaal gewaardeerd framework voorgesteld dat bedoeld is om de rapportering van gezondheidseconomische studies te structureren, maar wat als basis kan dienen om een kwaliteitskader te definiëren voor het opzetten en evalueren van interventies. Het kwaliteitskader wordt opgebroken in verschillende onderdelen en toegepast op de specifieke situatie van GGB en universele/selectieve preventie. Tot slot wordt een voorbeeld gegeven van hoe de transfereerbaarheid van buitenlandse studieresultaten te evalueren.

2 Soorten gezondheidseconomische evaluaties

Gezondheidseconomische evaluaties kunnen onderscheiden worden op basis van twee vragen: (i) worden twee of meerdere alternatieven vergeleken met elkaar?; en (ii) worden zowel de kosten als de gevolgen (op gezondheidsvlak) van het alternatief of de alternatieven beoordeeld? De antwoorden op deze twee vragen zorgen ervoor dat we onderzoek binnen de gezondheidszorg in een matrix met zes cellen kunnen categoriseren (Tabel 11).

Enkel wanneer beide vragen kunnen beantwoord worden met 'ja', kunnen we spreken over een **volledige gezondheidseconomische evaluatie**, welke beleidsmakers ten volle kan informeren over de doelmatigheid van behandelingen, strategieën of interventies in de gezondheidszorg. De informatie uit volledige gezondheidseconomische evaluaties verschaft beleidsmakers een antwoord op de vraag 'is het geld dat aan een bepaalde interventie of strategie wordt besteed goed besteed geld" (m.a.w. verschaft het waar voor zijn geld [*value for money*]). Doch valt het te benadrukken dat het verkregen resultaat vaak gepaard gaat met een mate van onzekerheid en dat het niet het enige criterium mag zijn waarop een beleidsbeslissing kan gebaseerd worden. In alle andere situaties uit tabel 1 waarbij enkel kosten in rekenschap worden genomen of wanneer de kosten en gevolgen van slechts één alternatief worden belicht, spreken we van partiële gezondheidseconomische evaluaties, welke nog steeds het beleidsproces informeren met de beperkingen van dien[359,360].

Een gezondheidseconomische evaluatie kan plaatsvinden op basis van een singuliere klinische studie of op basis van meerdere databronnen om de (theoretische) impact van een GGB of universele/selectieve strategie te evalueren.

Tabel 11 Onderscheidende karakteristieken van gezondheidszorgevaluaties

		Worden zowel de kosten als de gevolgen van de alternatieven beoordeeld?		
Worden er twee of meerdere alternatieven vergeleken?		Neen		Ja
	Neen	**Uitkomstbeschrijving** bv. klinisch onderzoek zonder controlegroep	**Kostenbeschrijving** bv. meeste ziektekoststudies	**Kosten-uitkomstbeschrijving** e.g. a single program description
	Ja	**Evaluatie van de doeltreffendheid of werkzaamheid** bv. meeste klinische studies zoals RCT's	**Kostenanalyse** bv. ziektekoststudie met vergelijkende groep, kostenminimalisatie-studie	**Volledige economische evaluatie** bv. kosteneffectiviteitsanalyse, kostenutiliteitsanalyse, kosten-batenanalyse

Bron: Vertaald en aangepast uit Drummond et al. (2015)[2]

3 Framework voor rapportering van gezondheidseconomische evaluaties

Om tegemoet te komen aan de stijgende nood aan transparantie en duidelijkheid inzake het rapporteren van gezondheidseconomische evaluatiestudies werd in 2013 de **Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS)** gepubliceerd[361], in origine ontworpen en bedoeld als rapportagerichtlijn: het definieert de minimaal te rapporteren gezondheidseconomische zaken om te kunnen spreken van transparantie). In 2022 werd een geüpdatete versie gepubliceerd[362] die de behoefte aan een bredere toepassing op alle soorten gezondheidseconomische evaluaties en gezondheidsinterventies, nieuwe methoden en ontwikkelingen op dit gebied, evenals de toegenomen rol van deelname van patiënten, dienstontvangers en andere belangrijke belanghebbenden reflecteerde.

Recent is een in het Nederlands vertaalde versie gepubliceerd door Werbrouck en collega's (Tabel 12)[363]. In de wetenschappelijke literatuur is het niet moeilijk om literatuuroverzichten tegen te komen die de CHEERS gebruiken om de kwaliteit van gepubliceerde gezondheidseconomische evaluaties te evalueren. Dit is een foutief gebruik van het instrument aangezien het de kwaliteit van rapportage nagaat. Iets kan niet gerapporteerd zijn in een wetenschappelijke publicatie, maar kan bijvoorbeeld wel vervat zitten in het analyseproces. Omgekeerd is het goed mogelijk dat onderzoekers melding maken van bijvoorbeeld een gehanteerde tijdshorizon maar dat deze tijdshorizon onvoldoende lang is om alle lange termijneffecten en kosten te capteren.

Deze misvatting toont aan dat de CHEERS wel potentieel heeft om gebruikt te worden als kwaliteits-standaard, op voorwaarde dat er verder gedefinieerd wordt aan wat de gezondheidseconomische evaluatie idealiter moet voldoen. Deze definiëring kan afhankelijk zijn van het studiegebied en in dit geval zullen we deze definiëring toepassen op GGB en universele/selectieve preventie. De bedoeling is om dit document toepassend te maken met verwijzingen naar te gebruiken bronnen en databanken. Hoewel hier dus initieel niet voor bedoeld, kan de CHEERS ook als een raamwerk/leidraad worden gebruikt bij het ontwerpen van een gezondheidseconomische evaluatie. Het zorgt ervoor dat alle relevante elementen tijdens het ontwikkelingsproces van een gezondheidseconomische evaluatie in overweging worden genomen (bv. bepalen van de studiepopulatie, bepalen van welke kosten en gezondheidsuitkomsten er worden meegenomen in de analyse).

Tabel 12 CHEERS-II, vertaalde Nederlandse versie door Werbrouck en collega's (2024).

Sectie/onderwerp	item	Richtlijn voor rapportage
Titel		
Titel	1	Benoem de studie als een economische evaluatie en specificeer welke interventies worden vergeleken.
Abstract	2	Geef een gestructureerde samenvatting waarin de context, de voornaamste methoden, de resultaten en alternatieve analyses worden belicht.

Inleiding		
Achtergrond en doelstellingen	3	Beschrijf de context van het onderzoek, de onderzoeksvraag en de praktische relevantie ervan voor besluitvorming in beleid of in de praktijk.
Methoden		
Gezondheidseconomisch analyseplan	4	Geef aan of er een gezondheidseconomisch analyseplan werd ontwikkeld en waar het beschikbaar is.
Onderzoekspopulatie	5	Beschrijf karakteristieken van de onderzoekspopulatie (zoals leeftijdsverdeling, demografische, socio-economische of klinische karakteristieken).
Context en locatie	6	Geef relevante contextuele informatie die de bevindingen zouden kunnen beïnvloeden.
Te vergelijken interventies of strategieën	7	Beschrijf de interventies of strategieën die met elkaar worden vergeleken en waarom deze werden gekozen.
Perspectief	8	Geef het perspectief (de perspectieven) van het onderzoek aan en waarom hiervoor gekozen werd.
Tijdshorizon	9	Vermeld de tijdshorizon van het onderzoek en waarom deze geschikt is.
Disconteringsvoet	10	Vermeld de disconteringsvoet(en) en waarom hiervoor gekozen werd.
Selectie van uitkomstmaten	11	Beschrijf welke uitkomstmaat(/maten) werden gebruikt voor het meten van de baten en schadelijke effecten.
Meting van uitkomstmaten	12	Beschrijf hoe de uitkomstmaten, die gebruikt werden voor het vastleggen van de baten en schadelijke effecten, werden gemeten.
Waardering van uitkomstmaten	13	Beschrijf de populatie en methoden die gebruikt werden om de uitkomstmaten te meten en te waarderen.
Meting en waardering van middelen en kosten	14	Beschrijf hoe de kosten werden gemeten en berekend.
Munteenheid, prijsdatum en omrekening	15	Rapporteer de datums waarop de hoeveelheden van middelen en eenheidskosten werden ingeschat, alsook de munteenheid en het jaar van omrekening.
Onderbouwing en beschrijving van het model	16	Als modellering werd gebruikt, beschrijf dan de details van het model en waarom dit werd gebruikt. Rapporteer of het model openbaar toegankelijk is en waar het beschikbaar is.
Analyses en aannames	17	Beschrijf alle methoden voor het analyseren of statistisch transformeren van gegevens, alle extrapolatiemethoden en de aanpak voor het valideren van elk gebruikt model.
Karakteriseren van heterogeniteit	18	Beschrijf alle methoden die zijn gebruikt om in te schatten hoe de resultaten van het onderzoek variëren tussen subgroepen.

Karakteriseren van verdelingseffecten	19	Beschrijf hoe de effecten verdeeld zijn over verschillende individuen, of welke aanpassingen er zijn gemaakt om rekening te houden met prioritaire populaties.
Karakteriseren van onzekerheden	20	Beschrijf de methoden om alle mogelijke bronnen van onzekerheid in de analyse te onderzoeken.
Aanpak voor het betrekken van patiënten en anderen die door het onderzoek worden beïnvloed.	21	Beschrijf elke aanpak om patiënten of ontvangers van diensten, de algemene bevolking, gemeenschappen of belanghebbenden (zoals clinici of betalers) te betrekken bij het ontwerp van het onderzoek.
Resultaten		
Studieparameters	22	Rapporteer alle analytische input (zoals waarden, spreidingen en referenties) inclusief onzekerheid of aannames omtrent de verdeling(en).
Samenvatting van de voornaamste resultaten	23	Rapporteer de gemiddelde waarden voor de voornaamste categorieën van kosten en uitkomstmaten en vat ze samen in de meest geschikte algemene uitkomstmaat.
Effect van onzekerheid	24	Beschrijf hoe onzekerheid over analytische beslissingen, inputparameters of projecties de bevindingen beïnvloeden. Rapporteer, indien van toepassing, het effect van de gekozen disconteringsvoet en tijdshorizon.
Effect van het betrekken van patiënten en anderen die door het onderzoek worden beïnvloed	25	Rapporteer elk verschil dat de betrokkenheid van patiënten/ontvangers van diensten, de algemene bevolking, de gemeenschap of belanghebbenden hebben gemaakt op de aanpak of bevindingen van de studie.
Discussie		
Onderzoeksbevindingen, beperkingen, veralgemeenbaarheid en huidige kennis	26	Rapporteer de voornaamste bevindingen, beperkingen, ethische of billijkheidsoverwegingen die niet zijn vastgelegd en op welke manier deze een invloed kunnen hebben op de patiënten, het beleid of de praktijk.
Andere relevante informatie		
Financieringsbron	27	Beschrijf hoe het onderzoek werd gefinancierd en elke rol van de financierder bij de identificatie, het ontwerp, de uitvoering en de rapportage van de analyse.
Belangenvermengingen	28	Rapporteer belangenvermengingen van de auteurs volgens de vereisten van het tijdschrift of van het International Committee of Medical Journal Editors.

4 Toepassing van de CHEERS-II op GGB en universele/selectieve preventie

In het kader van deze studie focussen we ons op de items die onder het onderdeel “Methoden” vallen. De reden hiervoor is dat dit de items zijn die tijdens het ontwikkelingsproces van een gezondheids-economische evaluatiestudie dienen te worden bepaald.

4.1 Item 4 Gezondheidseconomisch analyseplan.

Omschrijving
Geef aan of er een gezondheidseconomisch analyseplan werd ontwikkeld en waar het beschikbaar is

Om vertekende onderzoeksresultaten (bias) door selectieve rapportage van onderzoeksresultaten en ongecontroleerde zo niet-benoemde post-hoc analyses te vermijden, is een a priori ontwikkeld gezondheidseconomisch analyseplan sterk aangeraden. Bij voorkeur wordt een eerste versie van het gezondheidseconomisch analyseplan gepubliceerd voor afronding van de finale datacollectie. Wijzigingen kunnen doorgevoerd worden maar dienen telkens met een tijdsstempel en verantwoording aangeduid te worden. Wijzigingen dienen ook expliciet vermeld te worden bij de rapportage van de gezondheids-economische resultaten.

Wat dient er allemaal in zo’n gezondheidseconomisch analyseplan te staan? Thorn en collega’s (2021)[364] bevroegen via de Delphi-methodiek een internationaal panel van gezondheidseconomische experten, resulterend in 58 essentiële items onderverdeeld in 8 secties:

- Administratieve informatie
  - Titel
  - Registratienummer van het wetenschappelijk onderzoek
  - Financiering
  - Doelstelling van de gezondheidseconomische analyse
  - Verwijzing naar protocolnummer en -versie van het wetenschappelijke onderzoek
  - Verwijzing naar statistisch analyse plan van het wetenschappelijk onderzoek
  - Versienummer van het gezondheidseconomisch analyseplan
  - Wijzigingen van het gezondheidseconomisch analyseplan
  - Rollen en verantwoordelijkheden van individuen
  - Handtekeningen van de persoon die het gezondheidseconomisch analyseplan schrijft, de verwerkingsverantwoordelijke voor de gezondheidseconomische evaluatie en de hoofdonder-zoeker van het wetenschappelijk onderzoek
- Introductie en achtergrond van de studie
  - Achtergrond en rationale van het wetenschappelijk onderzoek
  - Hoofddoelstelling van het wetenschappelijk onderzoek
  - Specifieke doelstellingen/hypotheses
  - Populatie: inclusie- en exclusiecriteria
  - Interventie- en controlegroep
  - Studiedesign
  - Start en einde studie
- Economische benadering/overzicht
  - Hoofddoelstelling(en) van de economische evaluatie
  - Specifieke doelstellingen van de economische evaluatie
  - Overzicht van de economische evaluatie

- Omschrijving omgeving inclusief land/regio en gezondheidssysteem
- Perspectief
- Tijdshorizon

- Economische datacollectie en -management
  - Statistische software
  - Beschrijf de te meten (gezondheidszorg)middelen
  - Beschrijf de instrumenten en tijdslijn voor de meting
  - Beschrijf en waardeer eenheidskosten
  - Selectie van de uitkomstmaat
  - Meting van de uitkomstmaat
  - Waardering van de uitkomstmaat
- Economische data-analyse
  - Base case populatie
  - Timing van analyses
  - Discontering
  - Kosteneffectiviteitsgrens
  - Statistische beslissingen
  - Analyse van de (gezondheidszorg)middelen
  - Analyse van de kosten
  - Analyse van de uitkomstmaten
  - Datacleaning
  - Missing data
  - Analyse van kosteneffectiviteit
  - Analyse onzekerheid
  - Subgroep of heterogeniteitsanalyses
  - Sensitiviteitsanalyses
- Modellering
  - Extrapolatie of besliskundig analytisch model
  - Type model
  - Model structuur
  - Behandeleffect na einde studie
  - Andere hoofdassumpties
  - Beschrijf alle parameters
  - Analyse onzekerheid model
  - Analyse validatie model
  - Subgroep of heterogeniteitsanalyses
- Rapportering
  - Welke rapporteringsstandaard zal worden gehanteerd
  - Hoe afwijkingen van het gezondheidseconomisch analyseplan rapporteren
- Bijlagen
  - Alle mogelijke tools die de datacollectie mogelijk heeft gemaakt (bv. vragenlijsten)

De rubrieken zoals beschreven door Thorn et al[364] zijn geconstrueerd voor studiegebaseerde gezondheids-economische evaluaties. Gezondheidseconomische evaluaties kunnen ook niet gebaseerd zijn op een singuliere studie. De rubrieken van het gezondheidseconomische analyseplan dienen in dat geval aangepast te worden. Thorn et al[364] voorzien in het supplement van hun artikel Engelstalige suggesties voor standaardrapportering per rubriek. Dit kan helpend zijn voor zeker de beginnende maar ook meer ervaren gezondheidseconoom of onderzoeker.

Een gezondheidseconomisch analyseplan dient vrij toegankelijk te zijn en kan als originele paper gepubliceerd worden in een peer-reviewed tijdschrift. Vaker wordt zo'n analyseplan echter openbaar beschikbaar gesteld op een archief (*een repository*) zoals Zenodo of Open Science Framework.

Toepassing op GGB en universele/selectieve preventie

Er dient benadrukt te worden dat het gezondheidseconomisch analyseplan wat betreft de modellering doorheen het onderzoeksproces vaak kan wijzigen door externe redenen zoals nieuwe wetenschappelijke informatie met een directe impact op de parameters of bijkomende vragen van beleidsmakers[364]. Dit is met name van belang voor GGB en universele/selectieve preventie wegens de impact op de lange termijn en dus de noodzakelijk langere tijdshorizon, wat modellering noodzakelijk maakt.

4.2 Item 5 Onderzoekspopulatie.

Omschrijving

Beschrijf karakteristieken van de onderzoekspopulatie (zoals leeftijdsverdeling, demografische, socio-economische of klinische karakteristieken)

De beschrijving van de onderzoekspopulatie is noodzakelijk voor de gevolgtrekking, om de externe validiteit in te schatten en dus of de onderzoeksresultaten te generaliseren of transfereren zijn. Generalisatie is de mate waarin de onderzoeksresultaten van de studiepopulatie toepasbaar zijn op de hele doelpopulatie (bv. is de uitgeteste suïcidepreventiemaatregel bij een onderzoekspopulatie van Vlaamse adolescenten toepasbaar op alle Vlaamse adolescenten). Transfereerbaarheid is de mate waarin de onderzoeksresultaten van de studiepopulatie toepasbaar zijn op andere doelpopulaties (bv. is een suïcidepreventiemaatregel gericht op Vlaamse adolescenten ook toepasbaar op een andere leeftijdscategorie).

Toepassing op GGB en universele/selectieve preventie

Bij geestelijke gezondheidsbevordering kan de studiepopulatie bestaan uit de algemene populatie of een populatie met verhoogd risico op psychische problemen. De kenmerken van de studiepopulatie kunnen variëren op basis van factoren zoals leeftijd, geslacht, sociaaleconomische status, culturele achtergrond, en de specifieke geestelijke gezondheidsproblemen die worden aangepakt. Het is essentieel om te zorgen dat de populatie representatief is voor de groep die in de praktijk baat zou hebben bij de interventie.

Minimaal te rapporteren en evalueren zijn: leeftijdsverdeling, demografische, socio-economische en klinische karakteristieken. Deze dienen vergeleken te worden met de meest recente periodiek verzamelde data uit referentiepopulaties.

4.3 Item 6 Context en locatie.

Omschrijving

Geef relevante contextuele informatie die de bevindingen zouden kunnen beïnvloeden

Net als de beschrijving van de onderzoekspopulatie (item 5) is de beschrijving van de context en locatie noodzakelijk voor de gevolgtrekking, om de externe validiteit in te schatten en dus of de onderzoeks-resultaten te generaliseren en/of transfereren zijn.

Dit kan bijvoorbeeld aan de hand van de omgevingsanalyses op niveau van gemeente, eerstelijnszone (ELZ) of groter, volgens het door het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (VIVEL) naar voor geschoven DESTEP-model, waarna deze kunnen afgezet worden tegenover cijfers van het Vlaams Gewest:

- Demografische gegevens: bv. leeftijdsverdeling, diversiteit, huishoudtypes en gezondheid
- (Sociaal-)Economisch: bv. inkomen, welvaart, verhoogde tegemoetkoming, inkomensgarantie, leefloon, werkloosheid, betalingsmoeilijkheden, schoolgaande jeugd
- Sociaal-cultureel: bv. informele zorg, vrijwilligerswerk en socio-culturele initiatieven, sport en vrije tijdsmogelijkheden, sociale kaart
- Technologische ontwikkeling: bv. uitrol globaal medisch dossier, eHealth index, digitale geletterdheid
- Ecologische ontwikkeling: (sociaal) wonen, basisuitrusting van de buurt/wijk, eerstelijns en gespecialiseerd zorgaanbod, welzijnsaanbod zoals woonzorgcentra, dienstencentra en kinder-opvang,
- Politieke ontwikkeling: uitbouw en positie zorgraad

De rapporten van individuele ELZ's kunnen gevonden worden via https://www.eerstelijnszone.be/ en specifieker onderzoek kan verlopen via https://provincies.incijfers.be/.

Toepassing op GGB en universele/selectieve preventie

Bij een gezondheidseconomische evaluatie van een interventie gericht op geestelijke gezondheidsbevordering speelt de bepaling van de context en locatie een cruciale rol. De sociaaleconomische status van de regio of bevolking kan van invloed zijn op de toegang tot GGB/preventie en de behoefte aan GGB en preventieve maatregelen. De acceptatie en effectiviteit van een interventie kan sterk worden beïnvloed door de culturele context, zoals de opvattingen over geestelijke gezondheid, stigma, en steun vanuit de gemeenschap. De setting waarin de interventie wordt aangeboden is ook van belang, bijvoorbeeld in de eerstelijnszorg (huisarts), scholen, werkplekken, of gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorginstellingen.

4.4 Item 7 Te vergelijken interventies en strategieën.

Omschrijving

Beschrijf de interventies of strategieën die met elkaar worden vergeleken en waarom deze werden gekozen

Een vaak voorkomende limitatie bij de evaluatie van een gezondheidseconomische studie is de gebrekkige transparantie van wat nu vergeleken wordt met elkaar. Met name de controlegroep wordt niet zelden beschreven als *de huidige situatie* of *care as usual*. De huidige situatie kan echter verschillen van context tot context en is daarom per definitie onvoldoende.

De nieuwe strategie waarvan men de kosteneffectiviteit wenst te beoordelen dient gedetailleerd beschreven te worden, rekening houdende met de mogelijk complexe uitvoering ervan waarbij adaptaties aan specifieke contexten of omstandigheden kunnen voorkomen[362]. De *Template for Intervention Description and Replication* (TIDieR) Checklist[365] kan hierbij leidend zijn:

- Korte omschrijving van de interventie
- Waarom: beschrijf de rationale, de achterliggende theorie of het doel van de cruciale interventie-elementen

- Wat: beschrijf alle tijdens de interventie gebruikte materiële of immateriële hulpmiddelen en de gehanteerde procedures, activiteiten en processen.
- Wie: beschrijf de expertise, achtergrond en rol van elke rol
- Waar: beschrijf de gebruikte locaties en noodzakelijke infrastructuur
- Wanneer en hoe veel: beschrijf de frequentie en over welke periode de interventie werd geïmplementeerd (de zogenaamde *dose intensity*)
- Individualisering: beschrijf hoe en onder welke omstandigheden de interventie werd aangepast aan de individuele karakteristieken van een participant
- Aanpassingen: beschrijf de aanpassingen aan de interventie gedurende de interventieperiode
- Getrouwheid: beschrijf strategieën en diens implementatiefrequentie om de interventietrouw van participanten te optimaliseren en in welke mate de interventie werd uitgevoerd zoals oorspronkelijk gepland

Toepassing op GGB en universele/selectieve preventie

Specifiek bij GGB en universele/selectieve preventie dient uitvoerig te worden beschreven welke strategieën op vandaag en in de afgelopen tijd (wegens mogelijk doorlopende effecten) reeds geïmplementeerd zijn geweest.

4.5 Item 8 Perspectief.

Omschrijving

Geef het perspectief (de perspectieven) van het onderzoek aan en waarom hiervoor gekozen werd

Een gezondheidseconomische evaluatie neemt steeds een bepaalde positie in, waarbij een beslissing dient gemaakt te worden over de te includeren kosten en gezondheidseffecten. Typische perspectieven die in aanmerking komen zijn het maatschappelijke perspectief, de gezondheidszorgbetaler, het gezondheidszorgsysteem, het ziekenhuis en de patiënt[366]. De door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) uitgevaardigde Belgische gezondheidseconomische richtlijn schrijft voor om het perspectief van de gezondheidszorgbetaler te hanteren[367]. Dit perspectief houdt rekening met directe medische kosten waarbij zowel het aandeel van de patiënt als het door de overheid terugbetaalde bedrag in rekening wordt genomen (Tabel 13).

Er valt over te discussiëren of het gezondheidszorgbetalerperspectief de juiste benadering is bij de beoordeling van interventies gericht op de geestelijke gezondheid. Slechts een kwart van de kosten gerelateerd aan geestelijke gezondheid vallen te situeren binnen de gezondheidszorg, terwijl driekwart toe te schrijven valt aan sociale zekerheidskosten en productiviteitskosten[368]. Ook de kosten en gezondheidseffecten van bijvoorbeeld mantelzorgers vallen buiten het perspectief van de gezondheidszorgbetaler, hoewel deze substantieel kunnen zijn bij geestelijke gezondheidsproblemen[369]. Op de specifieke kostenrubrieken en gezondheidseffecten wordt nog teruggekomen onder volgende items.

Tabel 13 Overzicht types kosten.

KOSTEN		
	DIRECTE	**NIET-DIRECTE**
MEDISCHE	Terugbetaalde en niet-terugbetaalde kosten die rechtstreeks samenhangen met de aandoening en geassocieerde aandoeningen (bv. depressie – diabetes)	Toekomstige kosten gerelateerd aan aandoeningen die het gevolg zijn van bijvoorbeeld langer leven
NIET-MEDISCHE	Kosten buiten de gezondheidssector, maar die rechtstreeks toe te schrijven zijn aan een aandoening (vervoerskosten, mantelzorg)	Productiviteitsverlies ten gevolge van absenteïsme en/of presenteïsme

Toepassing op GGB en universele/selectieve preventie

De bepaling van het perspectief is steeds essentieel, dus ook bij een gezondheidseconomische evaluatie van een interventie gericht op geestelijke gezondheidsbevordering. Een maatschappelijk perspectief lijkt dus meer opportuun om alle relevante kosten en gezondheidseffecten te capteren. Echter is het aangeraden om sowieso ook een analyse uit te voeren vanuit het gezondheidszorg-betalersperspectief.

Voorbeelden van relevante kosten zijn kosten gerelateerd aan het gebruik van geestelijke gezondheidszorgdiensten (directe kosten), de kosten van verloren werkuren door psychische klachten of de economische impact van verbeterde geestelijke gezondheid op lange termijn (indirecte kosten), maar ook mogelijke besparingen door verbeterde geestelijke gezondheid zoals bijvoorbeeld omwille van verminderd zorggebruik, verminderd ziekteverzuim en verhoogde productiviteit.

4.6 Item 9 Tijdshorizon.

Omschrijving

Vermeld de tijdshorizon van het onderzoek en waarom deze geschikt is

De algemene Belgische KCE-richtlijn schrijft voor dat *de tijdshorizon afhangt van de tijd van de impact van de interventie in vergelijking met de controle op relevante uitkomsten*[367]. Het is aannemelijk dat GGB en universele/selectieve preventieve interventies op eerder korte termijn reeds effecten kunnen hebben (bv. toename van welzijn). Anderzijds hebben GGB en universele/selectieve preventieve interventies de doelstelling om de geestelijke gezondheid van de doelpopulatie te bevorderen door in te spelen op een waaier aan maatschappelijke, gemeenschapsgerichte, interpersoonlijke en individuele beschermende en risicofactoren, wat een directe impact kan hebben op zogenaamde harde uitkomsten zoals het suïciderisico en het aantal (kwalitatieve) levensjaren[370]. Bovendien is geestelijke gezondheid (indirect) geassocieerd aan somatische aandoeningen zoals infectieuze aandoeningen, hartproblemen, en diabetes[371-374]. Vanuit deze optiek is voor een singulier cohort een (quasi) levenslange tijdshorizon aangeraden om alle gezondheids-effecten en -kosten te capteren. Een (quasi) levenslange tijdshorizon kan gemodelleerd worden tot iedereen in het cohort overleden is of door te modelleren tot een bepaald jaar. Afwijkingen dienen geargumenteerd te worden. Dit impliceert dat empirische resultaten geëxtrapoleerd zullen moeten worden tot een stuk na het einde van de empirische studie of beschikbare data, wat een modelmatige

gezondheidseconomische evaluatie noodzakelijk maakt. Bij modellering van meerdere cohorten over meerdere jaren zal duidelijk gemaakt moeten worden tot welk punt in de tijd er gemodelleerd wordt[375]. Het is mogelijk dat de tijdshorizon voor de verschillende cohorten niet helemaal gelijk is. Een voorbeeld: stel dat men een specifieke preventiestrategie gericht op eerstejaarsstudenten voor vijf opeenvolgende jaren wenst te implementeren: een eerste keer in 2025 en een laatste keer in 2029. Men beslist te modelleren tot 2090. Dan zal de tijdshorizon respectievelijk 65, 64, 63, 62 en 61 jaar bedragen.

Een nadeel van een langere tijdshorizon is de toenemende onzekerheid met tijd en de mismatch met beleidsmatige doelstellingen die vaak een kortere termijnperspectief hebben. Daarom wordt aangeraden om ook alternatieve lengtes van de tijdshorizon te exploreren, minstens (i) de duur van de klinische studie en (ii) de beleidsmatig relevante tijdshorizon[376]. Het meest praktische naar beleidsmakers toe is om de impact van de tijdshorizon te visualiseren met op de x-as de tijdshorizon en op de y-as de Incrementele KostenEffectiviteitsRatio (IKER). Zodoende wordt duidelijk of en na hoeveel tijd een nieuwe interventie-strategie kosteneffectief of zelfs -besparend wordt.

Toepassing op GGB en universele/selectieve preventie

Sommige interventies gericht op geestelijke gezondheidsbevordering kunnen relatief snel positieve effecten hebben, zoals een verbetering van welzijn, vermindering van stress of angstklachten, of een afname van het aantal consultaties bij de huisarts. Een korte tijdshorizon van bijvoorbeeld één of twee jaar kan dan geschikt zijn om de onmiddellijke impact te meten. Veel interventies op het gebied van geestelijke gezondheid hebben echter langdurige effecten die pas na meerdere jaren een zichtbare impact hebben. Denk aan preventie van ernstigere psychische aandoeningen, langdurige vermindering van depressie of angststoornissen, en de verbetering van levenskwaliteit op lange termijn. In dit geval is een langere tijdshorizon noodzakelijk om alle kosten en baten mee te nemen.

Voor GGB en universele/selectie preventie is als basisscenario een (quasi) levenslange tijdshorizon aangeraden om alle gezondheidseffecten en -kosten te capteren. Er wordt aangeraden om ook alternatieve lengtes van de tijdshorizon te exploreren: (i) de duur van de klinische studie en (ii) de beleidsmatig relevante tijdshorizon. Visualiseer de impact van de tijdshorizon.

4.7 Item 10 Discontering.

Omschrijving

Vermeld de disconteringsvoet(en) en waarom hiervoor gekozen werd

Kosten en gezondheidsuitkomsten waarvan verwacht worden dat die in de toekomst zullen voorkomen, worden in vergelijking met huidige kosten en gezondheidsuitkomsten als minder waardevol aanzien[377]. Enkele argumenten voor discontering zijn de pure tijdsvoorkeur van de mens (liever geld nu dan in de toekomst), risicoaversie (stel dat je komt te overlijden vooraleer de winsten te hebben ontvangen), mogelijke opportuniteitskosten (geld kan ook geïnvesteerd worden in een alternatieve strategie met bepaalde gezondheidswinsten), en de wet van verminderde marginale utiliteit (de subjectieve marginale marge wordt steeds kleiner: 1 extra levensjaar voelt minder groot aan wanneer je nog 20 jaar te leven hebt in vergelijking met nog 1 jaar)[378]. Met name bij GGB en universele/ selectieve preventie is de hoogte van discontering van groot belang omdat de voorspelde gezondheidswinsten en vermeden gezondheidskosten vaak verder in de toekomst liggen. Een hogere discontovoet zal resulteren in een relatief lagere waardering van toekomstige effecten en een lagere discontovoet in een relatief hogere waardering.

In België wordt een verschillende discontovoet toegepast voor kosten en gezondheidsuitkomsten: 3% voor kosten en 1.5% voor gezondheidsuitkomsten[367]. Zo'n verschillende discontovoet met een lagere discontering van gezondheidsuitkomsten vermijdt een te sterke afstraffing van interventies waarvan de gezondheidseffecten grotendeels in de verdere toekomst liggen, een cruciaal gegeven binnen GGB en universele en selectieve preventie[378].

Wegens het toepassen van een verschillende discontovoet dienen er drie zaken in rekening gebracht worden. Ten eerste stelt de *Keeler & Cretin uitstelparadox* dat hoe meer jaren er zitten tussen het jaar naar waar teruggerekend wordt en het later in de tijd liggende jaar waarin de interventiestrategie daadwerkelijk geïmplementeerd wordt, de Incrementele KostenEffectiviteitsRatio (IKER) zal verlagen en dus gunstiger zal worden. Dit zou kunnen leiden tot het onnodig en verkeerdelijk uitstellen van gezondheidsbevorderende en preventieve acties: een gezondheidseconomische evaluatie heeft als doel te informeren welke strategie te implementeren, niet wanneer. Om de Keeler & Cretin paradox te vermijden, dienen toekomstige kosten en gezondheidsuitkomsten gedisconteerd te worden naar het jaar waarin de interventiestrategie geïmplementeerd wordt[378]. Ten tweede zal de IKER ook dalen wanneer verschillende populatiecohorten op verschillende momenten doorheen de tijd in een model worden geïntroduceerd[378]. Dit is zeker ook van belang in het kader van GGB en universele/selectieve preventie wanneer men periodiek interventies wenst te herhalen met telkens een nieuwe cohort (bv. een jaarlijks terugkerende strategie om het mentaal welzijn van eerstejaarsstudenten te verhogen). Daarom dienen er sensitiviteitsanalyses (zie ook verder) te gebeuren met discontovoeten van zowel 0%, 3% en 5% voor zowel kosten als gezondheidsuitkomsten[367]. Ten derde kunnen evaluaties met een langere tijdshorizon en langere interventietijd lagere en gunstigere IKER's vertonen[378].

De formule voor discontering:

$$x_{n=0} = \frac{x_n}{(1+d)^n}$$

Waarbij $x_{n=0}$ = de naar de huidige tijd verrekende waarde

x_n = de toekomstige waarde in jaar n

d = de discontovoet

n = jaar in de toekomst

Concreet: de nieuwe gezondheidsbevorderende strategie zorgt voor 100 QALY's (voor kwaliteit aangepaste levensjaren, zie verder) gezondheidswinst in jaar 10. Stel een discontovoet van 3%. Dit resulteert in een gedisconteerde waarde van 74.41 QALY's:

$$74.41 = \frac{100}{(1+0.03)^{10}}$$

De totale kost en het totale gezondheidseffect is de respectievelijke som van de kost en gezondheids-uitkomst over alle jaren binnen de tijdshorizon heen.

Toepassing op GGB en universele/selectieve preventie

In het bijzonder voor GGB en universele/selectieve preventie waarvoor in veel gevallen langere tijdshorizons (richting 30+ jaren) worden beargumenteerd, kan het een optie zijn om een negatieve hyperbolische in plaats van continue discontovoet te hanteren om de zeer lange termijneffecten niet te klein te laten worden. Een dergelijke benadering zou investeringen in toekomstige generaties en dus billijkheid bevorderen. Dit is een richtlijn die bijvoorbeeld in het Verenigd Koninkrijk van toepassing is, waar weliswaar de discontovoet voor kosten en gezondheids-uitkomsten gelijk zijn[378]. Gezien de verschillende discontovoeten in België, wat impliciet een billijkheid naar toekomstige generaties inhoudt, en de continuerende discussie binnen de wetenschappelijke wereld hieromtrent, lijkt deze benadering momenteel eerder een optionele sensitiviteitsanalyse.

4.8 Item 11 12 13 Selectie, meting en waardering van uitkomstmaten.

Omschrijving

Beschrijf welke uitkomstmaat(/maten) werden gebruikt voor het meten van de baten en schadelijke effecten

Beschrijf hoe de uitkomstmaten, die gebruikt werden voor het vastleggen van de baten en schadelijke effecten, werden gemeten

Beschrijf de populatie en methoden die gebruikt werden om de uitkomstmaten te meten en te waarderen

Tabel 14 toont dat kosten, onafhankelijk van type gezondheidseconomische evaluatie, steeds in monetaire eenheden worden weergegeven. De verschillen zitten in de valuatie van de gevolgen. Een kosteneffectiviteitsanalyse vergelijkt dezelfde uitkomsten over de verschillende studies en drukt dit uit in natuurlijke eenheden zoals een angstscore of aantal dagen zonder depressie. Een kostenutiliteitsanalyse gaat een stap verder door los te komen van het ziekte-specifieke om meer op een algemeen niveau te opereren. Een kostenbatenanalyse gaat dan weer de gevolgen in monetaire waarden omzetten[360].

Tabel 14 Verschillende types gezondheidseconomische evaluaties.

Type	Waardering kosten	Gevolgen	Waardering gevolgen
Kostenminimalisatie	Monetaire eenheden	-	-
Kosteneffectiveitsanalyse	Monetaire eenheden	Eén of meerdere, dezelfde tussen alternatieven	Natuurlijke eenheden (bv. aantal gewonnen levensjaren)
Kostenutiliteitsanalyse	Monetaire eenheden	Enkel of meerdere, niet noodzakelijk dezelfde tussen alternatieven	Utiliteiten
Kosten-baten analyse	Monetaire eenheden	Enkel of meerdere, niet noodzakelijk dezelfde tussen alternatieven	Monetaire eenheden

Vertaald en aangepast uit Drummond et al. (2015)[1]

De uitkomstmaat uitdrukken in natuurlijke eenheden zoals in kosteneffectiviteitsstudies heeft het voordeel van relevantie binnen een bepaald onderzoeksveld. Het is herkenbaar om twee interventies af te wegen tegen elkaar op het aantal vermeden suïcidepogingen. Het is daarom een handige uitkomstmaat om te communiceren wanneer er een budget gealloceerd wordt met een specifiek omschreven doelstelling zoals het reduceren van suïcidepogingen bij adolescenten. Een natuurlijke eenheid als uitkomstmaat wordt moeilijker te hanteren wanneer een budget wordt gealloceerd met minder specifiek omschreven doelstellingen. Twee voorbeelden. In het eerste voorbeeld is de doelpopulatie minder goed omschreven. Twee interventies zijn volkomen gelijkaardig aan elkaar maar de ene interventie vermijdt suïcides bij adolescenten en de andere bij bejaarde personen. Is het vermijden van één suïcide van een adolescent met een heel leven voor zich meer waard, gelijkwaardig of minder waard dan het vermijden van één suïcide van een bejaard iemand met reeds een heel leven achter zich? Wat als de verhouding tussen de twee interventies niet 1:1 is maar 1:3, verandert dit het antwoord? Ieder van ons zal op basis van eigen ervaringen een ander oordeel vellen. In het tweede voorbeeld is de uitkomstmaat in natuurlijke eenheden verschillend. De ene interventie beoogt een reductie in depressiescore en de andere interventie een reductie in angstscore. Dit maakt de vergelijking en afweging uitdagend. Het is wetenschappelijk mogelijk om via een voor de hele populatie representatieve onderzoekspopulatie te onderzoeken hoe een reductie in angstscore zich verhoudt tot een reductie in depressiescore (net als het mogelijk is om de verhouding in het eerste voorbeeld te onderzoeken), maar zo'n onderzoek dient dan herhaald te worden voor elke mogelijke vergelijking. Niet zo efficiënt. Enter het gebruik van utiliteiten.

Utiliteiten zoals gebruikt in kostenutiliteitsanalyses drukken de voorkeur voor een bepaalde gezondheids-toestand uit door het gemiddelde te nemen van de nutswaarde die elk individu aan zo'n gezondheids-toestand toekent. Het voordeel is dat er los wordt gekomen van het ziekte-specifieke en dat op een hoger, algemeen niveau de vergelijking kan gemaakt worden tussen verschillende interventies met verschillende finaliteiten. Een gezondheidstoestand wordt kwalitatief gewaardeerd met een score van 0 (dood) tot 1 (perfecte gezondheid). Een negatieve waardering – slechter dan dood – is ook mogelijk. In combinatie met een tijdseenheid waarin men zich in die bepaalde gezondheidstoestand bevindt, is het mogelijk om utiliteiten om te zetten naar *quality adjusted life years* (QALY's).

De utiliteit van een gezondheidstoestand kan gemeten worden met de EQ-5D-5L, dat 5 dimensies (mobiliteit, dagdagelijks leven, zelfzorg, pijn/ongemak, en angst/depressie) meet met 5 mogelijke antwoordniveaus (*levels*). Hierdoor drukt de utiliteit de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (*health-related quality of life*) uit. Het is een patient-reported outcome measurement (PROM). Voor onderzoek bij jongeren is de EQ-5D-Y-3L beschikbaar. Gebruik van de EQ-5D-5L is gratis voor niet-commerciële instellingen of organisaties na registratie op de site van EuroQol en wanneer de onderzoekspopulatie niet groter is dan 5000 personen[379]. Het grote voordeel aan de EQ-5D-5L is dat algoritmes zijn ontwikkeld voor de Belgische populatie en dat deze vrij beschikbaar zijn[380].

Concreet: voor item 11 dient de gekozen (natuurlijke of generieke) uitkomstmaat gedefinieerd te worden. Voor item 12 dient beschreven te worden welke vragenlijst hiervoor werd afgenomen en alle relevante modaliteiten (wanneer, bij wie). Om te voldoen aan item 13 dient men de waardering van de uitkomstmaat verder te definiëren. De Belgische waardenset van de EQ-D-5L werd bijvoorbeeld bekomen door face-to-face interviews waarbij 892 respondenten 10 hypothetische gezondheidstoestanden via een 'samengestelde Time Trade Off' oefening (cTTO) en 7 keuzeparen in een 'Discrete Choice Experiment'

(DCE). Via een regressiemodel werden zo 3125 (5x5x5x5x5) mogelijke gezondheidstoestanden gewaardeerd[380].

Toepassing op GGB en universele/selectieve preventie

Kwaliteit van leven is een vaak gebruikte uitkomstmaat bij geestelijke gezondheidsinterventies, omdat psychische gezondheid een sterke invloed heeft op het algehele welzijn. Veel gebruikte instrumenten zijn bijvoorbeeld de EQ-5D of SF-36 vragenlijsten. Het is belangrijk om te differentiëren tussen utiliteiten bekomen door de EQ-5D-5L vragenlijst en andere vragenlijsten zoals de SF-36 of Health Utilities Index vragenlijst. Hoewel gerelateerd aan elkaar, meten ze niet exact hetzelfde en het door elkaar gebruiken is afgeraden[381]. Dit is met name van belang in de evaluatie van GGB en universele/selectieve preventiestrategieën waar gebruik wordt gemaakt van modellering. Wanneer de EQ-5D-5L wordt gebruikt om de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven te meten tijdens de studie, is het van belang dat de in de literatuur gevonden utiliteit die dient geattribueerd te worden aan een modelmatige gezondheidstoestand ook via de EQ-5D-5L bekomen is.

Daarnaast zijn specifieke psychologische uitkomsten zoals verminderde symptomen van depressie, angst, stress, en verbetering van het algehele mentaal welzijn cruciaal voor interventies gericht op geestelijke gezondheidsbevordering. Deze kunnen worden gemeten met gestandaardiseerde instrumenten zoals de Beck Depression Inventory (BDI) of de Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7).

4.9 Item 14 15 Kosten.

Omschrijving

Beschrijf hoe de kosten werden gemeten en berekend
Rapporteer de datums waarop de hoeveelheden van middelen en eenheidskosten werden ingeschat, alsook de munteenheid en het jaar van omrekening

Onder item 8 ‘perspectief’ werd geargumenteerd dat bij de gezondheidseconomische evaluatie van GGB en universele/selectieve preventie het maatschappelijke perspectief aangewezen kan zijn. Zowel directe medische, directe niet-medische als indirecte niet-medische kosten, gedragen door zowel de overheid als de participant/patiënt zijn dan van toepassing (zie Tabel 13).

Hier dient een verder onderscheid gemaakt te worden tussen de interventiekosten, kosten gerelateerd aan gezondheidszorggebruik door de participant, en de kosten gerelateerd aan een gezondheidstoestand in het model.

- Mogelijke interventiekosten: interventiemateriaal en productiekosten, tijdsbesteding van (zorg)professionals, tijdsbesteding van participanten*, kosten gemaakt door participanten om levensstijl te wijzigen*, overhead
- Gezondheidszorggebruik van de participant en gerelateerde kosten: het gezondheidszorggebruik kan bevraagd worden aan de hand van vragenlijsten zoals bv. de psychiatrische Nederlandse TIC-P (Questionnaire on Costs Associated with Psychiatric Illness)[382,383] of de meer generieke iMTA Medical Technology Questionnaire[384] die naar de Belgische setting kunnen aangepast worden. Gezondheidszorggebruikdata dient gelinkt te worden met terugbetalingsgegevens van nomensoft: https://ondpanon.riziv.fgov.be/Nomen/nl/search. Niet-terugbetaalde zorg dient gelinkt te worden met andere databronnen.
    - Merk op dat binnen GGB en universele/selectieve preventie de impact op gezondheids-zorggebruik van de participant op de korte termijn (studieperiode) verwaarloosbaar kan zijn.

Het is belangrijk om op voorhand in te schatten wat de korte termijneffecten kunnen zijn en op basis hiervan te beslissen om dit al dan niet te bevragen.

- Modelmatige kosten gerelateerd aan een gezondheidstoestand: aan elke gezondheidstoestand binnen een Markov-model dient een gemiddelde kost te worden geattribueerd. Dit gebeurt op basis van voorgaand gepubliceerd onderzoek. Bij voorkeur Belgische data aangezien er sterke limitaties gepaard gaan met het transfereren van buitenlandse kostdata naar de Belgische context.
    - Voor het maatschappelijk perspectief dient hier nog een indirecte niet-medische kost aan gekoppeld te worden om het productiviteitsverlies in rekening te nemen.

*Specifiek voor maatschappelijk perspectief

Daarnaast kan er ook geopteerd worden om kosten gerelateerd aan mantelzorg mee te nemen binnen het maatschappelijk perspectief.

Alle kosten dienen naar eenzelfde referentiejaar en naar euro's te worden omgerekend, dit kan uniform gedaan worden via de online tool[385] https://eppi.ioe.ac.uk/costconversion/default.aspx. Alle originele kosten met basisjaar en omrekening naar het referentiejaar dienen gerapporteerd te worden.

Toepassing op GGB en universele/selectieve preventie

Voorbeelden van kosten die relevant zijn bij gezondheidseconomische evaluaties van GGB en universele/selectieve preventive strategieën: (1) direct medische kostenzoals kosten voor zorgverleners (bv. psycholoog, psychaiter), kosten van interventies (bv. stressmanagement); (2) direct niet-medische kosten: bv. transportkosten om een sessie over GGB/preventie bij te wonen, huur ruimte voor (groeps)sessies over geestelijke gezondheid; (3) indirecte kosten: productiviteitsverlies (bv. wekelijks middag vrijaf moeten nemen om sessie bij te wonen), ziekteverzuim (bv. daling ten gevolge van GGB of preventieve strategie).

Interventies gericht op geestelijke gezondheidsbevordering kunnen vereisen dat zorgverleners of andere betrokkenen extra training of opleiding ontvangen. De kosten van deze trainingen moeten worden meegerekend.

4.10 Item 16 Model.

Omschrijving

Als modellering werd gebruikt, beschrijf dan de details van het model en waarom dit werd gebruikt. Rapporteer of het model openbaar toegankelijk is en waar het beschikbaar is

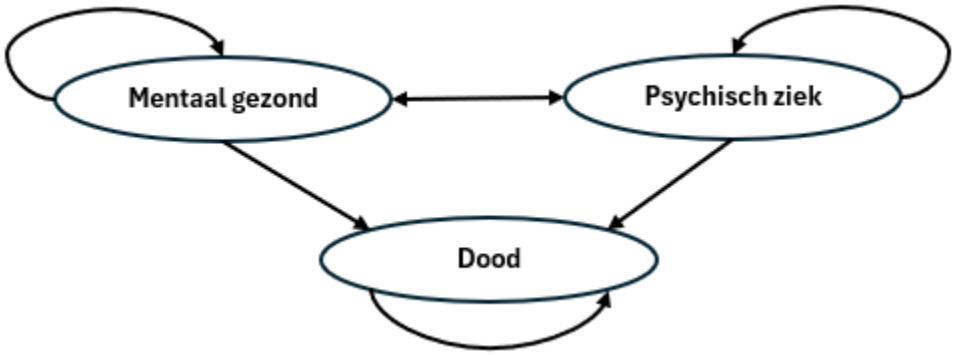
Zoals in de inleiding reeds aangehaald kan een gezondheidseconomische evaluatie plaatsvinden op basis van een singuliere klinische studie of onafhankelijk om de (theoretische) impact van een GGB of universele/selectieve strategie te evalueren.

Een klinische studie, bij voorkeur een gerandomiseerde studie met controlegroep en minstens één interventiegroep, onderzoekt de impact van een interventie waarbij er gecontroleerd wordt voor zoveel mogelijk andere factoren om het effect van de interventie te bepalen. Dat effect wordt uitgedrukt in één of meerdere uitkomstmaten (zie hierboven). Een studie is vaak gelimiteerd in tijd (3, 6, 12 of 24 maanden). Wanneer ook kostendata verzameld worden over de interventie en van de participanten, is het mogelijk

om een zogenaamde *trial-based* gezondheidseconomische evaluatie uit te voeren waarbij de uitkomstmaten en kosten van de interventiegroep afgezet worden tegenover de uitkomstmaten en kosten van de controlegroep.

Een vaak gebruikt model is het besliskundig Markov model. Zo'n model omvat verschillende gezondheidsstaten waarin personen zich kunnen bevinden. Het is een gesimplificeerde weerspiegeling van de realiteit. Een wel zeer gesimplificeerde vorm is bijvoorbeeld te vinden in Figuur 8.

Figuur 8 Visuele voorstelling besliskundig Markov model.



Vaak is zo'n Markovmodel een stuk complexer dan het voorbeeld hierboven maar altijd zal het een simplificatie van de realiteit zijn om het werkbaar te houden. Want hoe complexer, hoe meer data er nodig is. Data die er niet altijd zijn.

Aan elke gezondheidsstaat wordt een utiliteit en een kost gekoppeld (die afhankelijk gemaakt kan worden van bijvoorbeeld geslacht en leeftijd, maar bijvoorbeeld ook subgroep). Een persoon kan zich slechts in één gezondheidsstaat bevinden en per bepaald tijdsperiode (bv. een jaar) wordt de overgang (een transitie) gemaakt naar een andere gezondheidsstaat of blijft men in dezelfde gezondheidsstaat. De transitiekans kan afhankelijk gemaakt worden van bijvoorbeeld leeftijd. De transitiekans wordt vaak gebaseerd op bestaande wetenschappelijke data. Om de transitiekans van enerzijds mentaal gezond naar dood en van psychisch ziek naar dood te berekenen kan bijvoorbeeld gewerkt worden met de gedetailleerde mortaliteitsdata van Statbel en onderzoek dat het verhoogde risico om te sterven heeft berekend indien men psychisch ziek is. Er is ook een transitiekans tussen mentaal gezond en psychisch ziek. Herinner u onze verbeterde welzijnsscore op het einde van onze studie: deze verbeterde score kan een impact hebben op de transitie van mentaal gezond naar psychisch ziek. De wijziging in welzijnsscore (een zogenaamde zachte uitkomst) wordt zodoende vertaald in een klinisch harde uitkomst. Zowel de controlegroep als de interventiegroep laten we dan apart doorheen het model gaan maar het verschil zit hem dan in de transitiekans tussen mentaal gezond en psychisch ziek. De interventiegroep met de betere welzijnsscore zal minder snel psychisch ziek worden en ultiem ook minder snel overlijden.

Een gezondheidseconomische evaluatie kan echter ook onafhankelijk gebeuren van een klinische studie. Dan komen we meer op het domein van de wat-als analyse. Wat als het mentaal welzijn in de adolescentie met zoveel punten verbeterd, wat is dan het effect op het aantal personen met een psychische problematiek, op het aantal hospitalisaties, op het sterftecijfer etc. Wanneer het beleid een GGB of universele/selectie preventiestrategie implementeert, is het dan mogelijk om in real-time de lange termijn gezondheidseconomische consequenties te evalueren. Het valt aan te raden om het effect te blijven monitoren en aanpassingen aan het model te maken waar nodig.

Volgende zaken zijn noodzakelijk en in volledige transparantie te rapporteren:

- Een visualisatie van het gezondheidseconomische model met de verschillende gezondheidsstaten en de relaties tussen deze gezondheidsstaten;
- De transitiekansen en hoe deze berekend zijn met rapportering van;
- De utiliteiten van elke gezondheidsstaat en hoe deze berekend zijn;
- De kosten van elke gezondheidsstaat en hoe deze berekend zijn.

Toepassing op GGB en universele/selectieve preventie

Bij GGB en universele/selectieve preventie is het goed mogelijk dat op zo'n gelimiteerde tijdsstudie de uitkomstmaat in termen van QALY's vrij beperkt of statistisch niet-significant verschillend is. Eerder zal er, hopelijk, een effect in natuurlijke eenheden op te merken zijn, zoals een effect op een welzijnsscore.

Laten we voortgaan op een verbeterde welzijnsscore op het einde van de studie. Het is niet dat met het afgelopen van de studie, de verbetering in welzijnsscore plots stopt. Neen, er zijn doorlopende effecten. De tijdshorizon van de studie capteert met andere woorden niet het volledige effect (en kosten). In het geval van GGB en universele/selectieve preventie is het daarom van belang om de studieresultaten te extrapoleren op de langere termijn. Dit wordt gedaan op basis van een gezondheidseconomisch model, zoals een beslisboom, een Markovmodel of een Discrete Event Simulation model. Een uitstekende en laagdrempelige uitleg is te vinden in Gezondheidseconomie voor niet-economen van Annemans[359].

Het meest courante en praktische om GGB en universele/selectieve preventie te evalueren is een Markovmodel wegens de mogelijkheid om te simuleren via populatiecohorten en op de lange termijn.

4.11 Item 17 Analyses en aannames.

Omschrijving

Beschrijf alle methoden voor het analyseren of statistisch transformeren van gegevens, alle extrapolatiemethoden en de aanpak voor het valideren van elk gebruikt model

Een kritiek item bij de gezondheidseconomische evaluatie van GGB en universele/selectieve preventie is de transparante rapportering van statistische analyses en aannames. Het is niet onlogisch dat het gezondheidseconomische model dat de lange termijn impact wenst te onderzoeken, gestut is op enkele aannames. De toekomst wordt voorspelt op basis van beperkt beschikbare informatie, niet in het min door de beperkte tijdshorizon van een klinische studie.

Verantwoording voor aannames dienen uitvoerig beschreven te worden. Voorbeelden zijn: expertopinie, aangetoonde associatie met mogelijke causaliteit, richtlijn, standaardpraktijk, vergelijkbaarheid van gezondheidszorgorganisatie tussen landen etc.

Data uit de literatuur dienen soms getransformeerd te worden naar de specifieke vereisten van het gezondheidseconomische model. Het is ook mogelijk dat de gezondheidseconoom verschillende databronnen samenvoegt tot één inputparameter. Dit kan de transparantie vaak ondermijnen. Expliciete rapportage hiervan is noodzakelijk, desnoods toegevoegd in een bijlage.

Toepassing op GGB en universele/selectieve preventie

Aannames die courant kunnen voorkomen bij een gezondheidseconomische evaluatie van GGB en universele/selectieve preventie zijn vaak gerelateerd aan:
> De inclusie en exclusie van de gezondheidsstaten
> De relatie tussen de gezondheidsstaten
> Duurzaamheid van het interventie-effect op de lange termijn
> Transfereerbaarheid van buitenlandse data
> Generaliseerbaarheid van data uit gelijkende doch verschillende populaties
> Generaliseerbaarheid van resultaten binnen verschillende populaties
> Bereik en opname van de interventie door de doelpopulatie
> …

De externe validiteit van een gezondheidseconomisch model gericht op GGB en universele/selectieve preventie kan nagegaan worden door het natuurlijke verloop in de huidige situatie (vaak de controlegroep) te vergelijken met beschikbare incidentie- of prevalentiedata zoals suïcidecijfers, sterftecijfers, angstcijfers, of depressiecijfers.

4.12 Item 18 Heterogeniteit.

Omschrijving

Beschrijf alle methoden die zijn gebruikt om in te schatten hoe de resultaten van het onderzoek variëren tussen subgroepen

Dit item verwijst naar hoe de resultaten van een gezondheidseconomische evaluatie variëren tussen subgroepen. Dit is belangrijk omdat aanbevelingen en (beleids-)beslissingen op basis van gemiddelde kosteneffectiviteitsmetingen onjuist kunnen zijn voor specifieke subgroepen[386]. Een bepaalde interventie kan kosteneffectief zijn voor een bepaalde (patiënten)populatie, maar niet voor een andere.

Het is dus belangrijk om in de 'Methode' sectie duidelijk aan te geven hoe heterogeniteit in de kosteneffectiviteitsanalyse wordt onderzocht. Indien er wordt uitgegaan van homogeniteit over de volledige studiepopulatie moet deze assumptie worden gerechtvaardigd.

Een voorbeeld om dit te illustreren. Uit een kosteneffectiviteitsanalyse inzake de preventie van depressie (cognitief-gedragsmatig depressiepreventie programma) bij jongeren 'at risk' bleek dat het programma meer kosteneffectief was bij jongeren wiens ouders zelf geen depressie hadden in vergelijking met de jongeren met ouders met een depressie[387].

Toepassing op GGB en universele/selectieve preventie

Toegepast op GGB kunnen we bijvoorbeeld verwijzen naar het Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid - Strategisch plan 2017 – 2019[388] waarin onder "Wetenschappelijk onderzoek en monitoring staat dat de risicofactoren die de toename van het aantal suïcides bij de leeftijdsgroep 45-60 jaar kunnen verklaren, wordt onderzocht. Op basis van deze bevindingen kunnen specifieke strategieën worden ontwikkeld die dan op hun effectiviteit en kosteneffectiviteit worden onderzocht. Stel dat een strategie kosteneffectief blijkt voor de leeftijdsgroep 45-60 jaar kan de vraag worden gesteld in welke mate deze strategie ook (kosten)effectief is bij bijvoorbeeld adolescenten.

4.13 Item 19 Verdelingseffecten.

Omschrijving

Beschrijf hoe de effecten verdeeld zijn over verschillende individuen, of welke aanpassingen er zijn gemaakt om rekening te houden met prioritaire populaties

Het in rekening brengen van verdelingseffecten kan belangrijk zijn wanneer beleidsmakers geïnteresseerd zijn in "gelijkheidseffecten" (*equity*) van de interventie op basis van variabelen zoals socio-economische status, etniciteit, geografische locatie of ziektecategorieën zoals invaliditeit en ernst van de aandoening.

Toepassing op GGB en universele/selectieve preventie

In het domein van GGB zijn er verschillende argumenten om bij kosteneffectiviteitsanalyses van GGB interventies rekening te houden met het aspect "verdelingseffecten". Zo blijkt uit de Gezondheidsenquête 2018 uitgevoerd door Sciensano dat bijvoorbeeld levenstevredenheid, psychisch welbevinden en levensenergie sociaal bepaald zijn, met name vrouwen en personen met de laagste opleiding scoren minder op deze indicatoren. De resultaten verschillen ook volgens leeftijd: levenstevredenheid, psychisch welbevinden en levensenergie zijn het gunstigst tussen de leeftijd van 65 en 74 jaar, terwijl bij de actieve bevolking (25-54 jaar) deze scores lager zijn. Nog uit de Gezondheidsenquête blijken er regionale verschillen. Subjectief welbevinden of positieve geestelijke gezondheid scoren het best in het Vlaams gewest in vergelijking met de andere gewesten in België[389].

4.14 Item 20. Onzekerheid.

Omschrijving

Beschrijf de methoden om alle mogelijke bronnen van onzekerheid in de analyse te onderzoeken

Bij gezondheidseconomische evaluaties kunnen drie types onzekerheid worden onderscheiden[390]:

1. **Parameteronzekerheid**: dit omvat onzekerheid die gelinkt is aan de waarden van de input parameters die in de gezondheidseconomische evaluatie worden gebruikt,
2. **Structurele onzekerheid**: deze vorm van onzekerheid verwijst naar onzekerheid met betrekking tot het model (bv. Markovmodel, beslisboom) dat is gebruikt (in welke mate reflecteert het model op adequate wijze de aandoening/conditie en de interventie die worden geëvalueerd),
3. **Methodologische onzekerheid**: deze vorm van onzekerheid verwijst naar onzekerheid met betrekking tot de gekozen methodologie (bv. is het gekozen perspectief het meest relevant perspectief, is de tijdshorizon voldoende lang)

In de CHEERS II wordt het meeste aandacht besteed aan parameteronzekerheid. Inzake de structurele en methodologische onzekerheid wordt enkel aangegeven dat het belangrijk is deze aspecten duidelijk te beschrijven. In wat volgt focussen we dus op de parameteronzekerheid. Er bestaan verschillende analysetechnieken om de onzekerheid die gelinkt is aan de waarde van de inputparameters te capteren. Onafhankelijk van het type analyse dat wordt uitgevoerd, wordt aanbevolen om het resultaat van dergelijke analyses visueel voor te stellen (bv. door middel van een figuur).

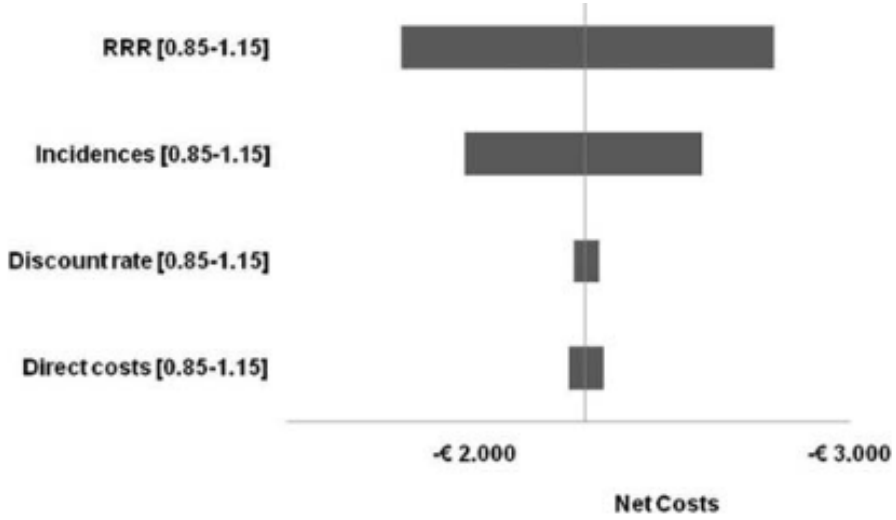
Een eerste techniek is de éénwegssensitiviteitsanalyse. In dit type analyse worden de waarden van belangrijke input parameters (bv. probabiliteiten, utiliteiten, kosten, relatieve risico's) telkens afzonderlijk

met een bepaald percentage gewijzigd waarbij de waarden van de andere inputparameters constant worden gehouden. Een voorbeeld uit de literatuur betreffende een indicatieve preventiestrategie tegen depressie bij adolescenten[391] om te illustreren hoe dit dient te worden aangegeven:

> *Through a series of univariate (one-way) sensitivity analyses, the effect of changes in key parameters of interest on the cost-effectiveness results was examined: increasing the intervention cost by 50% to accommodate screening costs; using an annual discount rate of 0% for health benefits and 6% for costs; varying the proportion of intervention uptake[391].*

Het resultaat van een éénwegssensitiviteitsanalyse kan visueel worden voorgesteld door middel van een Tornadodiagram. Dergelijk diagram visualiseert welke inputparameters de meeste impact hebben op de uitkomst van de kosteneffectiviteitsanalyse (de IKER) wanneer de waarde van die inputparameter wordt gewijzigd. Figuur 9 bevat een voorbeeld van een Tornadodiagram uit een Vlaamse studie inzake de kosteneffectiviteit van een telefonische hulplijn en chatlijn ter preventie van suïcide[392]. Dit voorbeeld weerspiegelt de impact van verschillende variabelen op de kostprijs van een chatlijn voor de mannelijke populatie, waarbij de verticale lijn de basiscalculatie is (in dit voorbeeld dus kostenbesparend). Zo'n Tornadodiagram kan ook gemaakt worden voor de gezondheidsuitkomsten alsook voor de IKER-uitkomstmaat.

Figuur 9 Voorbeeld van een Tornadodiagram, uit Pil et al. (2013)

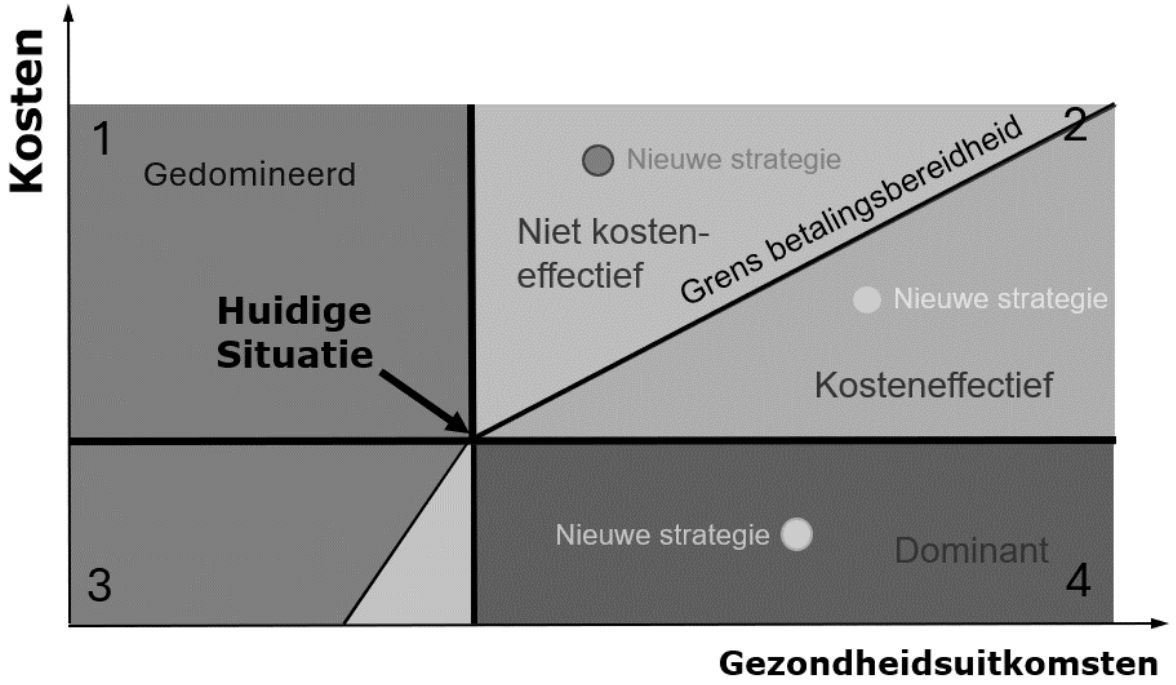


In de resultatensectie kunnen de bevindingen dan worden beschreven als: *"uit de éénwegs-sensitiviteitsanalyse OF uit de Tornado-diagram blijkt dat de resultaten het meest sensitief zijn voor de relatieve risicoreductie (het effect toegeschreven aan de interventie)"* (i.e. de variabelen bovenaan in de Tornadodiagram). Eventueel kan ook worden aangegeven welke inputparameters het minst effect op de uitkomst hebben wanneer hun waarden worden gevarieerd (m.a.w. variabelen onderaan de Tornadodiagram).

Een tweede techniek is het uitvoeren van een probabilistische sensitiviteitsanalyse. In deze analyse worden de waarden van de inputparameters voorgesteld als verdelingen (distributies) rond de puntschatting, die kunnen worden samengevat met behulp van enkele parameters (zoals gemiddelde en standaardafwijking voor een normale verdeling). Verschillende verdelingen zijn over het algemeen geschikt voor verschillende typen variabelen, waar mogelijk ondersteund door ondersteunend bewijs uit bronstudies[393].

Concreet wordt de basisanalyse een aantal keer herhaald (in bv. Microsoft Excel kan dit worden ingevoegd aan de hand van een macro). Het aantal simulaties varieert, maar is doorgaans tussen de 1000 en 10000. Het resultaat van een probabilistische sensitiviteitsanalyse kan visueel worden voorgesteld door middel van het "incrementele kosteneffectiviteitsvlak" (Figuur 10)[359].

Figuur 10 Visuele voorstelling incrementeel kosteneffectiviteitsvlak.



1. De kosten van de nieuwe strategie zijn hoger en de effecten kleiner dan die van de bestaande interventie. De nieuwe interventie is niet kosteneffectief en wordt gedomineerd door de huidige situatie
2. De kosten van de nieuwe interventie zijn hoger, maar de effecten zijn ook groter. Dit is een twijfelgeval. Er is een nadere berekening nodig om te bepalen welke strategie het meest kosteneffectief is.
3. De kosten van de nieuwe strategie zijn lager en de effecten zijn kleiner. Ook dit is een twijfelgeval. Er is een nadere berekening nodig om te bepalen welke strategie het meest kosteneffectief is.
4. De kosten van de nieuwe strategie zijn lager en de effecten groter dan die van de bestaande interventie. De nieuwe strategie is kosteneffectief.

Toepassing op GGB en universele/selectieve preventie

Een aantal sensitiviteits- en scenario-analyses die relevant zijn te overwegen bij gezondheidseconomische evaluaties van GGB en universele/selectieve preventie strategieën zijn: variatie in kostprijzen van interventies (bv. counseling, training, vroegtijdige detectie), kosten van geestelijke gezondheidszorg, verschillen in participatiegraad aan GGB/preventie, wijzigingen in de evaluatieperiode. Voorbeelden van scenarioanalyses: focus op specifieke doelgroep(en) (bv. de algemene populatie vs. personen met verhoogd risico op geestelijke gezondheidsproblemen), verschillende interventiemodellen (bv. preventieve voorlichting via verschillende kanalen zoals face-to-face, digitaal), scenario's die rekening houden met demografische veranderingen, zoals vergrijzing of veranderingen in de bevolkingssamenstelling, die kunnen leiden tot andere behoeften aan geestelijke gezondheidszorg.

In België is er geen officiële grens van betalingsbereidheid, hoewel vaak het bruto binnenlands-product (bbp) per capita genomen wordt als uitgangspunt, welk in 2022 €47430 bedroeg, conform

richtlijnen van de WereldGezondheidsOrganisatie die zelfs tot driemaal het bbp per capita voorschrijven als grens van betalingsbereidheid[394,395]. Hier kan echter sterke kritiek op gegeven worden. Een meer conservatieve grens van betalingsbereidheid van bijvoorbeeld 50% van het bbp per capita zou bijvoorbeeld beter de opportuniteitskosten capteren[394,396]. Voor GGB en universele/selectieve preventie onderschrijven we zo'n conservatie grens van betalingsbereidheid gezien ook de beperkt voorhanden zijnde middelen en een waarschijnlijk minder grote preferentie wegens de op individueel niveau gemiddeld beperkte gezondheidswinsten.

4.15 Item 21 Co-Creatie.

Omschrijving

Beschrijf elke aanpak om patiënten of ontvangers van diensten, de algemene bevolking, gemeenschappen of belanghebbenden (zoals clinici of betalers) te betrekken bij het ontwerp van het onderzoek

Het betrekken van patiënten en het publiek bij onderzoek in de gezondheids- en welzijnszorg wint aan belang en draagt bij tot onderzoek dat zich richt op zaken die relevant zijn voor patiënten en publiek[397].

De betrokkenheid van patiënten en het publiek bij onderzoek in de gezondheidszorg en sociale zorg wordt steeds belangrijker en helpt ervoor te zorgen dat het onderzoek zich richt op zaken die relevant zijn voor patiënten en het publiek. In gezondheidseconomische evaluatiestudies met modellering is het betrekken van patiënten en het publiek een recente ontwikkeling[398]. Het betreft een nieuw item in de CHEERS 2022 en verwijst naar het verschil of de impact die de betrokkenheid van patiënten, andere belanghebbenden (bv. betalers, zorgverleners, beleidsactoren) en het brede publiek op gezondheidseconomisch onderzoek hebben. Het betrekken van deze stakeholders is belangrijk omdat dit bijdraagt tot het vergroten van de relevantie en de aanvaardbaarheid van het onderzoek en aldus vormt deze informatie de basis voor de evidentie voor de "praktijk". Bijvoorbeeld, in het domein van geestelijke gezondheidsbevordering, bleek uit een studie inzake de betrokkenheid van "individuen uit de algemene bevolking" bij studies inzake "mindfulness" dat zowel de onderzoekers als de "individuen" positieve ervaringen met de betrokkenheid van "leken" bij het onderzoek hadden[399].

Toepassing op GGB en universele/selectieve preventie

De impact van de betrokkenheid van diverse belanghebbenden bij gezondheidseconomische studies kan zich manifesteren in de scope van het onderzoek, aspecten die betrekking hebben op de gebruikte methode, het onderzoeksproces en de (interpretatie van) resultaten. Er is nog niet geweten of de inclusie van patiënten/participanten/het publiek, en op welk aspect van het onderzoeksproces, een positieve impact heeft op de kosteneffectiviteit van nieuwe zorgstrategieën in het algemeen en GGB en universele/selectieve preventie in het bijzonder.

5 Transfereerbaarheid van resultaten van buitenlandse origine

5.1 Kwalitatieve benadering

Het inschatten van de mate waarin de resultaten van gezondheidseconomische studies over in het buitenland uitgevoerde studies van toepassing zijn op de Belgische of nog specifieker Vlaamse context kan een uitdaging vormen. Redenen hiervoor zijn verschillen tussen landen/regio's in contextuele factoren

zoals betalings- en vergoedingssystemen, economisch klimaat, overheids- en regelgevende factoren, en geografische factoren die beleidsbeslissingsprocessen beïnvloeden[400]. De (kosten-)effectiviteit van twee identieke programma's voor GGB of preventie kan aanzienlijk variëren afhankelijk van de context en de setting waar de interventie wordt uitgevoerd. Dit heeft te maken met de culturele, sociale en economische context van de studiepopulatie, die een aanzienlijke invloed kan hebben op het interventieproces en de effecten daarvan[401].

Er bestaan een aantal instrumenten om de transfereerbaarheid van resultaten uit gezondheidseconomisch onderzoek naar andere landen/regio's te evalueren. Goeree en collega's[402] identificeerden zeven potentiële instrumenten om de transfereerbaarheid van resultaten te evalueren. Wijnen en collega's[403] prioriteerden het instrument ontwikkeld door Welte en collega's[404] omwille van de gebruikers-vriendelijkheid met duidelijke cut-off referentiewaarden en de mogelijkheid om zowel trial- als model-gebaseerde studies te evalueren.

Het is sterk aanbevolen om minstens epidemiologische, gezondheidspromotie/preventie, klinische en economische experten te betrekken bij zo'n evaluatie. Het betrekken van deze expertisedomeinen zorgt voor een breder en meer genuanceerd inzicht in de generaliseerbaarheid van de resultaten. Dit leidt tot een meer holistische beoordeling van de impact van GGB/preventie interventies op verschillende populaties en zorgsystemen. Bovendien helpt het om eventuele biases te identificeren en te corrigeren, wat de betrouwbaarheid en toepasbaarheid van de bevindingen in verschillende contexten versterkt. Hierdoor wordt de kans vergroot dat de resultaten niet alleen geldig zijn binnen de onderzochte setting, maar ook relevant zijn voor bredere doelgroep. Afhankelijk van de specifieke context van een studie kan het zinvol zijn om additioneel nog 1 of meerdere andere expertisedomeinen te betrekken.

De vergelijking tussen verschillende landen kan gefaciliteerd worden door een vergelijking te maken tussen de gezondheidseconomische richtlijnen van de verschillende landen. Een overzicht van een resem landen kan gevonden worden op de ISPOR site: https://www.ispor.org/heor-resources/more-heor-resources/pharmacoeconomic-guidelines/pe-guideline-detail.

Er zijn drie algemene knock-out criteria waaraan voldaan moet worden en 14 specifieke criteria om te evalueren (Tabel 15).

Tabel 15 Knock-out en specifieke criteria kwalitatieve benadering.

Algemene criteria	Antwoordmogelijkheden
1. De geëvalueerde strategie is vergelijkbaar met de strategie die geïmplementeerd zal worden in Vlaanderen	Ja - Neen
2. De vergelijkende basis is vergelijkbaar met wat reeds voorhanden is in Vlaanderen	
3. De studie is van acceptabele kwaliteit	
Specifieke criteria	
Methodologie	
4. Perspectief	
5. Discontering	
6. Benadering van medische kosten	Niet van toepassing
7. Benadering van productiviteitskosten	Geen IKER bias
Gezondheidszorgsysteem	Bias: IKER te hoog
8. Absolute en relatieve prijszetting in de gezondheidszorg	Bias: IKER te laag
9. Variatie in praktijkvoering	Bias: IKER te hoog of laag
10. Beschikbaarheid van technologie/mogelijkheid tot implementeren van strategie	Bij bias: geef aan waarom een herberekening van de IKER aanbevolen is
Populatie	
11. Ziekte-incidentie en -prevalentie	
12. Case-mix	Bij bias: geef aan hoe moeilijk zo'n herberekening zal zijn o.b.v. beschikbare data
13. Levensverwachting	
14. Voorkeuren voor gezondheidsstatus	
15. Acceptatie, naleving en incentives voor de populatie	
16. Productiviteit en verlies van werktijd	
17. Ziekteverspreiding	

5.1.1 Concreet voorbeeld

Puur willekeurig is de studie van Beckman en Svensson uit 2015[405] genomen als illustratief voorbeeld (Tabel 16). In het overzichtshoofdstuk rond kosteneffectieve interventies, werd deze studie gedetecteerd onder de overzichtsstudie van Le et al.[296] De aanbeveling naar beleidsmakers toe was 'niet eenduidig', wat wilt zeggen dat de interventie een positieve uitkomst had op de gezondheidseffecten maar ook met een hogere kost kwam op een tijdshorizon van drie jaar.

Deze Zweedse studie analyseert de kosteneffectiviteit van een primaire universele preventiestrategie tegen pesten. Een schoolbreed antipestprogramma op vier niveau's (school, klas, individu, gemeenschap)

bleek in vergelijking met geen antipestprogramma het aantal slachtoffers van pestgedrag te reduceren tegen een kostprijs van €14470 (in toenmalige euro's voor het jaar 2013) per vermeden pestslachtoffer.

De algemene, knock-out criteria dienen geëvalueerd te worden in samenspraak met experten op het gebied van preventie en gezondheidseconomie.

Op vlak van specifieke criteria is er een mogelijke bias op vlak van discontering wanneer de aanbeveling wordt gevolgd om een langdurige tijdshorizon te hanteren en de langdurige effecten op gezondheids-uitkomsten te capteren. Maar er is geen bias op een tijdshorizon van drie jaar waarbij de primaire uitkomstmaat het aantal vermeden slachtoffers is.

Een belangrijkere vorm van bias is dat enkel interventiekosten in de Zweedse studie zijn geïncludeerd, waardoor de IKER-inschatting waarschijnlijk te hoog uitvalt. Maar aan de andere kant zijn loonkosten in België hoger dan in Zweden, wat de IKER zal verhogen.

Behoudens de evaluatie van de knock-out criteria, lijkt deze studie gewikt en gewogen mogelijks transfereerbaar. Idealiter worden de inputparameters waar mogelijks bias bestaat, geüpdatet naar de Vlaamse context. Belangrijker is (i) de toetsing van het eindresultaat (kost per vermeden slachtoffer van pesten) aan de betalingsbereidheid voor het vermijden van slachtoffers van pesten in Vlaanderen, en (ii) om te kijken of de resultaten niet geëxtrapoleerd kunnen worden op de lange termijn met impact op zogenaamde harde klinische uitkomsten welke gewaardeerd kunnen worden met een utiliteit.

Tabel 16 Concreet voorbeeld Beckman & Svensson (2015).

Algemene criteria	Beckman & Svensson (2015)	Vlaanderen
1. De geëvalueerde strategie is vergelijkbaar met de strategie die geïmplementeerd zal worden in Vlaanderen	1. (i) Schoolniveau: creëer een pestpreventie coördinatieteam, train dat team en alle medewerkers, neem de Olweus Bullying vragenlijst af, organiseer discussiegroepen met medewerkers, introduceer antipestregels op school, evalueer en verfijn het supervisiesysteem van de school, organiseer een antipest kick-off event, en betrek ouders. (ii) Klasniveau: versterk de schoolbrede antipestregels, houd regelmatige klasgesprekken rond pesten en gerelateerde onderwerpen, en organiseer overleg met ouders. (iii) Individuniveau: superviseer activiteiten van adolescenten, verzeker dat medewerkers optreden bij pesten, ga in direct contact met de studenten die gepest worden en pesten, ga in contact met de ouders van deze protagonisten, en ontwikkel individuele actieplannen indien nodig. (iv) Gemeenschapsniveau: betrek personen uit de gemeenschap in het coördinatie-team, ontwikkel samenwerkingsverbanden tussen school en gemeenschap, verspreid antipest-boodschap en beste praktijken in de gemeenschap.	1. ?; Een soortgelijke interventie is begin jaren 2000 geïmplementeerd in Vlaanderen (Stevens, Van Oost, De Bourdeaudhuij)[406]. Analyseer met experten of verschillen substantieel en/of noodzakelijk waren.
2. De vergelijkende basis is vergelijkbaar met wat reeds voorhanden is in Vlaanderen	2. Er zijn veel verschillende antipestprogramma's maar de meeste scholen hanteren geen formeel programma.	2. ?; Analyseer met experten de huidige situatie in België.
3. De studie is van acceptabele kwaliteit	3. Ja, volgens QHES checklist (Le et al., 2021)[296]	3. Ok.

Specifieke criteria	Beckman & Svensson (2015)	Vlaanderen
Methodologie		
4. Perspectief	4. Gezondheidszorgbetaler	4. Geen bias. Komt overeen met primaire perspectief in Vlaanderen. Aangeraden om ook maatschappelijk perspectief te onderzoeken.
5. Discontering	5. 3% (uitkomsten en kosten) op 3 jaar	5. Geen bias bij tijdshorizon van 3 jaar. Effecten dienen tegen 1.5% gedisconteerd te worden. IKER iets te hoog, maar verwaarloosbaar wegens beperkte tijdshorizon Bias bij langdurige tijdshorizon: IKER te hoog door lagere discontovoet voor uitkomsten en waarschijnlijke langetermijneffecten
6. Benadering van medische kosten	6. Interventiekosten: (i) programmakosten zoals vragenlijsten en educatiemateriaal, (ii) loonkosten voor educatie en training medewerkers, (iii) loonkosten voor implementatie programma	6. Bias: IKER te hoog door niet in rekening brengen van vermeden gezondheidszorggebruik
7. Benadering van productiviteitskosten	7. Niet van toepassing (zie punt 4)	7. Geen bias.
Gezondheidszorgsysteem		
8. Absolute en relatieve prijszetting in de gezondheidszorg	8. Kosten hoofdzakelijk door loonkosten	8. Bias: IKER te laag doordat uurloonkost in België gemiddeld 21% hoger ligt.
9. Variatie in praktijkvoering	9. Zie ook punt 2.	9. Geen bias, indien geen formeel beleid in alle scholen in Vlaanderen.
10. Beschikbaarheid van technologie/mogelijkheid tot implementeren van strategie	10. Geen hoogtechnologische instrumenten nodig.	10. Geen bias. Vragenlijsten kunnen zo nodig vertaald worden. Kan georganiseerd worden vanuit Vlaams Instituut Gezond Leven.

Populatie		
11. Ziekte-incidentie en -prevalentie	11. Prevalentie pesten: 4% (zoals gerapporteerd in studie). Is een verschillende definiëring met HBSC-studie[407].	11. Mogelijke beperkte bias met IKER te hoog of te laag, afhankelijk van specifieke doelleeftijd. Internationale HBSC-studie[407] over pesten, Vlaanderen i.v.m. Zweden: iets hoger pestgedrag bij 11-jarigen, iets lager bij 13-jarigen, gelijk bij 15-jarigen.
12. Case-mix	12. Adolescenten van 12-16 jaar	12. Geen bias.
13. Levensverwachting	13. Wegens gebruikte tijdshorizon niet van toepassing.	13. Geen bias.
14. Voorkeuren voor gezondheidsstatus	14. Specifieke gezondheidsuitkomst: aantal vermeden slachtoffers. Geen algemene gezondheidsuitkomst.	14. Geen bias.
15. Acceptatie, naleving en incentives voor de populatie	15. Pestpreventie is een prioriteit in Zweden (bv Education Act)	15. Geen bias.
16. Productiviteit en verlies van werktijd	16. Niet van toepassing	16. Geen bias.
17. Ziekteverspreiding	17. Niet van toepassing	17. Geen bias.

5.2 Kwantitatieve benadering

Wijnen en collega's[403] gaan niet in op de twee geïdentificeerde kwantitatieve instrumenten. De EURONHEED van Boulenger en collega's[408] focust op de mate van rapportage van gezondheids-economisch-technische aspecten van modellering maar omvat geen items betreffende de intrinsieke vergelijking tussen het land waar de evaluatie is doorgegaan (het origineland) en het land waarnaar de resultaten al dan niet transfereerbaar zijn (het doelland).

Antonanzas en collega's[409] hebben daarom een instrument opgesteld om de transfereerbaarheid van gepubliceerde gezondheidseconomische studies over verschillende gezondheidszorgsystemen te beoordelen. Het omvat twee delen: de algemene index en de specifieke index. De algemene transfereer-baarheidsindex is gebaseerd op het instrument van Boulenger en collega's en omvat 2 knock-out criteria en 16 niet-kritische criteria, het meet de algemene transfereerbaarheid gebaseerd op meer technische gezondheidseconomische aspecten. De specifieke transfereerbaarheidsindex omvat 4 knock-out criteria en 8 niet-kritische criteria om de moeilijkheid in te schatten in het toepassen of aanpassen van de informatie uit de originele studie binnen een andere context. De 16+8 niet-kritische criteria worden gescoord en een weging kan des gewenst toegepast worden.

5.2.1 Fase 1: Algemene transfereerbaarheidsindex (ATI)

$$\mathrm{ATI} = \beta \sum_{j=1}^{m} \alpha(j) k(j)$$

Met β = 0 indien voldaan wordt aan één of meerdere knock-out criteria, en 1 indien voldaan wordt aan geen enkele.

m = aantal niet-kritische criteria

j = niet-kritisch criterium

α_j = het factorgewicht van de niet-kritische criteria j

k_j = 1 indien de niet-kritische criteria j volledig beschreven en aan voldaan is in de studie, 0.5 indien partieel en 0 indien niet.

Zo'n weging is ontwikkeld voor Spanje maar zou idealiter voor België opgemaakt worden.
Antwoordmogelijkheden zijn Ja/Neen/Deels/NVT. Niet van toepassing-antwoorden dienen verrekend te worden in de weging (Tabel 17).

Tabel 17 Algemene transfereerbaarheidsindex.

Algemene index: knock-out criteria	
1. De relevante parameters die nodig zijn voor het berekenen voor de kosten-effectiviteitsratio zijn niet gerapporteerd in de studie 2. De studiekwaliteit is laag (modelleringsfouten, rekenfouten, bv. dubbeltelling kosten). Er kan rekening gehouden worden met: ➢ Duidelijkheid omschrijving onderzoeksdoelstellingen ➢ De inputparameters komen van de best beschikbare evidentie ➢ Kosten zijn juist gemeten en de methodologie voor het schatten van de kwantiteit en de unitkosten is duidelijk omschreven ➢ De uitkomstmaten zijn gebaseerd op gevalideerde en betrouwbare schalen of duidelijk beargumenteerd ➢ Het economische model en diens structuur, studiemethodologie en componenten van kosten en uitkomstmaten zijn op een transparante wijze omschreven ➢ De conclusies en aanbevelingen van de studie zijn een logisch gevolg van de studieresultaten	
Algemene index: niet-kritische criteria	**Gewicht (Spanje)**
1. Is de interventie in voldoende detail beschreven?	6.15%
2. Is de vergelijkende basis (controlegroep) in voldoende detail beschreven?	5.88%
3. Is het land waarin de economische studie heeft plaatsgevonden duidelijk omschreven?	6.15%
4. Hebben de auteurs het perspectief van de economische analyse correct omschreven?	8.02%
5. Is de targetpopulatie van de GGB of universele/selectieve preventie duidelijk omschreven of kan het afgeleid worden door het artikel te lezen?	6.95%
6. Geeft het artikel een voldoende gedetailleerde omschrijving van de studie sample?	5.88%
7. Zijn de belangrijkste schattingen van de uitkomstmaten gerapporteerd?	7.22%
8. Zijn de resultaten van een statische analyse van de uitkomstmaten gerapporteerd?	6.15%
9. Is het niveau van rapportage van uitkomstmaten adequaat (incrementele analyse, statistische analyse)?	6.42%
10. Zijn de kostencomponenten gerapporteerd?	4.28%
11. Zijn eenheidsprijzen van verschillende componenten gerapporteerd?	5.88%
12. Zijn kosten en hoeveelheden afzonderlijk gerapporteerd?	6.95%
13. Wordt het originele prijsjaar vermeld?	5.88%
14. Wordt de munteenheid vermeld?	6.42%
15. Worden er kwantitatieve en/of beschrijvende analyses gerapporteerd om de variabiliteit van plaats tot plaats te onderzoeken?	6.42%
16. Hebben de auteurs de generaliseerbaarheid van de resultaten besproken?	5.35%

5.2.2 Fase 2: Specifieke transfereerbaarheidsindex (STI)

$$\text{STI} = \delta \sum_{i=1}^{r} \gamma(i)/4r$$

of met weging:

$$\text{STI} = \delta \sum_{i=1}^{r} \gamma(i)\ \alpha(i)/4r$$

Met δ = 0 indien voldaan wordt aan één of meerdere knock-out criteria, en 1 indien voldaan wordt aan geen enkele.

r = aantal niet-kritische criteria

i = niet-kritisch criterium

γ = waardering op Likert-schaal met 5 niveaus (0-4). Er is de mogelijkheid om NVT te scoren, maar in tegenstelling tot Antonanzas en collega's, argumenteren we dat dit dient verrekend te worden in de finale scoring.

4r = maximale score

α_i = het factorgewicht van de niet-kritische criteria i. Antonanzas en collega's[409] argumenteren dat een weging niet per se nodig is voor de STI, maar dat het wel een optie is om dit berekenen. In hun paper is er geen weging te vinden.

Niet-kritische criteria van de specifieke index kunnen des gewenst toegevoegd worden (Tabel 18).

Tabel 18 Specifieke transfereerbaarheidsindex.

Specifieke index: knock-out criteria
1. De geëvalueerde GGB of universele/selectie preventiemaatregel wordt al toegepast in Vlaanderen 2. De vergelijkende basis is niet beschikbaar of niet in gebruik in Vlaanderen 3. Data van de interventie en controlegroep, en relevante epidemiologische parameters voor de GGB of universele/selectieve preventiemaatregel zijn niet van toepassing in Vlaanderen 4. Het onderzoeksperspectief valt niet samen met het perspectief dat in Vlaanderen van belang is
Specifieke index: niet-kritische criteria
1. De geïncludeerde kostenposten in de originele studie zijn van toepassing in de Vlaamse context of het is praktisch mogelijk om bepaalde kostenposten weg te laten of toe te voegen (bv. beschikbaarheid data). 2. Het gezondheidseconomische model met alle inputparameters kan aangepast worden aan de Vlaamse context 3. Levensverwachting is gelijk in de context van de originele studie en de Vlaamse context 4. Waardering van gezondheidsstatus is gelijk in de context van de originele studie en de Vlaamse context (enkel van toepassing bij kostenutiliteitsanalyses) 5. Productiviteitsmetingen zijn gelijk in de context van de originele studie en de Vlaamse context 6. Het verloop van de aandoening is gelijk in de context van de originele studie en de Vlaamse context 7. De toegepaste discontovoet is gelijk in de context van de originele studie en de Vlaamse context 8. Kosten en uitkomstmaten worden gepresenteerd in niet-gedisconteerde en gedisconteerde units.

5.2.3 Fase 3: Totale transfereerbaarheidsindex (TTI)

De totale transfereerbaarheidsindex-score kan best berekend worden aan de hand van het rekenkundig gemiddelde:

$$TTI = \frac{a\mathrm{ATI}+b\mathrm{STI}}{a+b}$$

Waarbij via een expertenpanel een gewicht (a en b, gecummuleerd 1) kan gegeven worden aan de algemene en specifieke transfereerbaarheidsindexen.

Er is momenteel geen gevalideerde cut-off score van transfereerbaarheid gedefinieerd, maar indicatief is in de literatuur reeds volgende opdeling gemaakt: <50% laag, 50 tot 60% medium; 60% tot 80% hoog; ≥80% zeer hoog.

6 Aanbevelingen tot gezondheidseconomisch onderzoek

Dit rapport is opgedeeld in twee delen. Een eerste deel gaat over de noodzakelijke kwaliteitsstandaard van gezondheidseconomische analyses, zowel voor het opzetten van een studie, als voor het evalueren van een studie. Vanuit een rapportagechecklist werden onmisbare zaken geconcretiseerd en geargumenteerd waarom iets specifiek van toepassing is binnen GGB en universele/selectieve preventie. Hieruit blijkt dat een kwaliteitsvolle gezondheidseconomische evaluatie meer is dan het simpelweg afzetten van kosten en uitkomstmaten. Zeker in het domein van GGB en universele/ selectieve preventie komt dit met een grotere complexiteit wegens de beoogde effecten op harde gezondheidsuitkomsten zoals suïcide op de middellange tot lange termijn. Een gezondheidseconomische evaluatie is niet iets dat je zomaar post-hoc doet. Een goede gezondheidseconomische evaluatie start vanuit een klinisch-gezondheidseconomische samenwerking rond beleidsmatig bepaalde thema's.

Het tweede deel van het rapport betreft de transfereerbaarheid van resultaten van buitenlandse studies naar de Vlaamse context. Om de kloof tussen wetenschap en praktijk in bepaalde mate te dichten, kan er geopteerd worden om de testfase van een interventie over te slaan op basis van buitenlands onderzoek. De mate dat buitenlandse resultaten toepasbaar zijn op de Vlaamse context kan nagegaan worden op basis van een kwalitatief instrument en een kwantitatief instrument.

Dit rapport toont aan dat er nog stevige hiaten zijn als het aankomt op gezondheidseconomisch onderzoek binnen GGB en universele/selectieve preventie in Vlaanderen. We bevelen daarom de overheid aan om onderzoek te stimuleren:

- naar de weging van de ATI, STI en TTI om het kwantitatieve transfereerbaarheidsinstrument volledig operationeel te maken voor de Vlaamse context.
- om een gevalideerde cut-off waarde te definiëren voor het kwantitatieve transfereerbaarheids-instrument
- naar een basisgezondheidseconomisch model om de kosteneffectiviteit van GGB en universele/ selectieve preventie te beoordelen.
- naar de kosteneffectiviteit van concrete GGB/preventie programma's in Vlaanderen uitgaande van het basisgezondheidseconomisch model
- naar beleidsmatige implementatiekeuzes. Implementeer, evalueer, schaal op.
- naar de betalingsbereidheid voor GGB en universele/selectieve preventie in Vlaanderen rekening houdend met de betrokkenheid/verantwoordelijkheid van verschillende beleidsniveaus
- naar het ontwikkelen van een kostenhandleiding voor economische evaluaties in de gezondheids-zorg met aandacht voor methodologie en referentieprijzen, naar Nederlands voorbeeld
- naar de ontwikkeling van een instrument om de grens van betalingsbereidheid in kaart te brengen. Zo'n instrument is best algemeen dat van toepassing kan zijn op GGB en universele/selectieve preventie.

Hoofdstuk 10
Indicatoren voor de evaluatie van het beleidsplan

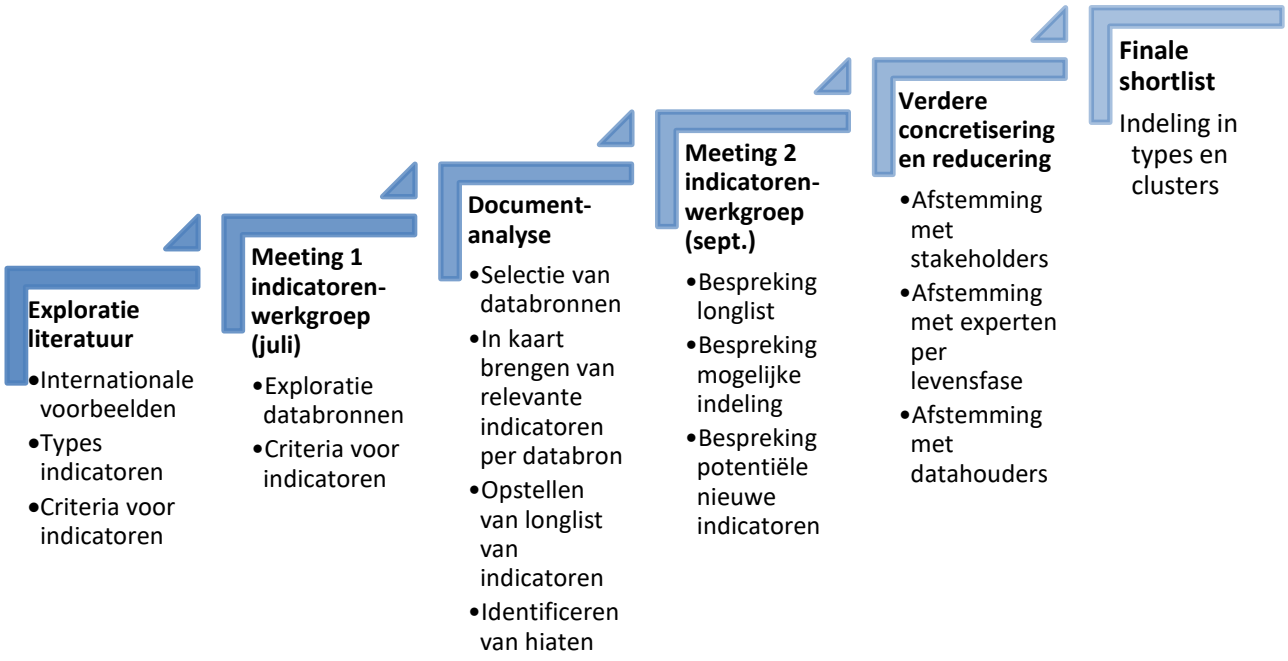
Bij het uitwerken en het implementeren van een beleidsplan is het cruciaal om de voortgang, effectiviteit en impact systematisch te evalueren. Dit gebeurt aan de hand van zorgvuldig geselecteerde indicatoren. Dit zijn meetbare en observeerbare variabelen die inzicht geven in het succes en de impact van het beleid en die helpen om te bepalen in hoeverre de vastgelegde beleidsdoelstellingen zijn bereikt.

1 Methode

Om tot een indicatorenkader te komen voor de evaluatie van het beleidsplan GGB, werden de volgende methoden toegepast (Figuur 11):

- **Exploratie van relevante achtergrondliteratuur en inspirerende internationale beleidskaders**: De relevante literatuur en inspirerende beleidskaders uit andere landen werden onderzocht.
- **Een eerste afstemming met een indicatorenwerkgroep**: Deze werkgroep, bestaande uit relevante partners en databronhouders, had als doel een overzicht te creëren van beschikbare databronnen en het bespreken van selectiecriteria voor de indicatoren.
- **Documentanalyse**: In de eerste fase werd een inventarisatie en selectie gemaakt van beschikbare databronnen voor de evaluatie van het beleidsplan GGB. In een tweede fase werd een longlist opgesteld van potentiële indicatoren uit de geselecteerde databronnen voor het meten van geestelijke gezondheid en belangrijke determinanten. Belangrijke hiaten werden geïdentificeerd, dat zijn doelstellingen waarvoor geen indicatoren beschikbaar waren. Voor deze hiaten werden voorstellen uitgewerkt voor nieuwe indicatoren om in de toekomst toe te voegen aan bestaande databronnen.
- **Een tweede afstemming met een indicatorenwerkgroep**: Tijdens deze meeting werden de mogelijke indeling van de indicatoren, de longlist en potentiële nieuwe indicatoren om de hiaten op te vullen besproken.
- **Verdere concretisering en reductie**: De onderzoekers beoordeelden de indicatoren in de longlist om tot een werkbare shortlist van indicatoren te komen. Ook het Vlaams Instituut Gezond Leven en experten gaven aanbevelingen.
- **De finale shortlist** werd ingedeeld in types en thematische clusters indicatoren.

Figuur 11 Flowdiagram over de totstandkoming van de shortlist populatie-indicatoren.



2 Relevante achtergrondliteratuur

De eerste stap om te komen tot een set aan indicatoren om de impact van het beleidsplan GGB te evalueren, is het exploreren van de literatuur naar veelgebruikte indelingen en indicatorenkaders in de internationale literatuur en beleidsplannen.

2.1 Types indicatoren

In de literatuur zijn meerdere types van indicatoren terug te vinden om een beleid te evalueren [410,411]. Tabel 19 geeft een samenvattend overzicht van veelgebruikte soorten van indicatoren.

Tabel 19 Veelgebruikte types van indicatoren om een beleidsplan te evalueren.

Type indicator	**Beschrijving**
Inputindicatoren	Geven informatie over de middelen die zijn ingezet om het beleid te realiseren (bv. financiële investeringen, personeelsinzet, materiaal)
Procesindicatoren	Geven informatie over de uitvoering en de implementatie van het beleid (bv. kwaliteit van uitvoering, efficiëntie, mate van naleving en participatie)
Outputindicatoren	Geven informatie over de directe resultaten van het beleid (bv. aantal geïmplementeerde programma's, aantal bereikte doelgroepen)
Omgevings- of contextindicatoren	Geven informatie over evoluties van factoren die deel uitmaken van de brede maatschappelijke omgeving en de uitkomsten beïnvloeden, maar zijn gewoonlijk geen resultaat van het beleid (bv. sociaaleconomische factoren, gezinssamenstelling)
Uitkomstindicatoren	Geven informatie over de beoogde effecten van het beleid op de doelgroep of de samenleving als geheel (bv. verbeterd mentaal welbevinden, verbeterde vaardigheden)
Impactindicatoren	Geven informatie over de bredere effecten van het beleid op de samenleving en de omgeving die zich op langere termijn manifesteren (bv. zorggebruik, verzuim)

Het Steunpunt WVG was verantwoordelijk voor het opstellen van een shortlist van indicatoren die op termijn moet toelaten om te evalueren of het beleidsplan GGB op populatieniveau de verwachtte effecten genereert. In de eerste plaats werd een voorstel van uitkomst- en impactindicatoren uitgewerkt. Daarnaast werd een voorstel uitgewerkt van omgevings- of contextindicatoren die inspelen op enkele belangrijke determinanten van geestelijke gezondheid, die de overheid ook structureel kan opvolgen.

2.2 Inspirerende internationale voorbeelden

Bestaande indicatorenkaders van andere organisaties of overheden kunnen inspiratie bieden bij de uitwerking van een Vlaamse indicatorenset om geestelijke gezondheid te meten. Twee inspirerende internationale kaders worden kort besproken: (1) *Monitoren Mentale Gezondheid van* Nederland en (2) *the Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework* van Canada.

2.2.1 Monitor Mentale Gezondheid (Nederland)

De Monitor Mentale Gezondheid is een initiatief van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en het Trimbos-instituut, uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) van Nederland [412]. Aanleiding voor de monitor is de landelijke aanpak 'Mentale gezondheid: van ons allemaal' (2023 – 2025) van het ministerie van VWS om de mentale gezondheid te verbeteren. De monitor maakt gebruik van gegevens uit bestaande bronnen die over meerdere jaren informatie bieden. Naast de hele bevolking is er aandacht voor specifieke groepen, zoals kinderen, adolescenten, jong-

volwassenen, volwassenen, ouderen, studenten, werkenden en mensen in een lage sociaaleconomische positie.

Bij de selectie van indicatoren wordt een onderscheid gemaakt tussen een kernset en een aanvullende set van indicatoren. De kernset is gedefinieerd als een minimale set van essentiële indicatoren, en de aanvullende set bestaat uit indicatoren die afhankelijk van de informatiebehoefte en de benodigde inspanningen kunnen worden toegevoegd.

Er wordt een advies gegeven voor de selectie van indicatoren op de volgende gebieden:

- Mentale gezondheid
- Determinanten van mentale gezondheid
- Gevolgen van mentale ongezondheid

- MENTALE GEZONDHEID

De onderzoekers vertrokken van een groslijst met 31 indicatoren uit 14 geselecteerde databronnen. Deze indicatoren werden vervolgens beoordeeld op drie criteria:

- **Relevantie**: de indicator meet een belangrijk aspect van mentale gezondheid
- **Validiteit**: het gebruikte meetinstrument is betrouwbaar
- **Beïnvloedbaarheid**: wat de indicator meet is beïnvloedbaar door beleid

Het resultaat was een **selectie van 18 indicatoren over geestelijke gezondheid**. Men maakte daarbij een onderscheid tussen een kernset mentaal welbevinden (onder andere levenstevredenheid, veerkracht), een kernset mentale problemen (onder andere psychische klachten, eenzaamheid), en een aanvullende set psychische aandoeningen op basis van diagnoses.

- DETERMINANTEN VAN GEESTELIJKE GEZONDHEID

Een groep deskundigen prioriteerde een lijst van determinanten gekend uit de literatuur, wat resulteerde in een lijst van 14 weerhouden determinanten in de kernset (onder andere bestaanszekerheid, sociale omgeving). Vervolgens werd gekeken naar beschikbare gegevens over de determinanten in de geselecteerde databronnen. Voor sommige determinanten waren verschillende indicatoren beschikbaar, wat leidde tot 41 mogelijke indicatoren om weerhouden determinanten mee te meten.

Daarnaast worden drie aanvullende sets indicatoren voorgesteld voor de volgende determinanten:

- Determinanten voor uitsplitsingen: deze set omvat vijf determinanten die deelpopulaties definiëren op basis van sociaaleconomische positie (opleidingsniveau en arbeidspositie), geslacht, leeftijd en etniciteit. Deze determinanten maken het mogelijk om de gegevens over mentale gezondheid verder uit te splitsen, en helpen bij het monitoren van verschillen tussen bevolkingsgroepen.
- Determinanten voor landelijke aanpak: deze set bevat determinanten die niet in de kernset zijn opgenomen, omdat ze niet als prioritair worden beschouwd. Desondanks zijn ze sterk gerelateerd aan de ambities beschreven in het beleidsplan. Ze bieden aanvullende informatie om de landelijke aanpak te ondersteunen.
- Facultatieve determinanten over leefstijl: hoewel deze determinanten niet als meest prioritair worden gezien, zijn ze eenvoudig te extraheren uit de bestaande databronnen en kunnen ze, indien gewenst, gebruikt worden voor aanvullende monitoring.

Een overzicht van de determinanten wordt weergegeven in Figuur 12.

Figuur 12 Overzicht aan determinanten in de Nederlandse Monitor Mentale Gezondheid.

Kernset	Aanvullende sets
Bestaanszekerheid	**Set voor uitsplitsingen**
Belasting door arbeid	Opleidingsniveau
Belasting door school of studie	Arbeidspositie
Ervaren gezondheid	Etniciteit
Kwaliteit van leven	Geslacht
Meedoen in de samenleving	Leeftijd
Opvoedklimaat in gezin	**Set voor landelijke aanpak**
Slapen	Normen en waarden in de samenleving[a]
Sociale leefomgeving	Sociale mediagebruik
Sociale omgeving op het werk	**Facultatieve set**
Sociale omgeving op school	Lichamelijke activiteit
Thuissituatie	Alcoholgebruik
Traumatische ervaringen	Cannabisgebruik
Veiligheid woonomgeving	Roken

a. Normen en waarden in de samenleving ten aanzien van mentale gezondheid.

Bron: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Monitor mentale gezondheid: Advies voor het monitoren van mentale gezondheid als ondersteuning van landelijk en lokaal gezondheidsbeleid. 2023

- GEVOLGEN VAN MENTALE ONGEZONDHEID

Via een beperkte literatuurstudie en na raadpleging van enkele deskundigen werd op basis van beschikbare databronnen een selectie gemaakt voor een kernset van 22 indicatoren over gevolgen van mentale gezondheid (o.a. wachttijden in de ggz, ziekteverzuim door psychische problemen). Deze zijn veelal gebaseerd op registratiebronnen.

2.2.2 Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework (Canada)

De Canadese overheid monitort zowel mentale gezondheid als relevante determinanten via het *Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework.* Dit indicatorenkader werd ontwikkeld om positieve mentale gezondheid en de determinanten daarvan op bevolkingsniveau te monitoren [413].

Het proces om tot de indicatorenset te komen bestond uit enkele belangrijke stappen:

1. *Ontwikkeling van het conceptuele kader:*

Als basis voor de selectie van indicatoren, werd een conceptueel kader ontwikkeld dat de risicofactoren en beschermende factoren van positieve mentale gezondheid definieert. Dit framework bestaat een socio-ecologisch model dat de invloed van het individu, het gezin, de gemeenschap en de samenleving integreert.

2. *Selectie van uitkomstindicatoren:*

Er werd een lijst van uitkomstindicatoren opgesteld over positieve mentale gezondheid. Vijf uitkomst-indicatoren werden geselecteerd die zowel psychologisch, emotioneel als sociaal welzijn omvatten.

3. Selectiecriteria voor determinant indicatoren:

Indicatoren om determinanten te meten werden geselecteerd op basis van vijf criteria die belangrijk zijn voor beleidsvorming in de gezondheidszorg[414]:

- **Relevant**: de indicatoren leveren zinvolle en relevante informatie op voor de beoogde gebruiker.
- **Bruikbaar**: de indicatoren leiden tot bruikbare informatie om de praktijk of het beleid inzake volksgezondheid te informeren, beïnvloeden of wijzigen.
- **Accuraat**: de indicatoren kunnen op een wetenschappelijk verantwoorde, valide en betrouwbare wijze veranderingen meten en zijn makkelijk te interpreteren.
- **Haalbaar**: er zijn kwaliteitsvolle gegevens beschikbaar om over te rapporteren, of het is mogelijk om tegen een beperkte kostprijs gegevensverzameling op te zetten.
- **Herhaald**: de gegevensverzameling gebeurt op regelmatige basis, waardoor het mogelijk is om evoluties doorheen de tijd te bekijken.

4. Consultatie van stakeholders en deskundigen voor determinant indicatoren:

Er vond een Delphi-studie met experten en stakeholders in de geestelijke gezondheidszorg plaats om de initiële lijst van 77 determinant indicatoren te evalueren en te verfijnen. De finale set bevat 25 determinant indicatoren die zich situeren op het niveau van het individu, de familie, de gemeenschap en de ruimere samenleving.

Figuur 13 Het Canadees 'Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework'.

Bron: Orpana H, Vachon J, Dykxhoorn J, McRae L, Jayaraman G. Monitoring positive mental health and its determinants in Canada: the development of the Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. 2016;36(1):1-10. doi:10.24095/hpcdp.36.1.01

3 Eerste indicatorenwerkgroep: exploratie van databronnen en criteria van indicatoren

Een eerste bespreking met de indicatorenwerkgroep vond plaats op 3 juli 2024 en telde negen vertegenwoordigers van relevante partners (Departement Zorg, Sciensano, i-CHER, HBSC-studie, VIKZ, VIGZ, Belgian Ageing Studies, Agentschap Opgroeien, Jeugdonderzoeksplatform). Het doel van de eerste bespreking was zicht krijgen op relevante bevragingen, registraties en andere indicatoren die in Vlaanderen voorhanden zijn, en van gedachten wisselen over potentiële gezondheidsindicatoren en de criteria waaraan deze zouden moeten voldoen.

Voorafgaand aan de discussie presenteerden de onderzoekers het verloop van het onderzoeksproject, relevante tussentijdse resultaten en enkele eerste benaderingen om te komen tot potentiële indicatoren, waaronder internationale voorbeelden en een beschrijving van de verschillende soorten indicatoren om een beleid te evalueren. Onderstaand vatten we per vraag de voornaamste aanvullingen en bemerkingen van de werkgroepleden samen.

3.1 Potentiële databronnen

De eerste vraag behandelde databronnen die het meest geschikt zijn om het beleidsplan mee te evalueren. De onderzoekers stelden een eerste lijst van potentiële databronnen voor, waaronder:

- De Gezondheidsenquête van Sciensano (Belgian Health Interview Survey; HIS)
- De Preventiebarometer van Sciensano
- De HBSC-studie
- De JOP-monitor
- De Vlaamse werkbaarheidsmonitor
- De Kruispuntbank voor Sociale Zekerheid
- De IMA Atlas
- Kind & Gezin / Opgroeien
- StatBel

De deelnemers voegden volgende databronnen toe aan deze lijst:

- BELHEALTH surveys
- Ouderenbehoefteonderzoeken
- Gezinsenquête
- VIKZ-bevraging over kwaliteit van leven in WZC
- Public Mental Health Monitor
- Survey of Health Ageing and Retirement (SHARE)
- European Social Survey (ESS)
- COVID-19 Health Surveys (CHSs)
- European Quality of Life Survey (EQLS)
- Living, Working COVID-19 Online Surveys (LWCs)
- Preventiepeiling

De werkgroep merkte op dat het merendeel van de voorgestelde databronnen indicatoren bevatten die gebaseerd zijn op **zelfrapportering** welke onderhevig zijn aan informatiebias en selectiebias. Het is nodig om bij de selectie van indicatoren rekening te houden met de methode van dataverzameling en de representativiteit van de steekproef. Het gebruik van **registratiegegevens** kan daarom zinvol zijn.

3.2 Relevante indicatoren voor een beleidsplan GGB

De werkgroepleden hadden volgende suggesties over indicatoren die al dan niet wenselijk zijn om op te nemen in het beleidsplan GGB:

- **Omgevingsdeterminanten zijn belangrijk** om een health in all policies benadering expliciet te maken, waarbij omgevingsactoren verantwoordelijkheid dragen. Een helder onderscheid tussen de situatie (nulmeting) en opvolging en evolutie (procesmeting) is cruciaal.
- Het is wenselijk om de **toegankelijkheid, tijdigheid en gepastheid van zorg (bv. wachttijden)** op te volgen.
- Indicatoren die (aspecten van) **eenzaamheid en hoop** meten, zijn belangrijk om te includeren.
- Ook **geestelijke gezondheidsgeletterdheid** ('mental health literacy'), waaronder kennis van hulpverleningsinstanties en (uitstel tot) hulpzoekgedrag, is een belangrijke indicator die ontbreekt.
- **Psychofarmacagebruik** lijkt een minder geschikte indicator om te includeren, omdat deze niet eenduidig te interpreteren is. Het kan immers een indicator zijn van zowel goede als minder goede zorg. Dit kan bijvoorbeeld wijzen op ongepast voorschrijfgedrag van psychofarmaca als gevolg van de beperkte toegankelijkheid van psychotherapie.

3.3 Criteria voor de selectie van indicatoren

Volgende criteria waren volgens de werkgroepleden belangrijk voor de selectie van indicatoren:

- **Verbeterpotentieel:** De acties van het beleidsplan moeten een **impact hebben** op de indicatoren.
- **Tijdshorizon:** Een goede indicator moet **binnen een korte tot middellange tijdshorizon de verwachte veranderingen** door de acties uit het beleidsplan kunnen **meten**. Soms zijn er vertraagde effecten of meerdere, tegengestelde krachten in de samenleving die een indicator kunnen beïnvloeden.
- **Universele indicatoren:** Het is belangrijk om indicatoren te selecteren die gemeten kunnen worden bij **verschillende leeftijdsgroepen.** Deze indicatoren moeten echter voorzichtig geïnterpreteerd worden, aangezien meetinstrumenten ontwikkeld voor volwassenen een vertekend resultaat kunnen opleveren bij jongeren en ouderen (bv. Quality of Life). Over verschillende levensfasen heen kunnen sommige determinanten ook een grotere of juist kleinere impact hebben. Bijvoorbeeld voor ouderen valt er veel winst te boeken met ingrepen in de ruimere omgeving (bv. ruimtelijke ordening en huisvesting), waardoor indicatoren die omgevingsdeterminanten meten voor hen belangrijk zijn.

4 Documentenanalyse

De onderzoekers van LUCAS maakten een inventarisatie en selectie van potentiële databronnen over geestelijke gezondheid of relevante determinanten. De databronnen werden gescreend op basis van volgende criteria:

- Bevat relevante, bruikbare en valide indicatoren over geestelijke gezondheid en belangrijke determinanten
- Data is beschikbaar en representatief voor het Vlaamse gewest
- Er zijn structureel herhaalde metingen voorhanden

Voor iedere weerhouden databron werden relevante indicatoren in kaart gebracht die aansluiten bij de strategische en operationele doelstellingen van het beleidsplan. Deze indicatoren werden samengevoegd

tot een longlist. Vervolgens werden hiaten geïdentificeerd: dit zijn doelstellingen van het beleidsplan waarvoor (bijna) geen (geschikte) indicatoren beschikbaar zijn. Deze bieden inzicht voor het ontwikkelen of opnemen van potentiële nieuwe indicatoren in de toekomst (zie Geïdentificeerde hiaten voor potentiële nieuwe indicatoren).

Er werd een onderscheid gemaakt tussen surveydata verkregen via zelfrapportage, registratiedata, en indicatoren verzameld met de Preventiepeiling.

4.1 Surveydata

Voor iedere databron met surveydata werd volgende informatie geëxtraheerd: bronhouder, studiepopulatie (leeftijd, setting), eerste data-afname, meetfrequentie, methodologie steekproeftrekking, steekproefgrootte voor het Vlaams gewest. Tabel 20 en Tabel 21 tonen respectievelijk **de weerhouden en niet-weerhouden databronnen met surveydata**. De redenen voor het niet weerhouden van de databronnen worden eveneens weergegeven in de tabel.

Tabel 20 Weerhouden databronnen met surveydata.

Naam	Bronhouder	Studiepopulatie	Meetfrequentie	Laatste meting	Methodologie	Steekproefgrootte Vlaams gewest
Health Interview Survey (HIS) / Gezondheidsenquête	Sciensano	Algemene bevolking 0+	Om de 4 à 5 jaar sinds 1997	2023	Aselecte steekproef via Rijksregister	n = 3.176 voor 2018
Preventiebarometer	Sciensano	Algemene bevolking 18+	Om de 3 jaar sinds 2022	2022	Aselecte steekproef via Rijksregister	n = 3.775
SV-bevraging	Statistiek Vlaanderen	Algemene bevolking 18+	Verschillende keren per jaar sinds 2021	2024	Aselecte steekproef via Rijksregister	variabel, n = ca. 2.200
HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)	UGent	Jongeren (11-18 jaar)	Om de 4 jaar sinds 1982	2022	Aselecte (cluster) steekproef van scholen	n = 9.991
JOP-monitor	Jeugdonderzoeks-platform	Jongeren (ca. 12-25 jaar, grenzen variëren door jaren heen)	Om de 5 jaar sinds 2008 (voor het eerst in 2005)	2023	Aselecte steekproef via Rijksregister	n = 4.264 via scholen in grootsteden; n = 1.396 via scholen in Vlaanderen; n = 1650 via post
Vlaamse werkbaarheidsmonitor	Stichting Innovatie en Arbeid	Werknemers (loontrekkenden)	Om de 4 jaar sinds 2004	2023	Aselecte steekproef via Rijksregister	n = 8.901
Gemeente-stadsmonitor	Agentschap Binnenlands bestuur	Algemene bevolking (17 - 85 jaar)	Om de 3 jaar sinds 2004	2023	Aselecte steekproef via Rijksregister	n = 135.766
Gezinsenquête	Departement Zorg	Gezinnen met een kind tot en met 25 jaar	Om de 5 jaar sinds 2016	2021	Aselecte steekproef via Rijksregister	n = 3.323

Tabel 21 Niet weerhouden databronnen met surveydata.

Naam	Bronhouder	Studiepopulatie	Meetfrequentie	Methodologie	Steekproefgrootte Vlaams gewest	Reden van exclusie
Belhealth / Belgisch Cohort Gezondheid en Welzijn	Sciensano	Algemene bevolking 18+	Om de 3 à 4 maanden sinds 2022	Cohorte studie, deel zelfselectie, deel via rijksregister	variabel, n = ca. 4.500	- Representativiteit van methode is niet gegarandeerd door deels zelfselectie. - Voordeel is wel dat data op korte termijn kan worden opgevolgd, maar niet realistisch binnen beleidsplan (effecten zullen pas zichtbaar zijn op langere termijn)
European Social Survey	KULeuven en UCLouvain	Algemene bevolking 15+	Regelmatig sinds 2002	Aselecte steekproef via Rijksregister	Ca. 1800 Belgen (data Vlaanderen moeten opgevraagd worden)	Vooral bevraging van attitudes. Welzijn wordt niet structureel bevraagd. Weinig meerwaarde bovenop andere vragenlijsten.
SHARE (Survey of Health Ageing and Retirement)	UAntwerpen en Universiteit van Luik	Volwassenen en ouderen 50+ en hun partner	Om de 2 jaar sinds 2004	Aselecte steekproef via Rijksregister	ca. 2000 Belgen (data Vlaanderen moeten opgevraagd worden)	Weinig toegevoegde waarde (relevante determinanten over mentaal welzijn zitten ook in HIS)
Kwaliteit van leven, wonen en zorg meten in Vlaamse woonzorgcentra	Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg	Bewoners woonzorgcentra en hun naasten	Voor het eerst in 2024, herhaling driejaarlijks	Steekproef in 408 WZC	ca. 10.000 bewoners WZC	Loopt momenteel voor het eerst, zit voorlopig enkel Quality of Life (BelRAI) in.
Belgian Ageing Studies / ouderenbehoefteonderzoeken	VUB	Ouderen 60+	Sinds 2002	Aselecte steekproef per gemeente	Ca. 420 per gemeente	Representatief voor gemeente, onduidelijk voor Vlaams gewest op zich. Wel aanbevolen voor gemeentelijk beleid.

4.2 Registratiedata

Het aantal potentiële indicatoren afkomstig van registratiedata is beperkt. Er zijn immers geen registratiebronnen die specifiek betrekking hebben op positieve geestelijke gezondheid. Registratiedata over het gebruik van hulpverlening zijn wel beschikbaar (bv. CLB, Opgroeien/Kind en Gezin, CAW en de eerstelijnspsychologische zorg door de RIZIV-overeenkomst), maar zijn vooral bedoeld voor administratieve doeleinden en de evaluatie op organisatieniveau. Ze zijn minder geschikt voor het monitoren van geestelijke gezondheid in de algemene populatie. Daarom is het van belang om deze data met de nodige voorzichtigheid te interpreteren, vooral wanneer ze worden gebruikt om specifieke beleidsdoelstellingen te evalueren. Tabel 22 biedt een overzicht van potentiële indicatoren uit deze registratiebronnen.

Tabel 22 Overzicht van potentiële indicatoren uit registratiebronnen.

Registratiebron	Potentiële indicatoren
RIZIV	Aantal Vlamingen in invaliditeit (>1j arbeidsongeschiktheid) door psychische stoornis
RIZIV	Aantal Vlamingen in invaliditeit (>1j arbeidsongeschiktheid) door depressie
RIZIV	Aantal Vlamingen in invaliditeit (>1j arbeidsongeschiktheid) door burn-out
CLB	Aandeel leerlingen dat in contact kwam met CLB voor emotionele ontwikkeling (angst, depressie, persoonlijkheid)
CLB	Aandeel leerlingen dat in contact kwam met CLB voor sociale ontwikkeling (regelovertredend gedrag, gedragsproblemen, pesten of gepest worden)
CLB	Aandeel leerlingen dat in contact kwam met CLB voor verontrusting en problemen thuis
Opgroeien (Kind en Gezin)	Aandeel pasgeborenen (tot 3 maanden) dat minstens één consult kreeg van Kind en Gezin
Opgroeien (Kind en Gezin)	Aandeel pasgeborenen (tot 3 maanden) dat minstens één gezinsbezoek kreeg van Kind en Gezin
CAW	Aantal CAW-cliënten per jaar
ELP / RIZIV	Aantal Vlaamse gebruikers eerstelijnspsychologische zorg RIZIV-conventie

4.3 Preventiepeiling (procesindicatoren)

Tot slot, worden indicatoren uit het thematische luik **'mentaal welbevinden'** van de **Preventiepeiling**[3]. (vroeger: indicatorenbevraging) door Gezond Leven opgenomen als **procesindicatoren.** Deze databron bevat geen populatie-indicatoren noch registratiedata, maar wel indicatoren die informatie bieden over de aanwezigheid van een preventief gezondheidsbeleid in scholen, ondernemingen, steden en gemeenten, kinderopvanginitiatieven en zorg- en welzijnsinstellingen in Vlaanderen en Brussel. Met een driejaarlijkse vragenlijst wordt in deze settings gemonitord hoe(veel) organisaties, instellingen en voorzieningen inzetten op verschillende preventieve gezondheidsthema's (bv. voeding, beweging, mentaal welbevinden, …) en hoe ze ervoor zorgen dat hun beleid succesvol is. De set vragen is opgebouwd rond een aantal kwaliteitscriteria die samenvatten welke initiatieven, maatregelen en faciliteiten deel uitmaken van een kwaliteitsvol preventief beleid voor het betreffende thema. De

3 https://www.gezondleven.be/projecten/preventiepeiling

indicatoren zijn ingedeeld op basis van de Geluksdriehoek en de vier preventiestrategieën: educatie, omgevingsinterventies, afspraken en regels, en zorg en begeleiding. Merk op dat deze procesindicatoren niet zijn opgenomen in de shortlist gezien dit geen populatie-indicatoren betreffen.

5 Tweede indicatorenwerkgroep

Een tweede bijeenkomst met de indicatorenwerkgroep vond plaats op 4 september 2024 en telde zeven vertegenwoordigers van relevante partners (Departement Zorg, Sciensano, i-CHER, HBSC-studie, VIKZ, VIGZ, Belgian Ageing Studies, Agentschap Opgroeien, Jeugdonderzoeksplatform). Het doel van de bespreking was om tot een selectie van indicatoren te komen en om potentiële nieuwe indicatoren verder te verkennen. Hierbij kon de indicatorenwerkgroep voortbouwen op de inventarisatie en classificatie van bestaande databronnen, die tussen bijeenkomsten 1 en 2 werd vervolledigd. Aanvullend bereidden de onderzoekers van LUCAS ook een reeks potentiële nieuwe indicatoren voor. Volgende vragen werden besproken:

- Is er akkoord over de weerhouden databronnen?
- Is er akkoord over de indeling van de indicatoren?
- Welke indicatoren of thema's kunnen eventueel geschrapt worden?
- Ideeën over potentiële nieuwe indicatoren en hoe deze te meten?

Een suggestie was om de Public Mental Health Monitor mee te nemen als weerhouden databron. Dit is een recente bevraging met een eerste meetmoment in 2023. De onderzoekers verduidelijkten dat de Public Mental Health Monitor niet geschikt is om te weerhouden, omwille van volgende redenen:

- De dataverzameling verloopt momenteel op projectmatige basis, waardoor continuïteit van de dataverzameling niet gegarandeerd is.
- De monitor meet vooral psychopathologie door middel van DSM-IV-diagnoses. Positieve geestelijke gezondheid en determinanten ervan zijn minder opgenomen.
- De steekroef is niet aselect gerekruteerd via het Rijksregister, maar via een commercieel online panel, waardoor deze niet representatief is

Indicatoren die gedragsveranderingen meten ontbreken; momenteel ligt de focus vooral op omgeving en determinanten, waardoor het aandeel van het individu ontbreekt. De onderzoekers wezen op de beperkte beschikbaarheid van indicatoren die gedragsverandering meten bij geestelijke gezondheid.

Het is een aandachtspunt om de benaming van de types indicatoren af te stemmen op de benamingen die in andere beleidsdomeinen terugkomen, zoals bij de evaluatie van de gezondheidsdoelstelling 'De Vlaming leeft gezonder in 2025'. De onderzoekers wijzen op het unieke karakter van geestelijke gezondheidsbevordering, met minder gedragsuitkomsten en meer subjectieve indicatoren en determinerende factoren. Er werd besloten om de unieke 'intermediaire uitkomstindicatoren' te behouden.

De mening verschilt over het al dan niet opnemen van indicatoren die zorggebruik meten. Sommige leden betwijfelen of het mogelijk zal zijn om veranderingen in deze indicatoren toe te wijzen aan acties binnen het beleidsplan. Andere leden benadrukken dat het de enige indicatoren zijn die gedrag meten. Daarom is de werkgroep geneigd om deze indicatoren toch te includeren, maar om deze met voorzichtigheid te interpreteren.

Verder kwamen volgende opmerkingen aan bod:

- Bepaalde indicatoren komen in verschillende databronnen voor. Overlap dient te worden vermeden, maar voor sommige indicatoren kan het interessant zijn om deze meerdere keren op te nemen indien deze op een andere manier gemeten zijn.
- De beslissing om indicatoren al dan niet te weerhouden, moet in lijn zijn met de doelstellingen die het beleidsplan GGB wil realiseren.
- Bij de toelichting van potentiële nieuwe indicatoren hebben gevalideerde vragenlijsten die idealiter reeds gebruikt zijn in eerder Europees onderzoek de voorkeur boven zelf geconstrueerde items.

6 Reductie van longlist tot shortlist

Het doel was om te longlist te reduceren tot een shortlist, ofwel de finale set aan weerhouden indicatoren. De onderzoekers hanteerden daarvoor een stapsgewijs proces om te komen tot een zorgvuldige selectie van relevante en bruikbare indicatoren die aansluiten bij de doelstellingen van het beleidsplan GGB.

In een eerste fase beoordeelden twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar de relevantie van elke indicator uit de longlist, gebruikmakend van de volgende inclusiecriteria:

1. De indicator sluit aan bij de strategische en operationele doelstellingen
2. Het beleid GGB kan invloed uitoefenen op de indicator, waardoor veranderingen te verwachten zijn
3. Voor de indicator is bij voorkeur een voldoende lange baseline periode beschikbaar
4. De indicatorenwerkgroep beoordeelt de indicator als relevant
5. De indicator is bij voorkeur beschikbaar voor meerdere levensfasen

De onderzoekers wezen elke indicator toe aan één van de drie categorieën: ‘weerhouden in shortlist’, ‘niet weerhouden in shortlist’ of ‘twijfel’. Bij onenigheden over de toegewezen categorie overlegden de twee onderzoekers totdat consensus werd bereikt.

In een tweede fase werden indicatoren uit de ‘twijfel’ categorie voorgelegd aan twee medewerkers van de partnerorganisatie Gezond Leven en aan diverse expertpanels.

In een derde en laatste fase bepaalden de twee onderzoekers van LUCAS in onderling overleg welke indicatoren uit de ‘twijfel’ categorie alsnog in de shortlist werden opgenomen. Om te komen tot een werkbaar aantal indicatoren, werd in deze stap een extra criterium gebruikt: de indicator heeft een toegevoegde waarde bovenop de reeds weerhouden indicatoren, om dubbele of gelijkaardige indicatoren te beperken[4]. Bij deze afweging hielden de onderzoekers rekening met het oordeel van de experten en de partnerorganisatie Gezond Leven.

[4] In de longlist is sprake van enige overlap, waarbij eenzelfde indicator soms in meerdere databronnen voorkomt (bijvoorbeeld, levenstevredenheid zit vervat in de Gezondheidsenquête, Preventiebarometer, HBSC-studie en JOP-monitor), al dan niet op eenzelfde manier gemeten.

7 Aanbevelingen van experten

In oktober 2024 organiseerde LUCAS KU Leuven online expertmeetings met 17 experten, elk gericht op een specifieke levensfase (zie Hoofdstuk 11 voor de methodologie en resultaten van alle expert-meetings). Tijdens deze meetings werd de longlist van indicatoren per levensfase besproken, met de focus op twee kernvragen:

- Welke indicatoren m.b.t. de perinatale periode zijn geschikt om het beleidsplan te evalueren?
- Hoe kunnen deze gegevens structureel op een efficiënte en representatieve manier verzameld worden?

De discussies leidden tot waardevolle inzichten over de geschiktheid en beperkingen van indicatoren uit de longlist, potentiële nieuwe indicatoren om toe te voegen en mogelijkheden om verschillende data-verzamelingen te integreren. Het is belangrijk om op te merken dat de suggesties voor nieuwe indicatoren en de integratie van andere bestaande dataverzamelingen niet zijn meegenomen in de voorgestelde shortlist van indicatoren. Relevante suggesties en opmerkingen worden wel in dit hoofdstuk beschreven, met als doel toekomstige evaluatoren te ondersteunen bij het verder optimaliseren van het indicatorenkader. Verdere aandachtspunten en vervolgstappen worden toegelicht in Hoofdstuk 11.

7.1.1 Eerste duizend dagen

De experten merkten op dat het aantal indicatoren binnen de perinatale periode zeer beperkt is. Ze onderstreepten de noodzaak om te investeren in betere indicatoren voor de evaluatie van geestelijke gezondheid in deze levensfase te evalueren. Daarnaast haalden zij aan dat de huidige indicatoren vooral individueel gericht zijn, terwijl de perinatale periode bij uitstek een gedeelde ervaring is waarbij de context een cruciale rol speelt.

Op basis van deze bedenkingen deden de experts enkele concrete suggesties voor nieuwe indicatoren om de evaluatie van de beleidsdoelstellingen binnen de perinatale periode te versterken:

- Veranderingen tijdens de zwangerschapsperiode
- Parentale burn-out of depressie bij de ouders
- Kwaliteit van de ouderlijke opvoeding
- Coping gedrag van de ouders
- Regulatieproblemen van kind (m.a.w. moeite met zichzelf te kalmeren en ontspannen)
- Fysieke gezondheid van het kind, zoals gewicht en eetgedrag

Het screenen van depressie en angst gebeurt door Kind en Gezin aan de hand van twee gevalideerde korte screeningstools, met name de ‘Whooley-questions’ voor depressie en de GAD-2 voor angst, conform de richtlijn ‘Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen (2018)’[5]. De experten stellen voor om deze items te gebruiken voor de evaluatie van het beleidsplan.

[5] De richtlijn door Van Damme ea (2018) is ontwikkeld in opdracht van en met de steun van de Vlaamse Overheid, met als doel een zorgpad uit te schrijven dat kan helpen bij de vroegtijdige detectie en behandeling van perinatale mentale problemen. https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-04/Richtlijn-perinatale-gezondheid.pdf

Daarnaast stelden de experten voor om indicatoren uit lopende projecten en bestaande datasets te integreren voor een structurele, efficiënte en representatieve dataverzameling. Zij verwezen daarbij naar volgende databronnen, lopende projecten en recente wetenschappelijke initiatieven:

- De dataverzamelingen van het Agentschap Opgroeien, het Departement Zorg, en Intermutualistische Agentschap.
- "Born in Belgium Professionals"[6], een RIZIV-project dat een digitale tool aanbiedt. Het is een online, gedeeld platform dat informatie over de psychosociale situatie van de zwangere vrouw centraliseert en ter beschikking stelt van haar hulp- en zorgverleners uit de (para)medische en sociale sector.
- Het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie[7] (SPE): een wetenschappelijke vereniging van gynaecologen, pediaters en vroedvrouwen. Het SPE wordt door Zorg en Gezondheid gesubsidieerd om de medische gegevens rond geboorte en bevalling in de Vlaamse materniteiten te registreren.
- Veelbelovende onderzoeksprojecten, zoals de PRIL-studie en Co-PRIME, bevatten goede metingen van relevante indicatoren (bv. perinatale mentale problemen, regulatieproblemen van kinderen) die structureel zouden kunnen ingebed worden in bestaande databronnen.

7.1.2 Kinderen en jongeren

Experten uit de levensfase kinderen en jongeren plaatsten volgende kanttekeningen bij de longlist.

- De experten stipten aan dat het onderscheid tussen positief (zoals geluksgevoel, tevredenheid over mentale gezondheid, …) en negatief mentaal welzijn (zoals waarschijnlijke psychische aandoening, stress, …) zeer belangrijk is in het licht van dit beleidsplan. Het is bijgevolg positief dat beide aspecten aan bod komen in de longlist.
- De experten wezen op enkele beperkingen van de weerhouden databronnen en benadrukten het belang van een zorgvuldige interpretatie van volgende indicatoren:
    - Indicatoren afkomstig uit de HBSC-studie: hoewel deze studie wordt uitgevoerd bij een representatieve steekproef, zijn sommige indicatoren gebaseerd op slechts één item in plaats van een gevalideerde schaal, wat implicaties heeft voor de validiteit.
    - Indicatoren afkomstig uit de JOP-monitor: hoewel deze bevraging goede meetinstrumenten gebruikt, is de responsgraad laag.
    - Indicatoren afkomstig uit de Gezondheidsenquête: deze survey is gericht op een brede leeftijdsgroep, waardoor de gebruikte schalen niet altijd geschikt zijn voor jongeren.
    - De indicator zelfbeschadigend gedrag afkomstig uit de JOP-monitor en de HBSC-studie: de items die hiervoor gebruikt worden zijn niet optimaal.
- Indicatoren over subjectief welbevinden worden als meer waardevol gezien dan registratiedata over zorggebruik.
- Registratiedata zijn minder efficiënt om te gebruiken dan data verzameld in het kader van een studie: het duurt vaak lang vooraleer de data beschikbaar zijn en het is omwille van vele praktische drempels niet evident om correcte informatie uit deze data te extraheren.
- De experten roepen op om een meer geïntegreerde aanpak te gebruiken om data te verzamelen bij kinderen en jongeren. Dit draagt bij aan een structurele, efficiënte en representatieve evaluatie.

6 https://borninbelgiumpro.be/

7 Verwijzing op website Departement Zorg

- De experten stelden voor om veerkracht bij kinderen en jongeren te meten aan de hand van het recent ontwikkelde Vlaamse instrument van Soyez (2023)[8].
- De experten raden aan om een indicator over schooluitval op te nemen.
- De experten raden aan om een nieuwe indicator over sociale media te ontwikkelen of op te nemen, met daarbij een opsplitsing tussen harmonisch gebruik en obsessief gebruik.

7.1.3 (Jong)volwassenen

Experten uit de levensfase (jong)volwassenen formuleerden volgende kanttekeningen en suggesties om te komen tot een finale shortlist:

- De databronnen zijn vaak niet representatief voor kwetsbare groepen, omdat ze onvoldoende aandacht besteden aan het includeren van personen in een kwetsbare positie.
- De volgende indicatoren werden door de experten als relevant beschouwd voor de uiteindelijke shortlist:
    - Suïcidale ideatie: ondanks de overlap met het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie is deze indicator ook voor dit beleidsplan essentieel.
    - Gebruik van psychofarmaca: hoewel dit een indicator van zorggebruik is, toch is het ook een relevante indicator voor de evaluatie van het beleidsplan GGB.
    - Jobmotivatie
    - Werkdruk
    - Tevredenheid over het werk
    - Slaapproblemen

De experten deden enkele concrete suggesties voor aanvullende indicatoren om de evaluatie van de beleidsdoelstellingen binnen deze leeftijdsfase te versterken:

- Armoede of financiële toestand van een individu, of het risico op sociale uitsluiting
- 'Mattering' of 'sense of belonging': het gevoel dat iemand ertoe doet en zich verbonden voelt
- Geestelijke gezondheidsgeletterdheid: hoewel dit een complex concept is, kan dit gemeten worden via diverse vragenlijsten die variëren in inhoud en focus.
- Risico's in de werkomgeving: bijvoorbeeld extra indicatoren uit de werkbaarheidsmonitor (autonomie, leermogelijkheden, emotionele belasting, taakvariatie, ondersteuning, …).

De experten stelden voor om volgende gevalideerde meetinstrumenten op te nemen:

- De 'Flourishing scale' voor het meten van verschillende aspecten van positieve geestelijke gezondheid[9]
- De FEEL-E voor het meten van emotieregulatie[10]
- De 'Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10)' voor het meten van veerkracht[11]

---

8 Soyez, Veerle; Baetens, Imke; Theuns, Peter; Van Droogenbroeck, Filip; Devarwaere, Sofie (2023) – Eindrapport en bijlagen

9 Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi. D., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2009). New measures of well-being: Flourishing and positive and negative feelings. Social Indicators Research, 39, 247-266. https://labs.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/FS_Dutch.pdf

10 https://www.hogrefe.com/nl/shop/feel-e-vragenlijst-over-emotieregulatie-bij-volwassenen.html

11 https://www.connordavidson-resiliencescale.com/

Tenslotte werd aanbevolen om indicatoren uit lopende projecten en bestaande dataverzamelingen te integreren in de evaluatie van het beleidsplan GGB. Daarbij werd verwezen naar de psychosociale risicoanalyse van IDEWE[12], de European Working Conditions Survey[13] en The Social Study[14].

7.1.4 Ouderen

Experten uit de levensfase ouderen formuleerden volgende kanttekeningen en suggesties om te komen tot een finale shortlist:

- Het opnemen van indicatoren over actieve participatie in verenigingen en vrijwilligerswerk kan de indruk wekken dat ouderen actief moeten deelnemen aan het verenigingsleven om zich verbonden te voelen met de samenleving, terwijl andere waardevolle activiteiten even goed tot verbondenheid en zingeving kunnen leiden. De experten vinden deze indicatoren dus minder geschikt voor evaluatie van het beleidsplan.
- De indicator 'kwaliteit van leven' levert weinig inzichten op, omdat deze te veel complexe dimensies probeert te meten via één maat.
- Indicatoren die hulpgebruik (incl. gebruik van psychofarmaca) meten leveren dubbelzinnige informatie op en worden daarom afgeraden om te includeren in de shortlist. Het zou meer informatief zijn om onvervulde hulpnoden te meten, zoals mensen die hulp nodig hebben maar deze niet krijgen.

De experten deden een aantal suggesties om nieuwe indicatoren toe te voegen die beter aansluiten bij de behoeften en leefwereld van ouderen:

- Onvervulde hulpnoden: indicator die meet of iemand hulp nodig heeft, maar dit niet ontvangt.
- Zingeving en betekenis: indicator die meet of iemand zijn leven als betekenisvol ervaart
- Normaliseren van uitdagingen: indicator die het vermogen meet om normale moeilijkheden en uitdagingen te herkennen en te aanvaarden
- Vaardigheden van hulpverleners: indicatoren die meten hoe goed hulpverleners in staat zijn om veerkracht bij (oudere) cliënten/patiënten te stimuleren.

8 Finale set van populatie-indicatoren opgedeeld per type en cluster

In totaal omvat de finale set van indicatoren, voorgesteld door de onderzoekers van LUCAS, 76 indicatoren. Deze set, oftewel de shortlist, werd gestructureerd door deze in te delen in vier types van indicatoren: primaire uitkomstindicatoren, intermediaire uitkomstindicatoren, impactindicatoren en determinanten. Vervolgens werden de indicatoren binnen ieder type thematisch gegroepeerd in 18 clusters (zie Tabel 23 voor meer uitleg over de indeling van indicatoren).

12 https://www.idewe.be/-/risicoanalyse-psychosociale-aspecten

13 https://www.eurofound.europa.eu/en/surveys/european-working-conditions-surveys-ewcs

14 https://thesocialstudy.be/

Tabel 23 Beschrijving van de types indicatoren en clustering per thema.

Type indicator	Beschrijving	Clusters
Primaire uitkomstindicatoren	Meten rechtstreeks de geestelijke gezondheid en weerspiegelen de effecten die door het beleid beoogd worden.	• Mentaal welbevinden • Mentale problemen
Intermediaire uitkomstindicatoren	Meten de effecten van het beleid op korte tot middellange termijn. Zijn vaak het target van acties voor GGB, en ondersteunen zo het bereiken van de uiteindelijke primaire doelstellingen.	• Veerkracht • Optimisme en hoop • Kennis, attitude en gezondheidsvaardigheden • Intenties en pogingen om de geestelijke gezondheid te bevorderen • Lichaamsbeeld
Impactindicatoren	Geven informatie over de bredere effecten van het beleid op de samenleving en de omgeving die zich op langere termijn manifesteren	• Kwaliteit van leven • Gebruik van diensten, hulp en zorg voor geestelijke gezondheid • Invaliditeit door psychische problemen
Determinanten	Hebben betrekking op factoren die indirect of direct invloed uitoefenen op geestelijke gezondheid.	• Sociale omgeving • Leefstijl • Gezin • Werk • School • Buurt • Vrije tijd en participatie • Pesten

Voor elke indicator is bovendien de beschikbaarheid per levensfase aangeduid:

K = kinderen (0 tot 10 jaar)

J = jongeren (11 tot 18 jaar)

V = volwassenen (18 tot 65 jaar)

O = ouderen vanaf 65 jaar

De aanduiding van een levensfase betekent niet automatisch dat de indicator beschikbaar is voor de volledige leeftijdscategorie. Bijvoorbeeld, de meeste indicatoren in de Gezondheidsenquête (HIS) zijn pas beschikbaar vanaf 15 jaar, en de JOP-monitor includeert jongeren en jongvolwassenen in de transitieleeftijd tot 25 jaar. In de volgende secties worden de geselecteerde indicatoren per type en cluster gepresenteerd, met vermelding van de beschikbaarheid per levensfase.

8.1 Primaire uitkomstindicatoren

Tabel 24 Overzicht van primaire uitkomstindicatoren

Indicator	Bron	K	J	V	O
Cluster: Mentaal welbevinden					
Levenstevredenheid	HIS		x	x	x
Levenstevredenheid	HBSC		x		
Positieve geestelijke gezondheid (hoog, matig, laag)	HBSC		x		
Tevredenheid over mentale gezondheid	JOP-monitor		x	x	
Zich gelukkig voelen[15]	Gemeente-stadsmonitor			x	x
Zich gelukkig voelen	HBSC		x		
Vitaliteit	HIS		x	x	x
Vitaliteit ouders	Gezinsenquête			x	
Psychische gezondheid ouders	Gezinsenquête			x	
Cluster: Mentale problemen					
Psychologische ontreddering ('distress')	HIS		x	x	x
Waarschijnlijke psychische aandoening	HIS		x	x	x
Waarschijnlijke depressieve stoornis	HIS		x	x	x
Waarschijnlijke gegeneraliseerde angststoornis	HIS		x	x	x
Waarschijnlijke eetstoornis	HIS		x	x	x
Suïcidale ideatie	HIS		x	x	x
Eenzaamheid	HIS		x	x	x
Kinderen en jongeren met vermoedelijke psychische stoornis	HIS	x	x		
Subjectieve moeilijkheden van kind (ouderbeleving)	HIS	x	x		
Mentaal welzijn (hoog, laag, risico op depressie)	HBSC		x		
Stress	HBSC		x		
Subjectieve psychologische klachten	HBSC		x		
Zelfbeschadigend gedrag	HBSC		x		
Zelfmoordgedachten	HBSC		x		
Eenzaamheid	HBSC		x		

15 Geluksgevoel van volwassenen en ouderen is ook opgenomen in de SV-bevraging. De vraagstelling is anders in de SV-bevraging (frequentie o.b.v. “Hoe vaak voelde u zich tijdens de afgelopen 4 weken gelukkig?”) dan in de Gemeente-stadsmonitor (percentage Vlamingen dat gelukkig is op basis van score van minstens 7/10 o.b.v. “Alles bij elkaar genomen, hoe gelukkig zou je zeggen dat je bent? Je kan een score geven van 0 (heel ongelukkig) tot 10 (heel gelukkig)”).

8.2 Intermediaire uitkomstindicatoren

Tabel 25 Overzicht van intermediaire uitkomstindicatoren

Indicator	Bron	K	J	V	O
Cluster: Veerkracht					
Gevoel van controle ervaren	SV-bevraging			x	x
Zich hulpeloos voelen in het aanpakken van problemen in het leven	SV-bevraging			x	x
Eigeneffectiviteit	HBSC		x		
Cluster: Optimisme en hoop					
Hoopvol zijn over toekomst wereld	SV-bevraging			x	x
Optimisme over eigen toekomst	SV-bevraging			x	x
Hoopvolle toekomstverwachting	HBSC		x		
Cluster: Kennis, attitude en gezondheidsvaardigheden					
Niveau van gezondheidsvaardigheden	HIS		x	x	x
Hulporganisaties kennen	JOP-monitor		x	x	
Depressie stigma	HBSC		x		
Cluster: Intenties en pogingen om geestelijke gezondheid te versterken					
In de voorbije 12 maanden geprobeerd om de geestelijke gezondheid te versterken	Preventiebarometer			x	x
Intentie om de geestelijke gezondheid te versterken	Preventiebarometer			x	x
Cluster: Lichaamsbeeld					
Tevredenheid over uiterlijk	JOP-monitor		x	x	

8.3 Impactindicatoren

Tabel 26 verzicht van impactindicatoren

Indicator	Bron		K	J	V	O
Cluster: Kwaliteit van leven						
Kwaliteit van leven	HIS			x	x	x
Kwaliteit van leven	HBSC			x		
Cluster: Gebruik van diensten, hulp en zorg voor geestelijke gezondheid						
Percentage personen dat reeds hulp heeft gezocht bij bepaalde organisaties, diensten of personen om over hun geestelijke gezondheid te praten of om informatie te vragen	survey	Preventie-barometer			x	x
Hulp gezocht voor geestelijke, psychische, emotionele problemen + type	survey	HIS		x	x	x
Psychische zorg nodig maar het niet kon betalen	survey	HIS		x	x	x
Kinderen en jongeren met vermoedelijke psychopathologische stoornis die professionele hulp kregen	survey	HIS	x	x		
Contact gehad hebben met hulporganisaties	survey	JOP-monitor		x	x	
Aantal Vlaamse gebruikers eerstelijnspsychologische zorg (ELP-conventie)	registratie	ELP / RIZIV	x	x	x	x
Aandeel leerlingen dat in contact kwam met CLB voor emotionele ontwikkeling (angst, depressie, persoonlijkheid)	registratie	CLB	x	x		
Aandeel leerlingen dat in contact kwam met CLB voor sociale ontwikkeling (regelovertredend gedrag, gedragsproblemen, pesten of gepest worden)	registratie	CLB	x	x		
Aandeel leerlingen dat in contact kwam met CLB voor verontrusting en problemen thuis	registratie	CLB	x	x		
Cluster: Invaliditeit door psychische problemen						
Aantal Vlamingen in invaliditeit (>1j arbeidsongeschiktheid) door psychische stoornis	RIZIV registratie				x	
Aantal Vlamingen in invaliditeit (>1j arbeidsongeschiktheid) door depressie	RIZIV registratie				x	
Aantal Vlamingen in invaliditeit (>1j arbeidsongeschiktheid) door burn-out	RIZIV registratie				x	

8.4 Determinanten

Tabel 27 Overzicht van determinanten

Indicator	Bron	K	J	V	O
Cluster: Sociale omgeving					
Tevredenheid over sociale contacten	HIS		x	x	x
Sociale ondersteuning	HIS		x	x	x
Ervaren steun per levensdomein van ouders (opvoeding, huishouden, …)	Gezinsenquête			x	
Steun van vrienden	HBSC		x		
Belasting door mantelzorg	HIS		x	x	x
Cluster: Leefstijl					
Slaapkwaliteit	HIS		x	x	x
Slaapkwaliteit	HBSC		x		
Sociale media en game verslaving	JOP-monitor		x	x	
Cluster: Gezin					
% ouders dat gebruik maakte van hulp, steun en advies van een professional voor opvoeding	Gezinsenquête			x	
Mate waarin ouders vragen of zorgen hebben over opvoeding (niet, een beetje, tamelijk veel, heel veel)	Gezinsenquête			x	
Opvoedingsbelasting	Gezinsenquête			x	
Steun van het gezin (ervaren door jongere)	HBSC		x		
Cluster: Werk					
Motivatie/welbevinden op het werk (gemotiveerd, motivatieproblemen, demotivatie)	Werkbaarheidsmonitor			x	
Werk-privébalans (haalbaar, problemen, conflict)	Werkbaarheidsmonitor			x	
Werkstress (acceptabel, werkstressklachten, symptomen burn-out)	Werkbaarheidsmonitor			x	
Cluster: School					
Schooldruk	HBSC		x		
Steun van klasgenoten	HBSC		x		
Steun van leerkrachten	HBSC		x		
Cluster: Buurt					
Sociaal weefsel in de buurt	Gemeente-stadsmonitor			x	x
Tevredenheid over natuur en groenvoorzieningen	Gemeente-stadsmonitor			x	x
Voldoende ontmoetingsplaatsen	Gemeente-stadsmonitor			x	x

Cluster: Vrije tijd en participatie			
% lid van minstens één vereniging	SV-bevraging	x	x
Cluster: Pesten			
Cyberpesten	HBSC	x	
Pesten op school	HBSC	x	
Slachtoffer van cyberpesten	HBSC	x	
Slachtoffer van pesten op school	HBSC	x	

9 Geïdentificeerde hiaten voor potentiële nieuwe indicatoren

De onderzoekers van LUCAS gingen na of er strategische en operationele doelstellingen zijn waarvoor momenteel geen indicatoren beschikbaar zijn om deze te evalueren. Dit zijn de zogenaamde hiaten. Voor deze hiaten is een eerste voorstel uitgewerkt voor potentiële nieuwe indicatoren. De databronhouders kunnen vervolgens in afstemming met het Departement Zorg deze nieuwe indicatoren verder ontwikkelen en opnemen. In wat volgt, worden de voorstellen voor potentieel nieuwe indicatoren kort toegelicht.

9.1 Veerkracht gemeten met een gevalideerde schaal

Veerkracht is een complex concept, dat wordt gedefinieerd als: 'het proces waarbij iemand zich op een positieve manier aanpast aan stress of tegenslagen, waardoor het functioneren en het mentale welbevinden behouden blijft of herwonnen wordt' [379]. Momenteel wordt veerkracht enkel bevraagd aan de hand van losse items of niet gevalideerde somscores. Zo wordt in de HBSC-studie eigen-effectiviteit gemeten met twee stellingen ('Hoe vaak vind je een oplossing voor een probleem, als je hard genoeg je best doet?' en 'Hoe vaak lukt het je om de dingen te doen, die je beslist te doen?') en vraagt de SV-bevraging naar het ervaren gevoel van controle over zaken in het leven. Veerkracht wordt echter nergens door een gevalideerde schaal gemeten. We bevelen daarom aan om een gevalideerde schaal voor veerkracht toe te voegen aan bestaande bevragingen. Volgende schalen komen daarvoor in aanmerking:

- Voor volwassenen zijn de Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC, versie met 10 of 2 items) en de Brief Resilience Scale (BRS, 6 items) geschikte opties.
- Voor kinderen en jongeren werd in 2023 een meetinstrument ontwikkeld door Veerle Soyez e.a. in opdracht van de Vlaamse Overheid[379] [16].
- Indien het niet haalbaar is om een volledige schaal te integreren in reeds bestaande vragenlijsten, stellen de onderzoekers voor om twee items uit de BRS te gebruiken:
    - *"Na een tegenslag of een moeilijke periode herstel ik meestal weer snel"*
    - *"Ik vind het moeilijk om stressvolle gebeurtenissen te doorstaan"*

16 Soyez, Veerle; Baetens, Imke; Theuns, Peter; Van Droogenbroeck, Filip; Devarwaere, Sofie (2023) – Eindrapport en bijlagen

9.2 Eudaimonisch subjectief welzijn en 'flourishing'

De OECD raadt aan om indicatoren op te nemen die de verschillende componenten van subjectief welzijn meten. Hierbij wordt een onderscheidt gemaakt tussen de evaluatieve component (bv. levenstevredenheid), de affectieve component (bv. het ervaren van positieve gevoelens) en de eudaimonische component[380]. Deze laatste component is gericht op het realiseren van persoonlijke groei, zelfverwezenlijking, en een betekenisvol leven. Voor de eudaimonische component zijn momenteel geen geschikte indicatoren beschikbaar in Vlaanderen.

Hoewel er in de literatuur onenigheid bestaat over de relatie tussen de concepten, wordt eudaimonisch welzijn soms gelijkgesteld aan 'flourishing' of 'florereren'. Flourishing wordt beschouwd als de hoogste staat van positieve geestelijke gezondheid, waarbij de nadruk ligt op optimale persoonlijke en sociale ontwikkeling, zingeving, en emotioneel welzijn. The Flourishing Scale is een gevalideerde schaal die toelaat om flourishing te meten. Ze bestaat uit 7 items beoordeeld op een 7-puntsschaal[381]:

- *"Ik leid een doelgericht en zinvol leven"*
- *"Mijn sociale relaties zijn ondersteunend en belonend."*
- *"Ik ben geëngageerd met en geïnteresseerd in mijn dagelijkse activiteiten."*
- *"Ik draag actief bij aan het geluk en welzijn van anderen."*
- *"Ik ben capabel en in staat om de activiteiten uit te voeren die belangrijk voor mij zijn."*
- *"Ik ben een goed persoon en leid een goed leven."*
- *"Ik ben optimistisch over mijn toekomst."*
- *"Mensen respecteren mij."*

9.3 Mental health literacy en stigma

Geletterdheid op het gebied van geestelijke gezondheid ('mental health literacy') verwijst naar de kennis en opvattingen die nodig zijn om psychische problemen te herkennen, behandelen en voorkomen [382]. Het gaat onder meer om: het herkennen van signalen van psychische problemen, het weten waar en hoe hulp te zoeken, het ondersteunen van anderen met mentale moeilijkheden en het ervaren van stigma rond geestelijke gezondheid.

Momenteel wordt mental health literacy niet specifiek gemeten in Vlaanderen. Wel worden algemene gezondheidsvaardigheden bevraagd in de Preventiebarometer en de Gezondheidsenquête van Sciensano, via de gevalideerde vragenlijst *Health Literacy Survey Questionnaire-12* (HLS-Q12). Deze vragenlijst meet vaardigheden zoals het vinden, begrijpen, evalueren en toepassen van gezondheidsinformatie, maar focus niet specifiek op geestelijke gezondheid. Het is dus aangewezen om in het kader van dit beleidsplan meer gerichte vragen te gebruiken die inzicht geven in kennis en attitudes ten aanzien van geestelijke gezondheid. Aangezien veel beschikbare vragenlijsten te uitgebreid zijn voor opname in bestaande surveys, valt het te overwegen om een kortere set van vragen samen te stellen.

Stigma, een onderdeel van mental health literacy, wordt momenteel slechts beperkt bevraagd. Zo wordt in de HBSC-studie, dus enkel bij jongeren, stigma ten aanzien van depressie gemeten via de Depression Stigma Scale. Hoewel deze gevalideerde schaal waardevol is, richt ze zich uitsluitend op depressie. Het is aangewezen om stigma ruimer te bevragen bij alle leeftijdsgroepen, om een vollediger beeld te krijgen van mental health literacy in Vlaanderen.

9.4 Mattering

'Mattering' verwijst naar het gevoel dat iemand gehoord, gewaardeerd en van betekenis is in de samenleving en de directe omgeving. Dit concept wordt door stakeholders beschouwd als een belangrijke determinant van geestelijke gezondheid. Het is met name relevant voor jongeren, die vaak zoeken naar hun plaats in de maatschappij, en voor ouderen, die geconfronteerd kunnen worden met agisme (leeftijdsdiscriminatie). Momenteel wordt het gevoel van sociale verbondenheid slechts beperkt bevraagd. De indicator 'gevoel bij de maatschappij te horen' wordt enkel gemeten in de grootstedelijke JOP-monitor (m.a.w. een onderdeel van de JOP-monitor die enkel wordt afgenomen in grootsteden) via de items 'Ik voel me buitengesloten door de samenleving' en 'Ik voel dat de dingen die ik doe gewaardeerd worden door andere mensen'. Hoewel deze items waardevol zijn, zijn ze beperkt tot grootstedelijke gebieden en dus niet representatief voor Vlaanderen als geheel. Het is aanbevolen om het concept 'mattering' breder en op Vlaams niveau te meten, zodat het inzicht biedt in hoe dit gevoel bijdraagt aan geestelijke gezondheid in verschillende bevolkingsgroepen.

9.5 Kunnen omgaan met maatschappelijke druk en prestatiedruk

Maatschappelijke verwachtingen en prestatiedruk werden geïdentificeerd als belangrijke determinanten van geestelijke gezondheid. Hoewel specifieke indicatoren zoals schooldruk (in HBSC-studie) en werkdruk (in Werkbaarheidsmonitor) beschikbaar zijn, ontbreekt een brede indicator die maatschappelijke druk in het algemeen meet. Het zou bijzonder waardevol zijn om niet alleen de ervaren druk te meten, maar ook het vermogen om hiermee om te gaan en de impact hiervan op geestelijke gezondheid in kaar te brengen. Verder onderzoek is echter nodig om het concept maatschappelijke druk duidelijk te definiëren en operationaliseren.

9.6 Kunnen omgaan met (sociale) media en bewust smartphonegebruik

Sociale media en de constante digitale connectie via smartphones zijn niet meer weg te denken, vooral bij jongere generaties. Dit kan echter negatieve gevolgen hebben voor de geestelijke gezondheid en leiden tot stress, smartphoneafhankelijkheid, onzekerheid (bv. door onrealistische ideaalbeelden in de media), de druk om altijd bereikbaar te moeten zijn en het gevoel te moeten 'presteren' op sociale media. Deze fenomenen worden vaak in verband gebracht met maatschappelijke druk en prestatiedruk. Het is dus belangrijk om bewust te kunnen omgaan met de smartphone en digitaal te kunnen deconnecteren.

Sommige bevragingen meten enkel de frequentie van (sociale) mediagebruik, maar ook hier is het vooral belangrijk om te begrijpen hoe mensen hiermee omgaan en wat de impact ervan is op hun geestelijke gezondheid. Hierover zijn reeds enkele indicatoren voor handen, maar deze zijn niet voor alle leeftijdsfasen beschikbaar en bieden slechts gedeeltelijk inzicht in de impact op geestelijke gezondheid. Zo bevat de JOP-monitor een zelfgeconstrueerde indicator bestaande uit enkele items die sociale media- en gameverslaving bevragen. De validiteit van deze indicator is echter onduidelijk. Daarnaast wordt smartphone afhankelijkheid gemeten met de 'digimeter' van Imec, die het gebruik van media en ICT in

Vlaanderen jaarlijks monitort[17]. Deze databron is niet opgenomen in het beleidsplan, maar kan indien nodig en gewenst toegevoegd worden.

9.7 Positieve geestelijke gezondheid van kinderen

Hoewel er redelijk wat gegevens beschikbaar zijn over de geestelijke gezondheid van jongeren, is er relatief weinig informatie voorhanden over kinderen jonger dan 12 jaar. Dit komt deels doordat het uitdagend is om jonge kinderen rechtstreeks te bevragen. Daarom wordt vaak gebruik gemaakt van proxy-bevragingen via ouders of leerkrachten.

De Strengths and Difficulties (SDQ) vragenlijst is een van de weinige gevalideerde instrumenten die in Vlaanderen wordt ingezet om de geestelijke gezondheid van kinderen te meten. Deze vragenlijst wordt gebruikt in zowel de Gezondheidsenquête van Sciensano als de Gezinsenquête van het Departement Zorg en is geschikt voor kinderen van 2 tot 18 jaar. Voor jongere kinderen vullen ouders de vragenlijst in, terwijl voor jongeren vanaf 15 jaar zelfrapportage mogelijk is. De SDQ beoordeelt vijf aspecten van geestelijke gezondheid: emotionele problemen, gedragsproblemen, ADHD, relationele problemen met leeftijdsgenoten en prosociaal gedrag. Dankzij deze brede scope wordt de SDQ ook vaak ingezet om sociaal-emotionele vaardigheden bij kinderen en jongeren te meten.

Er blijft echter een belangrijk tekort aan indicatoren die het mentaal welbevinden van kinderen meten, zoals geluksgevoelens of algemene tevredenheid. Deze aspecten zijn cruciaal om een volledig beeld te krijgen van de geestelijke gezondheid van kinderen. Toekomstig onderzoek zou kunnen focussen op het invullen van deze leemte, bijvoorbeeld door samen te werken met basisscholen om relevante gegevens te verzamelen. Dergelijke gegevens zijn niet alleen waardevol voor beleidsmakers en onderzoekers, maar ook voor het vroegtijdig signaleren van kinderen met een verhoogd risico op psychische problemen. Dit biedt kansen om gerichte interventies in te zetten om de geestelijke gezondheid van kinderen te bevorderen.

9.8 Geestelijke gezondheid in de eerste duizend dagen

De eerste duizend dagen zijn een cruciale periode voor de geestelijke gezondheid van zowel de ouder(s) als het kind. Daarom krijgt deze periode bijzondere aandacht in het beleidsplan GGB. Opvallend is dat er in Vlaanderen nauwelijks representatieve data voorhanden zijn die specifiek de geestelijke gezondheid tijdens de perinatale periode monitoren.

De verzameling van dit soort gegevens kan niet zomaar geïntegreerd worden in reguliere populatie-bevragingen, maar vereist een specifieke aanpak die zich richt op zwangere vrouwen en/of ouders die recent een kind hebben kregen. Hoewel de Gezinsenquête van het Departement Zorg items bevat die peilen naar de geestelijke gezondheid van ouders en de invloed van gezins- en opvoedingsgerelateerde kwesties, bestaat de steekproef uit gezinnen met kinderen tot en met 25 jaar. Hierdoor zijn de indicatoren dus niet specifiek afgestemd op de eerste duizend dagen.

Er is daarom een dringende behoefte aan een structurele populatiebevraging die de geestelijke gezond-heid van ouders tijdens deze cruciale periode in kaart brengt. Tijdens de expertmeeting over de eerste

17 Meer informatie over de imec.digimeter is hier te vinden: https://www.imec.be/nl/vlaamse-innovatiemotor/kennisuitwisseling/techmeters/digimeter

duizend dagen, werden eerste ideeën uitgewisseld over welke indicatoren op een representatieve manier verzameld zouden kunnen worden. De synthese van deze meeting is te vinden in dit hoofdstuk, paragraaf 7.1.1.

10 Verdere stappen en aandachtspunten

Het doel van de opvolging van indicatoren is om evoluties doorheen de tijd te onderzoeken. Dit vereist minimaal een **meetmoment vóór de implementatie van het beleid**. Idealiter worden trends op populatieniveau geanalyseerd over een periode van circa 2 tot 4 jaar. Hierbij moet rekening worden gehouden met verschillen in meetfrequentie tussen databronnen, waardoor er inconsistenties zijn in de beschikbaarheid van indicatoren per jaartal.

Het beleidsplan beoogt om gelijkwaardigheid te versterken door, volgens het principe van proportioneel universalisme, kwetsbare groepen prioritair te ondersteunen. Aangezien gezondheidsuitkomsten vaak ongelijk verdeeld zijn tussen demografische groepen, is het aanbevolen om deze **ongelijkheden te monitoren**, door te kijken naar verschillen op basis van geslacht, leeftijd, opleidingsniveau of inkomen. De beschikbaarheid van data op subgroepniveau is echter sterk afhankelijk van de databron. Het was niet mogelijk om hiervan een gedetailleerde analyse te maken binnen de looptijd van dit onderzoeks-project, maar het is aan te bevelen om dit in overeenstemming te brengen met het nieuwe strategisch plan De Vlaming Leeft Gezonder.

De evaluatie van het beleidsplan GGB vereist een **holistische benadering**. Dit betekent dat de impact van het beleidsplan als geheel wordt beoordeeld, zonder uitspraken te doen over de effecten van afzonderlijke acties. Wanneer meerdere acties tegelijk worden uitgerold, is het moeilijk om de individuele effecten van afzonderlijke acties te beoordelen doordat interacties tussen acties de individuele effecten kunnen versterken of afzwakken.

Het is nuttig om **acties óók afzonderlijk te evalueren**, maar dit vereist een gerichte aanpak waarbij veranderingen in geestelijke gezondheid gemeten worden bij specifieke interventiegroepen (bv. de personen die deelnamen aan een actie, klassen die een lessenpakket ontvingen, …), idealiter in vergelijking met een controlegroep.

Preventie en gezondheidsbevordering vragen een langdurige inzet voordat mogelijke effecten in de bevolking zichtbaar worden. Het is moeilijk om hier een bepaalde tijdseenheid aan te koppelen, maar het is onrealistisch om op korte termijn significante verbeteringen in de geestelijke gezondheid van de populatie te verwachten. In de eerste fase van de evaluatie dient de focus daarom te liggen op procesdoelen en directe uitkomsten, zoals het aantal geïmplementeerde programma's en het bereik van de doelgroepen[18]. Pas in latere fasen kan de focus verschuiven naar de populatie-indicatoren.

Deze indicatoren geven een trend weer in de samenleving, maar dienen met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Het is namelijk moeilijk om te concluderen dat evoluties in de indicatoren een rechtstreeks gevolg zijn van het beleid. Bovendien is het zelfs mogelijk dat bepaalde indicatoren onverwachte trends tonen. Daarom is **aanvullende interpretatie van de data essentieel**, bijvoorbeeld door overleg met stakeholders, experten én burgers. Dit kan bijkomende inzichten bieden in socio-economische evoluties of veranderingen in andere omgevingsfactoren die de cijfers beïnvloeden.

18 De selectie van input-, output- en procesindicatoren valt buiten het bestek van deze onderzoeksopdracht.

Verdiepend kwalitatief onderzoek bij diverse doelgroepen kan eveneens bijdragen aan een beter begrip van de trends en het beleid helpen bijsturen waar nodig. De voorgestelde set indicatoren hoeft **niet statisch** te zijn. Nieuwe trends in de maatschappij, aanpassingen in het beleid, wijzingen of toevoegingen in bestaande bevragingen of de lancering van nieuwe bevragingen kunnen aanleiding zijn om de set indicatoren te herzien. Expert- en stakeholderconsultatie is aangewezen om beslissingen over de inhoud van de indicatorenset bij te sturen.

Indicatoren met betrekking tot **het gebruik van zorg, diensten en hulp voor geestelijke gezondheid** vereisen een **genuanceerde interpretatie**. Een toename in zorggebruik kan enerzijds duiden op verbeter bereik van hulpverlening voor mensen met een psychische nood, maar anderzijds ook wijzen op een groeiende zorgnood in de bevolking. Bovendien bieden deze indicatoren geen inzichten in andere essentiële zaken zoals de gepastheid (bv. match tussen de zorgintensiteit en zorgnood), toegankelijkheid (bv. wachttijden en kostprijs) of kwaliteit van zorg. Hoewel enkele indicatoren over zorggebruik worden meegenomen in de evaluatie van dit beleidsplan, is voorzichtigheid geboden bij het trekken van conclusies.

Tot slot was het niet haalbaar om binnen de looptijd van dit onderzoeksproject, een gedetailleerde **verandertheorie (‘theory of change’)** uit te werken. Een Theory of Change maakt inzichtelijk hoe en waarom het beleidsplan de gewenste veranderingen bij de doelgroep zal bereiken door de rand-voorwaarden en logische verbanden tussen interventies te expliciteren. Het ontwikkelen van een ToC, in samenspraak met experten en stakeholders, kan een volgende stap zijn. Dit proces kan richtinggevend zijn voor de verdere planning en implementatie van het beleidsplan GGB, het versterken van de evaluatiemethoden en -instrumenten en het verhogen van de effectiviteit en transparantie van het beleid.

Hoofdstuk 11
Aandachtspunten en aanbevelingen door experten

Vanaf de start van het traject is gestreefd naar een gedragen en onderbouwd beleidsplan om de geestelijke gezondheid van de burgers in Vlaanderen te versterken. Dit plan richt zich op de meest prioritaire noden in de samenleving, maar pretendeert niet allesomvattend te zijn. Vanzelfsprekend moeten er keuzes worden gemaakt, en ook bij de toekomstige implementatie van het beleidsplan zullen verdere afwegingen nodig zijn.

In dit onderdeel worden kritische bedenkingen, aandachtspunten en aanbevelingen gebundeld die tijdens het onderzoeksproject naar voor kwamen. Deze punten zijn bedoeld als bijkomende input om richting te geven aan het beleid van de nieuwe minister en de Vlaamse regering. Sommige punten betreffen concrete aanbevelingen en prioritaire acties die bij de implementatie van het beleidsplan GGB verdere aandacht en inzet vragen. Andere punten liggen minder dicht bij de kern van geestelijke gezondheidsbevordering, maar vereisen afstemming met andere beleidsdomeinen, omdat ze mogelijk een aanzienlijke impact kunnen hebben op de geestelijke gezondheid van de bevolking.

1 Methode

In oktober 2024 organiseerde LUCAS online expertmeetings, elk gericht op een specifieke levensfase. Voorafgaand aan deze sessies ontvingen de experten een bundel met een beknopt overzicht van de belangrijkste bevindingen voor de betreffende levensfase: determinanten, doelstellingen, conclusies uit literatuuronderzoek over effectieve interventies, geïnventariseerde acties en de longlist aan indicatoren. De sessies duurden twee uur en begonnen telkens met een korte update van het traject, waarbij de voorlopige resultaten en beleidskeuzes voor de betreffende levensfase werden toegelicht. Vervolgens werd er van gedachten gewisseld over drie onderwerpen:

- **Recente maatschappelijke evoluties** die mogelijk (nog) geen weerklank kregen in de wetenschappelijke literatuur, maar die relevant kunnen zijn voor het beleidsplan.
- **Geïnventariseerde bestaande acties** (m.a.w. een inventaris van bestaande acties voor geestelijke gezondheidsbevordering, opgesteld door Möbius): Welke acties zijn sterk en verdienen prioriteit, en welke acties en interventies ontbreken nog in Vlaanderen?
- **Geschikte uitkomstindicatoren:**
    - Voor kinderen en jongeren, volwassenen en ouderen zijn al vrij veel indicatoren beschikbaar. Er werd besproken welke indicatoren geschikt lijken, en welke nieuwe interessante (gedrags)indicatoren eventueel aan bestaande bevragingen kunnen worden toegevoegd;
    - Voor de perinatale periode werd vastgesteld dat er geen systematische dataverzameling op populatieniveau gebeurt. Daarom werd gevraagd aan experten inzake de eerste duizend dagen welke nieuwe indicatoren voor deze levensfase geschikt zijn om het beleidsplan te evalueren, en hoe deze gegevens structureel en efficiënt kunnen worden verzameld.

De syntheses van recente maatschappelijke evoluties en sterke en ontbrekende acties zijn opgenomen in dit hoofdstuk. De feedback op de indicatoren is gebundeld in het hoofdstuk over indicatoren (Hoofdstuk 10).

2 Resultaten van de afstemming met experten

2.1 Eerste duizend dagen

2.1.1 Algemene aandachtspunten

Het Vlaams Expertise Netwerk Perinatale Mentale Gezondheid (V.E.N.P.M.G) publiceerde in 2021 een rapport met aanbevelingen voor een Vlaamse visie en prioriteiten ter ondersteuning van de perinatale mentale gezondheid. Dit rapport vormt de basis voor de verdere uitwerking van een duurzaam Vlaams beleid ter ondersteuning van de mentale gezondheid van jonge gezinnen[19]. Hoewel het positief is dat er aandacht is voor de perinatale periode in het kader van de uitwerking van een algemeen beleid voor geestelijke gezondheidsbevordering, wijzen de experten op het reeds verrichte werk door het V.E.N.P.M.G. in de afgelopen jaren.

De experten waarderen de focus op ouderschap en opvoeding in de perinatale periode, maar merken op dat deze aandacht ontbreekt in de levensfasen 'kinderen en jongeren' en 'volwassenen'. Dit kan leiden tot beleidsfragmentatie. Ouders hebben ondersteuning nodig gedurende de gehele opvoedings-periode, niet alleen tijdens de postpartum periode. Daarnaast ontbreekt in het beleidsplan aandacht voor de periodes tussen zwangerschappen (interpregnancy trajecten).

2.1.2 Recente maatschappelijke evoluties

Een brede kijk op ouderschap, die verder gaat dan alleen de opvoedingsrol, is positief en volgt de laatste evoluties in onderzoek. Het is goed dat er naast opvoedingskwaliteit ook aandacht is voor het welzijn van ouders. Dit verbetert niet alleen de kwaliteit van de opvoeding, maar is een waardevol doel op zich.

Mogelijke verbeterpunten tijdens de zwangerschapsperiode ontbreken:

- Er is nood aan een geïntegreerde aanpak om het sociaal weefsel tijdens de eerste duizend dagen te versterken op macro-, meso-en microniveau. Hierbij is ook nood aan maatschappelijke bewust-wording over het belang van sociale ondersteuning in de eerste duizend dagen.
- De organisatie van de kinderopvang, de overgang naar het kleuteronderwijs en de regeling van het ouderschapsverlof (zowel moeder- als vaderschapsverlof) verdienen extra aandacht. Het is noodzakelijk dat de maatschappij doordachte beslissingen durft te nemen om structurele problemen binnen relevante organisaties (kraamzorg, vroedvrouwen, kinderopvang, Huizen van Het Kind) aan te pakken. Internationale goede voorbeelden zijn te vinden in Nederland, Duitsland, Scandinavië en Polen.
- Het huidige systeem rond zwangerschaps- en bevallingsverlof is bestraffend en lijkt soms gebaseerd te zijn op willekeur. Het gaat voorbij aan de grote individuele verschillen die er kunnen zijn in de fysieke en mentale gezondheid van moeders en baby's.
- Vroedvrouwen in de eerste lijn staan onder druk door wijzigingen in de nomenclatuur. Nochtans spelen zij een cruciale rol in de zorg voor kwetsbare ouders en zijn ze een belangrijke schakel tussen de gespecialiseerde derdelijnszorg en de gemeenschap.

19 https://zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-11/Rapport%20PMG_1.pdf

Volgende groepen verdienen extra aandacht in de perinatale periode:

- Partners (zoals vaders, meemoeders, niet-biologische ouders, plusouders…).
- Jonge ouders (< 23 jaar), via afgeleide zorgprogramma's die afgestemd zijn op hun behoeften en context, zodat zij ondersteuning krijgen die past bij hun levensfase en omstandigheden.
- Mensen met een cultureel diverse achtergrond, door taalbarrières aan te pakken en in te zetten op culturele sensitiviteit en inclusieve zorgpraktijken.
- Moeders met een risicozwangerschap: hoewel er veel interventies zijn voor gezonde zwangerschappen, ontbreekt een holistische aanpak voor zwangerschappen met verhoogde medische risico's of complicaties. De focus bij deze zwangerschappen ligt vaak op het medische aspect.

Realistische verwachtingen over het ouderschap worden vaak te eenzijdig en negatief ingevuld.

- De huidige communicatie over het ouderschap legt vaak de nadruk op de uitdagingen en negatieve aspecten van het ouderschap, zonder voldoende aandacht te besteden aan de positieve kanten van het ouderschap, zoals de persoonlijke verrijking die ermee gepaard kan gaan.
- Er mag echter niet worden weggekeken van de reële uitdagingen van het ouderschap binnen onze samenleving. Statistieken tonen aan dat er veel mentaal onwelbevinden is onder jonge kinderen en ouders, en de meeste ouders geven aan dat ze het ouderschap als uitdagend ervaren.

Er is onvoldoende aandacht voor leefstijl en gezondheidsgedrag in de perinatale fase:

- Leefstijl en gezondheidsgedrag hebben een sterke invloed op zowel de fysieke als de geestelijke gezondheid, niet alleen van de ouders, maar ook van het kind. Deze invloed kan zich uitstrekken over meerdere generaties.
- Er is nood aan multilevel interventies die inzetten op zowel de fysieke als psychische gezondheid. Programma's die ontwikkeld worden moeten beide aspecten integreren om een holistische benadering van gezondheid te waarborgen.
- Momenteel ontbreken geschikte tools die zorg- en welzijnswerkers kunnen inzetten om op een sensitieve en niet-stigmatiserende manier te communiceren over leefstijl en gezondheidsgedrag. Het Europees doctoraal netwerkproject 'Healthy Adaptation to Pregnancy, Postpartum and Parenthood' is een initiatief dat (perinatale) zorgverleners zal trainen om koppels te ondersteunen in de transitie naar het ouderschap en om mentale gezondheidsproblemen en obesitas doorheen verschillende generaties te voorkomen.

Er is een toenemende impact van (sociale) media, online gemeenschappen en digitale gezondheidstechnologieën tijdens de perinatale periode.

- Steeds meer ouders richten zich tot online communities en sociale media voor informatie, sociaal contact met andere ouders en ondersteuning. Hoewel dit positieve effecten kan hebben, kan het ook leiden tot druk en onrealistische verwachtingen, wat schadelijk kan zijn voor de mentale gezondheid.
- Het beleid dient in te zetten op bewustmaking omtrent het gebruik van deze platformen. Het is belangrijk dat sociale platformen en sociale media "echte" sociale contacten niet vervangen.
- Er is een toenemend gebruik van digitale hulpmiddelen, zoals mobiele apps en online platformen, om mentale gezondheid tijdens de eerste duizend dagen te ondersteunen. Deze technologieën bieden op een laagdrempelige manier toegang tot psychologische ondersteuning. Er moet echter meer aandacht worden besteed aan het integreren van deze digitale gezondheidstools binnen

perinatale zorgtrajecten, inclusief het opstellen van richtlijnen om de kwaliteit en veiligheid van deze technologieën te garanderen.

2.1.3 Acties voor geestelijke gezondheidsbevordering in Vlaanderen

- De inbedding van eerstelijnspsychologische zorg (ELP) binnen een dienst voor integrale gezinszorg en een vindplaatsgericht veerkrachtversterkend aanbod binnen de Huizen van Het Kind. Beide acties bouwen voort op een bestaand aanbod en werken drempelverlagend om prioritaire doelgroepen te bereiken.
- De Kindreflex (een instrument dat professionals stimuleert om met hun volwassen cliënten een gesprek te voeren over het thema ouderschap en verontrustende gezinssituaties te detecteren). Deze interventie is belangrijk en zou opgeschaald en promoot mogen worden in verschillende settings. Het helpt hulpverleners om ouderschap en mogelijke zorgen vroegtijdig bespreekbaar te maken en biedt een proactieve aanpak voor het identificeren van risico's bij ouders.
- Inloophuizen en Opvoedingshuizen bij Huizen van het Kind, waar ouders andere ouders kunnen ontmoeten en speelgoed kunnen lenen.
- Het vernieuwd materiaal van Kind en Gezin over de eerste duizend dagen. Dit materiaal belicht niet alleen opvoeding, maar ook de positieve en negatieve kanten van ouderschap in de brede zin.

De experten wijzen erop dat de meest prioritaire acties zich situeren op het macro- en mesoniveau, en vaak een verandering vereisen in andere relevante beleidsdomeinen:

- Het zou gunstig zijn als ouders na de geboorte van een kind minstens een half jaar thuis kunnen blijven, gevolgd door een periode van progressieve tewerkstelling.
- Vroedvrouwen moeten beter ondersteund en gefinancierd worden, en hun diensten zouden voor alle gezinnen toegankelijk moeten zijn.

Het belang van de zelfdeterminatietheorie wordt uitgebreid besproken. Deze theorie stelt dat mensen drie basisbehoeften hebben: autonomie, verbondenheid en competentie.

- De campagne over opvoedstress zou volgens een expert inhoudelijk nog versterkt kunnen worden. Men is daarom in gesprek met Kind & Gezin om deze drie basisbehoeften meer te integreren en centraal te stellen in de campagne.
- Een veelbelovende interventie gebaseerd op de zelfdeterminatietheorie is de Parent Check-In. Deze interventie reikt ouders tools aan om de autonomie van hun kind te ondersteunen, structuur aan te brengen in het leven van hun kind, betrokkenheid te tonen bij hun kind, het gevoel van competentie bij ouders te versterken, en de autonome zelfregulatie bij hun kind te bevorderen.
- Initiatieven die gericht zijn op het versterken van verbondenheid kunnen de geestelijke gezondheid in de perinatale periode versterken. Warm Vlaanderen is hier een goed voorbeeld van. Een mogelijk idee is om de maatschappij te sensibiliseren om meer empathie en begrip te tonen voor gezinnen met jonge kinderen.

De experten wijzen tot slot op lopende veelbelovende onderzoeksprojecten:

- Het FWO-project Co-PRIME (Co-regulation as the foundation of PReventive Infant MEntal health care) betreft een samenwerking tussen KU Leuven, UGent, UAntwerpen, University of East London en diverse maatschappelijke partners. Het project onderzoekt de rol van co-regulatie als cruciale

factor in de ontwikkeling van zelfregulatie bij baby's en de preventie van mentale gezondheids-problemen bij jonge kinderen.

- Het Inter-Act programma, uitgevoerd door de onderzoeksgroep REALIFE ('Reproduction and Lifestyle for Healthier Families') aan de KU Leuven, is een vernieuwend leefstijlprogramma om vrouwen tussen en tijdens zwangerschappen te begeleiden naar een gezonde leefstijl. Het programma bestaat uit begeleiding door een coach en een mobiele appen heeft tot doel om het risico op zwangerschaps- en geboorte complicaties in de volgende zwangerschap te voorkomen en om gezondheidsgedrag en mentaal welzijn te bevorderen.
- De PRIL-studie (Perinatale mentale gezondheid Risico inschatting en Interventie in Leuven) maakt deel uit van het WHO World Mental Health onderzoek en kwam tot stand door een samenwerking tussen de onderzoeksgroep Mind Body Research van KU Leuven en de diensten Volwassenen-psychiatrie en Gynaecologie-verloskunde van UZ Leuven. Het doel van de studie is om emotionele problemen bij (aanstaande) moeders sneller op te sporen, aan te pakken en te voorkomen.

2.2 Kinderen en jongeren

2.2.1 Maatschappelijke evoluties

Schooldruk en academische stress worden volgens de experten onvoldoende erkend door de maatschappij.

- Door de huidige vormgeving van het onderwijs, moeten jongeren Smartschool ook in het weekend in het oog houden en zijn er soms hoge pieken in opdrachten, wat kan leiden tot een constante druk om te presteren.
- De lat wordt erg hoog gelegd voor jongeren, en volwassenen erkennen dit niet altijd. Ze willen de lat niet verlagen omdat ze vinden dat de kwaliteit van het onderwijs reeds onder druk staat.
- De experten benadrukken dat er meer aandacht nodig is voor schooluitval[20].
    - Er is een enorme stijging van het aantal leerlingen die uitvallen op school in Vlaanderen (vooral sinds de COVID-pandemie). De beleidsdomeinen Onderwijs en Welzijn zetten zich hier wel steeds meer voor in.
    - Het gaat niet alleen om jongeren met geestelijke gezondheidsproblemen, maar ook om jongeren die gedemotiveerd zijn en afhaken in het reguliere onderwijssysteem.
    - Het is belangrijk om in te zetten op autonomie en motivatie ter preventie van schooluitval.

Er is een hoge mate van maladaptieve coping (bijvoorbeeld eetgedrag, gamen, zelfbeschadiging…) al vanaf zeer jonge leeftijd. Maladaptieve coping is niet noodzakelijk gekoppeld aan psychopathologie, maar kan een manier zijn om met verhoogde stress om te gaan.

- Het gebruik van maladaptieve copingstrategieën is toegenomen sinds de COVID-pandemie, en deze stijging is nog niet gestabiliseerd.
- Het aanleren van positieve copingvaardigheden is moeilijk wanneer er reeds sprake is van maladaptieve coping. Vaak biedt maladaptieve coping een snelle ontsnapping aan problemen, daarom is het belangrijk om ook negatieve coping aan te pakken.

---

20 Informatie over schooluitval is gebundeld op de website https://www.onderwijs.vlaanderen.be/nl/directies-administraties-en-besturen/onderwijsinhoud-en-leerlingenbegeleiding/secundair-onderwijs/samen-tegen-schooluitval

- Coping is slechts één aspect van een breder spectrum van sociaal-emotionele vaardigheden die kinderen nodig hebben om effectief met stress en emoties om te gaan. Er is ook aandacht nodig voor het aanleren van emotieregulatie. Dit laatste wordt beschouwd als een transdiagnostische factor, wat betekent dat het een rol speelt bij de preventie van verschillende psychische problemen.
- Gameverslaving en gamegevoeligheid zijn belangrijke thema's, maar komen niet aan bod in het beleidsplan GGB:
    - Door langdurig te gamen, kunnen jongeren hun problemen ontlopen en niet onder ogen zien.
    - Met de toenemende toegankelijkheid van VR-brillen, bijvoorbeeld door Meta, is er een grotere kans op afhankelijkheid door het verhoogde engagement en de extra prikkels die deze technologie biedt. Het is belangrijk om dit in de toekomst in het oog te houden.

Identiteitsontwikkeling is een cruciaal aspect van de groei en ontwikkeling van kinderen en jongeren:

- Tijdens de adolescentie zijn jongeren vaak op zoek naar hun identiteit. Het maken van keuzes, zoals een studiekeuze, kan vooral voor kwetsbare jongeren een uitdaging zijn.
- Een trend die hierop inspeelt is het aanbieden van een breed eerste jaar in het hoger onderwijs waarin jongeren nog niet onmiddellijk een specifieke richting hoeven te kiezen. Dit wordt gezien als een positieve evolutie, omdat het jongeren de tijd geeft om hun interesses en kwaliteiten te ontdekken.
- Het is belangrijk dat jongeren de ruimte krijgen om te experimenteren en te praten over hun ervaringen. Het kaderen van deze zoektocht als een normaal onderdeel van de levensfase, met empathie vanuit de omgeving, kan hen helpen om zich gesteund te voelen.

De rol van leerkrachten, scholen en ouders in de ondersteuning van de geestelijke gezondheid van jongeren is van groot belang en moet versterkt worden.

- Ouders willen dat hun kinderen goed presteren en gelukkig zijn, maar het is belangrijk dat ze begrijpen dat het normaal is dat jongeren soms worstelen met gevoelens. Het accepteren en ondersteunen van hun kinderen tijdens deze periodes is cruciaal voor hun emotionele ontwikkeling.
- Hoewel leerkrachten en scholen zich vaak richten op academische prestaties, is het bevorderen van geestelijke gezondheid ook een belangrijk onderdeel van hun rol. Het integreren van GGB-pakketten zoals die van het Vlaams Instituut Gezond Leven in de leerplannen is zinvol, maar lukt niet altijd doordat de leerplannen zo veeleisend zijn. In veel scholen worden dergelijke GGB-pakketten ingepland tijdens de sport- of godsdienstles in plaats van deze een volwaardige plaats te geven in de leerplannen. Er is nood aan afstemming met het Departement Onderwijs om meer ruimte te maken voor geestelijke gezondheid in de leerplannen.
- Uit een review uitgevoerd aan de VUB, blijkt dat interventies in scholen effectiever zijn wanneer deze worden verstrekt door GGZ-professionals of 'school counselors'. Leerkrachten missen vaak de sociale vaardigheden, zelfeffectiviteit en/of tijd om deze rol volledig op zich te nemen.

2.2.2 Acties voor geestelijke gezondheidsbevordering in Vlaanderen

Volgende acties worden als sterk beschouwd:

- De pakketten van het Vlaams Instituut Gezond Leven zijn evidence-based, vrij beschikbaar en leveren goede resultaten op. Met name de *Geluksdriehoek* heeft geleid tot een daling in psychologische stress en zelfbeschadigend gedrag van deelnemende jongeren[21].
- *Moodspace* is een laagdrempelig kanaal dat jongeren in staat stelt om zelfstandig met hun geestelijke gezondheid aan de slag te gaan. Het versterkt de autonomie, competenties en verbondenheid, en kan zo preventief werken tegen schooluitval. Het is een sterkte dat Moodspace ook leefstijlfactoren erkent, zoals het slechter slapen tijdens de puberteit, en waarschuwt voor de gevaren van het niet-medisch gebruik van medicatie, waaronder Rilatine, wat een toenemend probleem is bij jongeren.

Er is nood aan een gestructureerd kader om te triëren tussen de verschillende lagen van GGB en preventie van psychische problemen.

- Dit omvat universele interventies zoals psycho-educatie die gericht zijn op alle jongeren, groepsinterventies voor risicogroepen, en individuele interventies voor jongeren met psychische klachten.
- Er wordt in deze context verwezen naar de Psychological Referral Optimization (PRO) screenings-vragenlijst van Prof. Dr. Martijn Van Heel. Dit is een methodiek voor gerichte doorverwijzing voor adolescenten met mentale problemen. Op basis van een korte online vragenlijst worden leerlingen getrieerd in vier groepen: groen (geen mentale klachten en goed welbevinden); oranje (risicoprofiel voor onset van psychopathologie); rood (indicatie voor psychopathologisch profiel); zwart (indicatie voor acuut gevaar). Op basis van deze risicotaxatie krijgen leerlingen gericht advies en worden ze indien nodig doorverwezen naar gepaste hulp. Deze feedback, gebaseerd op een geautomatiseerd scoringsalgoritme, wordt in een persoonlijk adviesgesprek met de leerling op een gestandaar-diseerde wijze besproken. Leerlingen met een risicoprofiel worden doorverwezen naar een evidence-based groepstraining op school. Voor leerlingen met een verhoogd psychopathologisch profiel wordt nagegaan of zij al worden opgevolgd door het CLB en/of de GGZ-sector, en indien dit niet het geval is, worden zij gericht doorverwezen. Leerlingen met een verhoogd risicoprofiel worden binnen de week opgevolgd.

Er kunnen waardevolle bottom-up initiatieven ontstaan vanuit de brede basis (bijvoorbeeld het jeugdwerk) die niet meteen evidence-based hoeven te zijn, maar het is belangrijk om rekening te houden met enkele overwegingen:

- Het is cruciaal dat zulke initiatieven theoretisch ondersteund worden. Dit betekent dat er aandacht moet zijn voor werkzame ingrediënten van interventies, zoals autonomie, competenties en verbondenheid. Ook is het belangrijk om te weten hoe men welke competenties van jongeren kan versterken.
- Mensen in het werkveld hebben nood aan richtlijnen en handvatten voor het uitwerken van initiatieven, want die vraag komt vaak bij experten terecht.

---

21 Baetens I, Van Hove L, Azadfar Z, Van Heel M, Soyez V. The Effectivity of a School-Based Early Intervention Targeting Psychological Complaints and Non-Suicidal Self-Injury in Adolescents. Journal of Clinical Medicine. 2024; 13(7):1852. https://doi.org/10.3390/jcm13071852

- Het is niet altijd nodig om iets nieuws te ontwikkelen. Er bestaan al evidence-based pakketten die gebruikt kunnen worden, zoals deze van het Vlaams Instituut Gezond Leven. De ontwikkeling van nieuwe acties is vooral interessant voor specifieke doelgroepen of binnen een specifieke context.

2.3 (Jong)volwassenen

2.3.1 Maatschappelijke evoluties

Er is een stijgende trend in stressklachten op het werk, ondanks de toename van positieve factoren zoals autonomie en leermogelijkheden. Enkele belangrijke punten om mee in rekening te brengen:

- De sociale componenten van werk zoals de mate van sociale steun van collega's en leidinggevenden, verbondenheid op het werk, rechtvaardigheid binnen de organisatie worden steeds belangrijker voor werknemers.
- Stressklachten en burn-out hebben evenzeer te maken met een maatschappelijke trend van hoge verwachtingen.
- Het is ook belangrijk om geen al te negatief beeld te schetsen van werk: werk is voor veel mensen een positieve factor. De voordelen van werk wegen meestal op tegen de uitdagingen, en deze boodschap mag niet verloren gaan.

De jongvolwassenheid is een aparte levensfase met een unieke identiteit.

- Volgens internationaal expert Arnett (bedenker van het concept 'emerging adulthood') is de jongvolwassenheid een aparte levensfase met een unieke identiteit. Er is inmiddels goede evidentie dat deze levensfase een aparte categorie is in de hele levensloop.
- Een algemene vaststelling is dat jongvolwassenen steeds meer definitieve keuzes uitstellen in het leven.
- Uit een OESO-rapport bleek dat de negatieve impact van COVID-19 het grootst was voor jongvolwassenen tussen 18 en 30 jaar.

Chronische stress en schaarste bij personen in een sociaal kwetsbare positie worden onvoldoende erkend in de doelstellingen en vereisen systemische oplossingen.

- Armoedebestrijding moet hand in hand gaan met een beleid voor geestelijke gezondheid. Zonder deze integratie zullen de positieve effecten minimaal zijn voor mensen in een sociaal kwetsbare positie.
- Beleidsmakers moeten rekening houden met bestaande ongelijkheden en de impact van beleid in dit kader. Als alleen de gemakkelijk bereikbare personen worden geholpen, kunnen ongelijkheden zelfs toenemen.
- Zolang de leefomstandigheden van mensen in armoede niet verbeteren, is er weinig ruimte om individueel te werken aan de eigen geestelijke gezondheid. Dit kan net extra belastend zijn voor deze groep.
- Vaak ontbreekt een ondersteunend netwerk, of bevinden de personen in het netwerk zich in dezelfde situatie, waardoor ze elkaar niet kunnen ondersteunen.

De rol van digitale tools en (sociale) media blijft toenemen, wat zowel kansen als uitdagingen met zich meebrengt.

- Digitale evoluties hebben een sterke invloed op verschillende levensdomeinen, zoals de werkcontext. Dit kan leiden tot een gebrek aan focus en het gevoel dat men continu bereikbaar moet zijn.
- Het is belangrijk om kritisch te kijken naar hoe (sociale) media worden ingezet. Bijvoorbeeld, een zelftest voor mentale gezondheid in de populaire media kan leiden tot de medicalisering van normale psychische klachten.
- Er wordt verwezen naar het rapport van de Hoge Gezondheidsraad over digitale tools in de geestelijke gezondheid: er is nood aan een kader om de wildgroei aan digitale tools en apps over geestelijke gezondheid te beperken. Momenteel is er nog onduidelijkheid over de doeltreffendheid van het gebruik van digitale technologie en *wearables* om de mentale gezondheid te verbeteren.
- Het is belangrijk om in te zetten op de mogelijkheden tot 'digitale deconnectie' en om bewustwording te creëren over de invloeden van (sociale) mediagebruik op de geestelijke gezondheid.
- Virtual Reality (VR) heeft potentieel als een toekomstige strategie voor geestelijke gezondheidsbevordering (GGB), maar er zijn nog enkele stappen te zetten alvorens het breed toegepast kan worden. Het is nog te vroeg om VR toe te passen als GGB-strategie in de algemene populatie. Er moet eerst ingezet worden op het ontwikkelen en toegankelijk maken van de technologie. VR kan mogelijk specifieke doelen ondersteunen, zoals emotieregulatie. Kortdurende VR-interventies kunnen in de toekomst misschien ook thuis toegepast worden, waardoor ze meer toegankelijk zijn.

2.3.2 Acties voor geestelijke gezondheidsbevordering in Vlaanderen

Het is een positieve evolutie dat terugbetaalde ondersteuning door psychologen steeds meer gebruikt wordt voor preventie. Er schuilt nog veel potentieel in gemeenschapsgerichte groepsinterventies binnen de RIZIV-conventie en de outreachende functie van psychologen. Voor kwetsbare groepen is het sterk om dit in te bedden in toegankelijke diensten voor zorg en welzijn.

GGB en preventie op het werk lijken te ontbreken in de lijst van geïnventariseerde bestaande acties, terwijl er redelijk wat rond bestaat, ook qua wetgeving (onder andere de welzijnswet, wettelijk verplichte risicoanalyses psychosociaal welzijn):

- Structurele interventies op organisatieniveau en gericht op arbeidsomstandigheden zijn erg belangrijk, maar deze situeren zich vooral op federaal niveau. Het is onduidelijk of het GGB-beleid hierop zal inzetten. Bijvoorbeeld, ervoor zorgen dat er op organisatieniveau minder werkdruk is, dat werknemers meer autonomie hebben…
- De werksetting biedt ook de kans om individuele interventies op grote schaal uit te rollen, en is zo een toegankelijke manier om veel mensen te bereiken. Bijvoorbeeld de FitBonus bevordert mentaal, sociaal en fysiek welzijn. Dit is een initiatief van de Vlaamse overheid om zelfstandigen en KMO-medewerkers te ondersteunen naar een gezonder en veerkrachtiger leven, dankzij professionele coaches en webinars.
- Er is een brug nodig tussen wetenschappelijke evidentie en organisaties en bedrijven. Organisaties dienen te worden ondersteunen om, naast de wettelijke verplichting, op een effectieve manier aan geestelijke gezondheidsbevordering te doen. Een mogelijke actie is het creëren van een platform dat organisaties kunnen consulteren om acties te implementeren.

Wat betreft digitale interventies toont Moodspace goede resultaten, maar het aanbieden van stand-alone modules zonder enige opvolging leidt tot hogere uitval van deelnemers.

2.4 Ouderen

2.4.1 Maatschappelijke evoluties

De inrichting van de fysieke omgeving is bijzonder belangrijk voor de oudere populatie, die relatief gezien vaker minder mobiel is. De experten merken op dat ouderen andere noden hebben op het gebied van de inrichting van de openbare ruimte dan volwassenen en jongeren, gezien zij vaak minder goed te been zijn. Zaken zoals toegankelijkheid van openbaar vervoer zijn van groter belang voor deze groep.

Contacten tussen levensfasen en intergenerationele verbondenheid zijn eveneens belangrijk. Er is daarom ook aandacht nodig voor de inclusie van ouderen in reguliere vrijetijdsverenigingen en sport- en hobbyclubs die niet specifiek gericht zijn op ouderen. Scholen kunnen mogelijk ook een rol spelen in het bevorderen van deze verbondenheid.

Er mag ouderen geen engagement worden opgedrongen. De experten wijzen erop dat de invulling van betekenisvolle activiteit iets persoonlijks is. Betekenisvolle activiteiten kunnen ook een individuele of familiale activiteit zijn zoals tuinieren, lezen of op (klein)kinderen passen. Dit hoeft dus niet te maken te hebben met actieve participatie in een verenging of als vrijwilliger.

2.4.2 Acties voor geestelijke gezondheidsbevordering in Vlaanderen

De experten merken op dat het aantal acties specifiek gericht op ouderen beperkt is. Er is nood aan acties die inzetten op contacten tussen leeftijdsgroepen en intergenerationele verbondenheid.

Er bestaan wel organisaties en initiatieven die de geestelijke gezondheid van ouderen kunnen versterken of sociale isolatie en eenzaamheid tegengaan, maar dit niet expliciet tot doel hebben. Voorbeelden hiervan zijn OKRA, de Universiteit Voor de Derde Leeftijd, buurttuinen en buurtactiviteiten, familiehulp en de minder mobielencentrale.

Hoofdstuk 12
Discussie en conclusie

Het belang van geestelijke gezondheid wordt steeds meer erkend als een **essentieel onderdeel van gezondheid**. Dankzij maatschappelijke, wetenschappelijke en beleidsmatige evoluties krijgt geestelijke gezondheid nu meer aandacht dan voorheen, hoewel deze inhaalbeweging nog niet volledig voltooid is. Daarnaast groeit het besef dat (geestelijke) gezondheid meer is dan de afwezigheid van ziekte. De focus verschuift **van een reactieve naar een proactieve aanpak,** waarbij het versterken van mentaal welzijn een belangrijke rol speelt in het bouwen aan een gezondere en gelukkigere samenleving.

Dit beleidsplan Geestelijke Gezondheidsbevordering sluit naadloos aan bij deze ontwikkelingen en zal bijdragen aan een meer gedragen en onderbouwde aanpak op het gebied van geestelijke gezondheids-bevordering en preventie. Hierbij wordt **aandacht besteed aan sociaal-maatschappelijke veranderingen en stressfactoren** zoals school- en werkdruk, eenzaamheid en de toenemende invloed van sociale media. Om gelijke kansen te realiseren, is het noodzakelijk om **bestaande ongelijkheden in geestelijke gezondheid en determinanten te verminderen**, wat de extra ondersteuning van personen in een kwetsbare positie rechtvaardigt.

Het traject om tot dit beleidsplan te komen kent **zowel sterktes als tekortkomingen.** Het **intensieve participatieve traject** dat tussen februari en november 2024 gelopen werd is ongetwijfeld een sterkte. Tientallen organisaties, beroepsvertegenwoordigers, belangenverenigingen, beleidsactoren en academische professionals leverden een bijdrage aan het traject. Het beleidsplan houdt zo goed mogelijk rekening met deze inbreng en speelt zo in op de actuele noden **van de samenleving**, met aandacht voor diverse (kwetsbare) groepen. Deze participatieve aanpak zorgde ook **voor verbinding** tussen actoren, wat een eerste belangrijke stap is naar een goede samenwerking op langere termijn. Het beleidsplan GGB streeft ernaar om de krachten van diverse actoren te bundelen en zo een meerwaarde te creëren voor zowel de actoren als de burger. Ook de **wetenschappelijke onderbouwing van interventies** is een sterkte, omdat dit beleidsmakers in staat stelt om weloverwogen keuzes te maken met een maximaal maatschappelijk én economisch rendement.

De korte duurtijd van het project was echter een tekortkoming, waardoor **pragmatische keuzes** soms nodig waren. Zo was er bij de uitwerking van de indicatoren geen ruimte voor een diepgaande analyse van de operationalisering van de indicatoren, en kon de literatuurtoets van de prioritaire en belangrijke determinanten niet systematisch gebeuren. Deze resultaten moeten dan ook in dit licht worden gezien: waardevol, maar deels exploratief.

Daarnaast is het nodig om het beleidsplan in de toekomst **verder** te **concretiseren en om prioriteiten te stellen**. De doelstellingen, die zijn opgesteld na meerdere feedbackronden, zijn ambitieus en omvangrijk. Niet alles kan tegelijk worden aangepakt. De inventarisatie van bestaande acties en de hiatenanalyse geven een eerste overzicht van doelstellingen waarvoor momenteel weinig of geen inspanningen worden geleverd in Vlaanderen, en geven daarmee richting aan de prioriteiten. De operationele doelstellingen kunnen verder worden vertaald naar concrete actiepunten, uitgedrukt in SMART-doelen, met targets of KPI's, termijnen en verantwoordelijkheden voor specifieke actoren.

Tot slot zijn er enkele uitdagingen verbonden aan de verdere realisatie van dit beleidsplan. De experten benadrukken de noodzaak van een aanpak die meerdere beleidsdomeinen overstijgt. Daarbij moet

echter rekening worden gehouden met het feit dat sommige sectoren, zoals onderwijs en kinderopvang, momenteel onder grote druk staan waardoor het niet evident zal zijn om bijkomende verantwoordelijkheden op te nemen inzake GGB. Andere uitdagingen zijn het garanderen van voldoende continuïteit en samenhang doorheen de verschillende levensfasen, en de integratie van acties in toegankelijke diensten en bestaande structuren zodat burgers (inclusief personen in een kwetsbare positie) maximaal bereikt worden.

Referenties

1. Organization WH. *WHO European framework for action on mental health 2021–2025*. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2022.
2. Keyes CL. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *J Consult Clin Psychol*. Jun 2005;73(3):539-48. doi:10.1037/0022-006x.73.3.539
3. Dykxhoorn J, Fischer L, Bayliss B, et al. Conceptualising public mental health: development of a conceptual framework for public mental health. *BMC Public Health*. Jul 23 2022;22(1):1407. doi:10.1186/s12889-022-13775-9
4. Caplan G. Principles of preventive psychiatry. 1964;
5. Institute of Medicine Committee on Prevention of Mental D. In: Mrazek PJ, Haggerty RJ, eds. *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. National Academies Press (US)

Copyright 1994 by the National Academy of Sciences . All rights reserved.; 1994.
6. Arango C, Díaz-Caneja CM, McGorry PD, et al. Preventive strategies for mental health. *Lancet Psychiatry*. Jul 2018;5(7):591-604. doi:10.1016/s2215-0366(18)30057-9
7. Van Yperen T, Veerman J. *Zicht op effectiviteit: handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Eburon Uitgeverij BV; 2008.
8. Barry MM, Kuosmanen T, Keppler T, Dowling K, Harte P. Priority actions for promoting population mental health and wellbeing. *Mental Health & Prevention*. 2024;33:200312. doi:10.1016/j.mhp.2023.200312
9. Downe S, Finlayson K, Tunçalp Ö, Metin Gülmezoglu A. What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. *Bjog*. Mar 2016;123(4):529-39. doi:10.1111/1471-0528.13819
10. Alves AC, Cecatti JG, Souza RT. Resilience and Stress during Pregnancy: A Comprehensive Multidimensional Approach in Maternal and Perinatal Health. *ScientificWorldJournal*. 2021;2021:9512854. doi:10.1155/2021/9512854
11. Risi A, Pickard JA, Bird AL. The implications of parent mental health and wellbeing for parent-child attachment: A systematic review. *PLoS One*. 2021;16(12):e0260891. doi:10.1371/journal.pone.0260891
12. Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health*. Jul 28 2021;18(1):162. doi:10.1186/s12978-021-01209-5
13. Van Haeken S, Braeken M, Nuyts T, Franck E, Timmermans O, Bogaerts A. Perinatal Resilience for the First 1,000 Days of Life. Concept Analysis and Delphi Survey. *Front Psychol*. 2020;11:563432. doi:10.3389/fpsyg.2020.563432
14. Nuyts T, Van Haeken S, Crombag N, et al. "Nobody Listened". Mothers' Experiences and Needs Regarding Professional Support Prior to Their Admission to an Infant Mental Health Day Clinic. *Int J Environ Res Public Health*. Oct 17 2021;18(20)doi:10.3390/ijerph182010917
15. Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. Postpartum depression risk factors: A narrative review. *J Educ Health Promot*. 2017;6:60. doi:10.4103/jehp.jehp_9_16
16. Khan R, Waqas A, Bilal A, Mustehsan ZH, Omar J, Rahman A. Association of Maternal depression with diet: A systematic review. *Asian J Psychiatr*. Aug 2020;52:102098. doi:10.1016/j.ajp.2020.102098
17. Bilodeau J, Mikutra-Cencora M, Quesnel-Vallée A. Work-family interface and children's mental health: a systematic review. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. Mar 30 2023;17(1):45. doi:10.1186/s13034-023-00596-w

18. Suto M, Balogun OO, Dhungel B, Kato T, Takehara K. Effectiveness of Workplace Interventions for Improving Working Conditions on the Health and Wellbeing of Fathers or Parents: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. Apr 14 2022;19(8)doi:10.3390/ijerph19084779
19. Wright B, Fearon P, Garside M, et al. Routinely used interventions to improve attachment in infants and young children: a national survey and two systematic reviews. *Health Technol Assess*. Feb 2023;27(2):1-226. doi:10.3310/ivcn8847
20. Sklad M, Diekstra R, Ritter MD, Ben J, Gravesteijn C. Effectiveness of school-based universal social, emotional, and behavioral programs: Do they enhance students' development in the area of skill, behavior, and adjustment? *Psychology in the Schools*. 2012;49(9):892-909. doi:https://doi.org/10.1002/pits.21641
21. Durlak JA, Weissberg RP, Dymnicki AB, Taylor RD, Schellinger KB. The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Dev*. Jan-Feb 2011;82(1):405-32. doi:10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x
22. McPherson KE, Kerr S, McGee E, et al. The association between social capital and mental health and behavioural problems in children and adolescents: an integrative systematic review. *BMC Psychol*. 2014;2(1):7. doi:10.1186/2050-7283-2-7
23. Blum RW, Lai J, Martinez M, Jessee C. Adolescent connectedness: cornerstone for health and wellbeing. *Bmj*. Oct 27 2022;379:e069213. doi:10.1136/bmj-2021-069213
24. Allen K-A, Jamshidi N, Berger E, Reupert A, Wurf G, May F. Impact of school-based interventions for building school belonging in adolescence: A systematic review. *Educational Psychology Review*. 2022;34(1):229-257. doi:10.1007/s10648-021-09621-w
25. Yap MB, Jorm AF. Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing problems: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. Apr 1 2015;175:424-40. doi:10.1016/j.jad.2015.01.050
26. Zapf H, Boettcher J, Haukeland Y, Orm S, Coslar S, Fjermestad K. A systematic review of the association between parent-child communication and adolescent mental health. *JCPP Advances*. 2023/11/04 2023;n/a(n/a):e12205. doi:https://doi.org/10.1002/jcv2.12205
27. Flett GL. Resilience to Interpersonal Stress: Why Mattering Matters When Building the Foundation of Mentally Healthy Schools. In: Leschied AW, Saklofske DH, Flett GL, eds. *Handbook of School-Based Mental Health Promotion: An Evidence-Informed Framework for Implementation*. Springer International Publishing; 2018:383-410.
28. Tillmann S, Tobin D, Avison W, Gilliland J. Mental health benefits of interactions with nature in children and teenagers: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. Oct 2018;72(10):958-966. doi:10.1136/jech-2018-210436
29. Hale GE, Colquhoun L, Lancastle D, Lewis N, Tyson PJ. Review: Physical activity interventions for the mental health and well-being of adolescents - a systematic review. *Child Adolesc Ment Health*. Nov 2021;26(4):357-368. doi:10.1111/camh.12485
30. Hale GE, Colquhoun L, Lancastle D, Lewis N, Tyson PJ. Physical activity interventions for the mental health of children: A systematic review. *Child Care Health Dev*. Mar 2023;49(2):211-229. doi:10.1111/cch.13048
31. Hoffmann MD, Barnes JD, Tremblay MS, Guerrero MD. Associations between organized sport participation and mental health difficulties: Data from over 11,000 US children and adolescents. *PLoS One*. 2022;17(6):e0268583. doi:10.1371/journal.pone.0268583
32. Ye Z, Wu D, He X, et al. Meta-analysis of the relationship between bullying and depressive symptoms in children and adolescents. *BMC Psychiatry*. Mar 30 2023;23(1):215. doi:10.1186/s12888-023-04681-4
33. Hikmat R, Yosep I, Hernawaty T, Mardhiyah A. A Scoping Review of Anti-Bullying Interventions: Reducing Traumatic Effect of Bullying Among Adolescents. *J Multidiscip Healthc*. 2024;17:289-304. doi:10.2147/jmdh.s443841

34. Donaldson C, Moore G, Hawkins J. A Systematic Review of School Transition Interventions to Improve Mental Health and Wellbeing Outcomes in Children and Young People. *School Mental Health*. 2023/03/01 2023;15(1):19-35. doi:10.1007/s12310-022-09539-w
35. Freţian AM, Graf P, Kirchhoff S, et al. The Long-Term Effectiveness of Interventions Addressing Mental Health Literacy and Stigma of Mental Illness in Children and Adolescents: Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Public Health*. 2021;66:1604072. doi:10.3389/ijph.2021.1604072
36. Ma KKY, Burn AM, Anderson JK. Review: School-based mental health literacy interventions to promote help-seeking - a systematic review. *Child Adolesc Ment Health*. Sep 2023;28(3):408-424. doi:10.1111/camh.12609
37. Ma KKY, Anderson JK, Burn AM. Review: School-based interventions to improve mental health literacy and reduce mental health stigma - a systematic review. *Child Adolesc Ment Health*. May 2023;28(2):230-240. doi:10.1111/camh.12543
38. Hart LM, Jorm AF, Johnson CL, et al. Mental health literacy for supporting children: the need for a new field of research and intervention. *World Psychiatry*. 2023:338-339. vol. 2.
39. Leger-Goodes T, Malboeuf-Hurtubise C, Mastine T, Genereux M, Paradis PO, Camden C. Eco-anxiety in children: A scoping review of the mental health impacts of the awareness of climate change. *Front Psychol*. 2022;13:872544. doi:10.3389/fpsyg.2022.872544
40. Steare T, Gutiérrez Muñoz C, Sullivan A, Lewis G. The association between academic pressure and adolescent mental health problems: A systematic review. *J Affect Disord*. Oct 15 2023;339:302-317. doi:10.1016/j.jad.2023.07.028
41. Modini M, Joyce S, Mykletun A, et al. The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review. *Australas Psychiatry*. Aug 2016;24(4):331-6. doi:10.1177/1039856215618523
42. Harvey SB, Modini M, Joyce S, et al. Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occup Environ Med*. Mar 2017;74(4):301-310. doi:10.1136/oemed-2016-104015
43. Harandi TF, Taghinasab MM, Nayeri TD. The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electron Physician*. Sep 2017;9(9):5212-5222. doi:10.19082/5212
44. Gariépy G, Honkaniemi H, Quesnel-Vallée A. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *Br J Psychiatry*. Oct 2016;209(4):284-293. doi:10.1192/bjp.bp.115.169094
45. Andersen LMB, Rasmussen AN, Reavley NJ, Bøggild H, Overgaard C. The social route to mental health: A systematic review and synthesis of theories linking social relationships to mental health to inform interventions. *SSM Mental Health*. 2021;1doi:10.1016/j.ssmmh.2021.100042
46. Pascoe EA, Smart Richman L. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychol Bull*. Jul 2009;135(4):531-54. doi:10.1037/a0016059
47. Thornicroft G, Mehta N, Clement S, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet*. Mar 12 2016;387(10023):1123-1132. doi:10.1016/s0140-6736(15)00298-6
48. Joyce S, Shand F, Tighe J, Laurent SJ, Bryant RA, Harvey SB. Road to resilience: a systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions. *BMJ Open*. Jun 14 2018;8(6):e017858. doi:10.1136/bmjopen-2017-017858
49. Dejonckheere E, Rhee JJ, Baguma PK, et al. Perceiving societal pressure to be happy is linked to poor well-being, especially in happy nations. *Sci Rep*. Feb 17 2022;12(1):1514. doi:10.1038/s41598-021-04262-z
50. Bennett AA, Bakker AB, Field JG. Recovery from work-related effort: A meta-analysis. *Journal of Organizational Behavior*. 2018/03/01 2018;39(3):262-275. doi:https://doi.org/10.1002/job.2217
51. Braithwaite S, Holt-Lunstad J. Romantic relationships and mental health. *Curr Opin Psychol*. Feb 2017;13:120-125. doi:10.1016/j.copsyc.2016.04.001
52. Gil M, Kim SS, Kim D, Han H, Lim B, De Gagne JC. Couple-Oriented Interventions for Mental Health: A Scoping Review. *J Fam Nurs*. Oct 16 2023:10748407231198249. doi:10.1177/10748407231198249

53. Thomas PA, Liu H, Umberson D. Family Relationships and Well-Being. *Innov Aging*. Nov 2017;1(3):igx025. doi:10.1093/geroni/igx025
54. Barlow J, Smailagic N, Huband N, Roloff V, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *Cochrane Database Syst Rev*. Jun 13 2012;(6):Cd002020. doi:10.1002/14651858.CD002020.pub3
55. Firth J, Solmi M, Wootton RE, et al. A meta-review of "lifestyle psychiatry": the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. *World Psychiatry*. Oct 2020;19(3):360-380. doi:10.1002/wps.20773
56. Nichol B, Wilson R, Rodrigues A, Haighton C. Exploring the Effects of Volunteering on the Social, Mental, and Physical Health and Well-being of Volunteers: An Umbrella Review. *Voluntas*. May 4 2023:1-32. doi:10.1007/s11266-023-00573-z
57. Yeo G, Reich SM, Liaw NA, Chia EYM. The Effect of Digital Mental Health Literacy Interventions on Mental Health: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Med Internet Res*. Feb 29 2024;26:e51268. doi:10.2196/51268
58. Tambling RR, D'Aniello C, Russell BS. Mental Health Literacy: a Critical Target for Narrowing Racial Disparities in Behavioral Health. *Int J Ment Health Addict*. Nov 11 2021:1-15. doi:10.1007/s11469-021-00694-w
59. Lucchetti G, Koenig HG, Lucchetti ALG. Spirituality, religiousness, and mental health: A review of the current scientific evidence. *World J Clin Cases*. Sep 16 2021;9(26):7620-7631. doi:10.12998/wjcc.v9.i26.7620
60. Mento C, Damiani F, La Versa M, et al. Eco-Anxiety: An Evolutionary Line from Psychology to Psychopathology. *Medicina (Kaunas)*. Nov 21 2023;59(12)doi:10.3390/medicina59122053
61. Sui Y, Ettema D, Helbich M. Longitudinal associations between the neighborhood social, natural, and built environment and mental health: A systematic review with meta-analyses. *Health Place*. Sep 2022;77:102893. doi:10.1016/j.healthplace.2022.102893
62. Nyqvist F, Forsman AK, Giuntoli G, Cattan M. Social capital as a resource for mental well-being in older people: a systematic review. *Aging Ment Health*. 2013;17(4):394-410. doi:10.1080/13607863.2012.742490
63. Rose K, Kozlowski D, Horstmanshof L. Experiences of ageing in place in Australia and New Zealand: A scoping review. *Journal of Community & Applied Social Psychology*. 2023 2023;33(3):623-645. doi:10.1002/casp.2669
64. Lee SH, Lee H, Yu S. Effectiveness of Social Support for Community-Dwelling Elderly with Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare (Basel)*. Aug 23 2022;10(9)doi:10.3390/healthcare10091598
65. Mak HW, Noguchi T, Bone JK, et al. Hobby engagement and mental wellbeing among people aged 65 years and older in 16 countries. *Nat Med*. Sep 2023;29(9):2233-2240. doi:10.1038/s41591-023-02506-1
66. Owen R, Berry K, Brown LJE. Enhancing Older Adults' Well-Being and Quality of Life Through Purposeful Activity: A Systematic Review of Intervention Studies. *Gerontologist*. Jul 15 2022;62(6):e317-e327. doi:10.1093/geront/gnab017
67. Kristiansen CB, Kjær JN, Hjorth P, Andersen K, Prina AM. The association of time since spousal loss and depression in widowhood: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Jul 2019;54(7):781-792. doi:10.1007/s00127-019-01680-3
68. Vrkljan B, Montpetit A, Naglie G, Rapoport M, Mazer B. Interventions that support major life transitions in older adulthood: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. Mar 2019;31(3):393-415. doi:10.1017/s1041610218000972
69. Xu T, Nordin NA, Aini AM. Urban Green Space and Subjective Well-Being of Older People: A Systematic Literature Review. *Int J Environ Res Public Health*. Oct 31 2022;19(21)doi:10.3390/ijerph192114227
70. Moilanen T, Kangasniemi M, Papinaho O, et al. Older people's perceived autonomy in residential care: An integrative review. *Nurs Ethics*. May 2021;28(3):414-434. doi:10.1177/0969733020948115

71. Kang H, Kim H. Ageism and Psychological Well-Being Among Older Adults: A Systematic Review. *Gerontol Geriatr Med*. Jan-Dec 2022;8:23337214221087023. doi:10.1177/23337214221087023
72. Coelho-Júnior HJ, Calvani R, Panza F, et al. Religiosity/Spirituality and Mental Health in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Front Med (Lausanne)*. 2022;9:877213. doi:10.3389/fmed.2022.877213
73. de Diego-Cordero R, Suárez-Reina P, Badanta B, Lucchetti G, Vega-Escaño J. The efficacy of religious and spiritual interventions in nursing care to promote mental, physical and spiritual health: A systematic review and meta-analysis. *Appl Nurs Res*. Oct 2022;67:151618. doi:10.1016/j.apnr.2022.151618
74. Kirkbride JB, Anglin DM, Colman I, et al. The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*. Feb 2024;23(1):58-90. doi:10.1002/wps.21160
75. Enns JE, Holmqvist M, Wener P, et al. Interventions aimed at reducing poverty for primary prevention of mental illness: A scoping review. *Mental Health and Prevention*. 2019;15doi:10.1016/j.mhp.2019.200165
76. Wahlbeck K, Cresswell-Smith J, Haaramo P, Parkkonen J. Interventions to mitigate the effects of poverty and inequality on mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. May 2017;52(5):505-514. doi:10.1007/s00127-017-1370-4
77. Close C, Kouvonen A, Bosqui T, Patel K, O'Reilly D, Donnelly M. The mental health and wellbeing of first generation migrants: a systematic-narrative review of reviews. *Global Health*. Aug 25 2016;12(1):47. doi:10.1186/s12992-016-0187-3
78. Mak J, Roberts B, Zimmerman C. Coping with Migration-Related Stressors: A Systematic Review of the Literature. *J Immigr Minor Health*. Apr 2021;23(2):389-404. doi:10.1007/s10903-020-00996-6
79. Apers H, Van Praag L, Nöstlinger C, Agyemang C. Interventions to improve the mental health or mental well-being of migrants and ethnic minority groups in Europe: A scoping review. *Glob Ment Health (Camb)*. 2023;10:e23. doi:10.1017/gmh.2023.15
80. Silva P, Pereira H. Promoting Psychosocial Well-Being and Empowerment of Immigrant Women: A Systematic Review of Interventions. *Behav Sci (Basel)*. Jul 12 2023;13(7)doi:10.3390/bs13070579
81. Uphoff E, Robertson L, Cabieses B, et al. An overview of systematic reviews on mental health promotion, prevention, and treatment of common mental disorders for refugees, asylum seekers, and internally displaced persons. *Cochrane Database Syst Rev*. Sep 4 2020;9(9):Cd013458. doi:10.1002/14651858.CD013458.pub2
82. Verhaak PF, Heijmans MJ, Peters L, Rijken M. Chronic disease and mental disorder. *Soc Sci Med*. Feb 2005;60(4):789-97. doi:10.1016/j.socscimed.2004.06.012
83. Akyirem S, Forbes A, Wad JL, Due-Christensen M. Psychosocial interventions for adults with newly diagnosed chronic disease: A systematic review. *J Health Psychol*. Jun 2022;27(7):1753-1782. doi:10.1177/1359105321995916
84. Moagi MM, van Der Wath AE, Jiyane PM, Rikhotso RS. Mental health challenges of lesbian, gay, bisexual and transgender people: An integrated literature review. *Health SA*. 2021;26:1487. doi:10.4102/hsag.v26i0.1487
85. Wilson C, Cariola LA. LGBTQI+ youth and mental health: A systematic review of qualitative research. *Adolescent Research Review*. 2020;5(2):187-211. doi:10.1007/s40894-019-00118-w
86. Ervin J, Taouk Y, Fleitas Alfonzo L, Peasgood T, King T. Longitudinal association between informal unpaid caregiving and mental health amongst working age adults in high-income OECD countries: A systematic review. *EClinicalMedicine*. Nov 2022;53:101711. doi:10.1016/j.eclinm.2022.101711
87. Aksoydan E, Aytar A, Blazeviciene A, et al. Is training for informal caregivers and their older persons helpful? A systematic review. *Arch Gerontol Geriatr*. Jul-Aug 2019;83:66-74. doi:10.1016/j.archger.2019.02.006
88. Wiegelmann H, Speller S, Verhaert LM, Schirra-Weirich L, Wolf-Ostermann K. Psychosocial interventions to support the mental health of informal caregivers of persons living with dementia - a systematic literature review. *BMC Geriatr*. Feb 1 2021;21(1):94. doi:10.1186/s12877-021-02020-4

89. Kirvalidze M, Abbadi A, Dahlberg L, Sacco LB, Morin L, Calderón-Larrañaga A. Effectiveness of interventions designed to mitigate the negative health outcomes of informal caregiving to older adults: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *BMJ Open*. Apr 21 2023;13(4):e068646. doi:10.1136/bmjopen-2022-068646
90. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. Aug 2017;2(8):e356-e366. doi:10.1016/s2468-2667(17)30118-4
91. McKay MT, Cannon M, Chambers D, et al. Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Acta Psychiatr Scand*. Mar 2021;143(3):189-205. doi:10.1111/acps.13268
92. Francis ER, Tsaligopoulou A, Stock SE, Pingault JB, Baldwin JR. Subjective and objective experiences of childhood adversity: a meta-analysis of their agreement and relationships with psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*. Aug 2023;64(8):1185-1199. doi:10.1111/jcpp.13803
93. Avery JC, Morris H, Galvin E, Misso M, Savaglio M, Skouteris H. Systematic Review of School-Wide Trauma-Informed Approaches. *J Child Adolesc Trauma*. Sep 2021;14(3):381-397. doi:10.1007/s40653-020-00321-1
94. Kuosmanen T, Kepler T, Dowling K, Barry MM. *Evidence Synthesis of Impact of Mental Health Promotion: A systematic rapid evidence assessment of the effectiveness of mental health promotion interventions across the lifecourse*. Galway. HPRCNUoI; 2022.
95. Matvienko-Sikar K, Redsell S, Flannery C. Effects of maternal stress and/or anxiety interventions in the first 1000 days:Systematic review of reviews. Article. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2023;41(2):114-151. doi:10.1080/02646838.2021.1976400
96. Motrico E, Bina R, Kassianos AP, et al. Effectiveness of interventions to prevent perinatal depression: An umbrella review of systematic reviews and meta-analysis. Article. *General Hospital Psychiatry*. 2023;82:47-61. doi:10.1016/j.genhosppsych.2023.03.007
97. Lau Y, Chew HSJ, Ang WHD, et al. Effects of digital health interventions on the psychological outcomes of perinatal women: umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. Article. *Health Psychology Review*. 2023;doi:10.1080/17437199.2023.2185654
98. Villar-Alises O, Martinez-Miranda P, Martinez-Calderon J. Prenatal Yoga-Based Interventions May Improve Mental Health during Pregnancy: An Overview of Systematic Reviews with Meta-Analysis. Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(2)1556. doi:10.3390/ijerph20021556
99. Sánchez-Polán M, Silva-Jose C, Franco E, et al. Prenatal anxiety and exercise. Systematic review and meta-analysis. Review. *Journal of Clinical Medicine*. 2021;10(23)5501. doi:10.3390/jcm10235501
100. Munns L, Spark N, Crossland A, Preston C. The effects of yoga-based interventions on postnatal mental health and well-being: A systematic review. Review. *Heliyon*. 2024;10(3)e25455. doi:10.1016/j.heliyon.2024.e25455
101. Ahmed W, Zafar SW, Meraj H, et al. Prevention of common mental disorders among women in the perinatal period: a critical mixed-methods review and meta-analysis. *Global Mental Health*. 2022

2024-03-20 2022;9:157-172. doi:https://doi.org/10.1017/gmh.2022.17
102. Abera M, Hanlon C, Daniel B, et al. Effects of relaxation interventions during pregnancy on maternal mental health, and pregnancy and newborn outcomes: A systematic review and meta-analysis. Review. *PLoS ONE*. 2024;19(1 January)e0278432. doi:10.1371/journal.pone.0278432
103. Trapani S, Caglioni M, Villa G, Manara DF, Caruso R. Mindfulness-Based Interventions During Pregnancy and Long-Term Effects on Postpartum Depression and Maternal Mental Health: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Review. *Journal of Integrative and Complementary Medicine*. 2024;30(2):107-120. doi:10.1089/jicm.2023.0114
104. Martín-Gómez C, Moreno-Peral P, Bellón JA, et al. Effectiveness of psychological interventions in preventing postpartum depression in non-depressed women: A systematic review and meta-Analysis of

randomized controlled trials. Review. *Psychological Medicine*. 2022;52(6):1001-1013. doi:10.1017/S0033291722000071
105. Wang X, Xu H, Liu X, Yan J, Chen C, Li Y. Evaluating the effect of psychoeducational interventions on prenatal attachment and anxiety/depression in pregnant women and partners: A systematic review and meta-analysis. Article. *Journal of Affective Disorders*. 2023;342:33-44. doi:10.1016/j.jad.2023.08.131
106. Qian J, Sun S, Wang M, Sun X, Yu X. Art-based interventions for women's mental health in pregnancy and postpartum: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Front Psychiatry*. 2023;14:1112951. doi:10.3389/fpsyt.2023.1112951
107. Liu J, Sun Y, Fan X, et al. Effects of psychosocial sleep interventions on improving infant sleep and maternal sleep and mood: A systematic review and meta-analysis. Review. *Sleep Health*. 2023;9(5):662-671. doi:10.1016/j.sleh.2023.06.010
108. Mai SY, Liu Y, He HC, Yan XY. The Effects of Different Exercise Programs on the Prevention of Perinatal Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. Review. *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology*. 2023;50(1)9. doi:10.31083/j.ceog5001009
109. Yuan M, Chen H, Chen D, et al. Effect of physical activity on prevention of postpartum depression: A dose-response meta-analysis of 186,412 women. Review. *Frontiers in Psychiatry*. 2022;13984677. doi:10.3389/fpsyt.2022.984677
110. Xu H, Liu R, Wang X, Yang J. Effectiveness of aerobic exercise in the prevention and treatment of postpartum depression: Meta-analysis and network meta-analysis. Article. *PLoS ONE*. 2023;18(11 November)e0287650. doi:10.1371/journal.pone.0287650
111. Moore N, Abouhala S, Maleki P, Kheyfets A, Carvalho K, Amutah-Onukagha N. The Efficacy of Provider-Based Prenatal Interventions to Reduce Maternal Stress: A Systematic Review. Article. *Women's Health Issues*. 2023;33(3):300-311. doi:10.1016/j.whi.2023.02.003
112. Fisher ML, Sutcliffe P, Southern C, Grove AL, Tan BK. The Effectiveness of Interventions for the Prevention or Treatment of Paternal Perinatal Anxiety: A Systematic Review. Review. *Journal of Clinical Medicine*. 2022;11(22)6617. doi:10.3390/jcm11226617
113. Ong QEO, Ong JW, Ang MQ, Vehviläinen-Julkunen K, He HG. Systematic review and meta-analysis of psychoeducation on the psychological and social impact among first-time mothers. Review. *Patient Education and Counseling*. 2023;111107678. doi:10.1016/j.pec.2023.107678
114. Yu X, Liu Y, Huang Y, Zeng T. The effect of nonpharmacological interventions on the mental health of high-risk pregnant women: A systematic review. Review. *Complementary Therapies in Medicine*. 2022;64102799. doi:10.1016/j.ctim.2022.102799
115. Chan SH, Shorey S. Effectiveness of psychosocial interventions on the psychological outcomes of parents with preterm infants: A systematic review and meta-analysis. Review. *Journal of Pediatric Nursing*. 2024;74:23-34. doi:10.1016/j.pedn.2023.10.028
116. Pezley L, Cares K, Duffecy J, et al. Efficacy of behavioral interventions to improve maternal mental health and breastfeeding outcomes: a systematic review. Review. *International Breastfeeding Journal*. 2022;17(1)67. doi:10.1186/s13006-022-00501-9
117. Luo Y, Ebina Y, Kagamiyama H, Sato Y. Interventions to improve immigrant women's mental health: A systematic review. Review. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;32(11-12):2481-2493. doi:10.1111/jocn.16378
118. Dahlberg M, Nordmyr J, Gunnarsdottir H, Forsman AK. The Evidenced Effects of Early Childhood Interventions to Promote Mental Health and Parenting in the Nordic Countries: A Systematic Review. Review. *International Journal of Mental Health Promotion*. 2023;25(4):505-537. doi:10.32604/ijmhp.2023.020833
119. Opie JE, Esler TB, Clancy EM, et al. Universal Digital Programs for Promoting Mental and Relational Health for Parents of Young Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev*. Mar 2024;27(1):23-52. doi:10.1007/s10567-023-00457-0

120. MacKinnon AL, Silang K, Penner K, Zalewski M, Tomfohr-Madsen L, Roos LE. Promoting Mental Health in Parents of Young Children Using eHealth Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis. Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2022;25(3):413-434. doi:10.1007/s10567-022-00385-5
121. Sakamoto JL, Carandang RR, Kharel M, et al. Effects of mHealth on the psychosocial health of pregnant women and mothers: A systematic review. Review. *BMJ Open*. 2022;12(2)e056807. doi:10.1136/bmjopen-2021-056807
122. Hare MM, Landis TD, Hernandez ML, Graziano PA. A Systematic Review of Infant Mental Health Prevention and Treatment Programs. Review. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*. 2024;9(1):138-161. doi:10.1080/23794925.2022.2140458
123. England-Mason G, Andrews K, Atkinson L, Gonzalez A. Emotion socialization parenting interventions targeting emotional competence in young children: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Review. *Clinical Psychology Review*. 2023;100102252. doi:10.1016/j.cpr.2023.102252
124. Featherston R, Barlow J, Song Y, et al. Mindfulness-enhanced parenting programmes for improving the psychosocial outcomes of children (0 to 18 years) and their parents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2024;(1)doi:10.1002/14651858.CD012445.pub2
125. Li N, Peng J, Li Y. Effects and Moderators of Triple P on the Social, Emotional, and Behavioral Problems of Children: Systematic Review and Meta-Analysis. Review. *Frontiers in Psychology*. 2021;12709851. doi:10.3389/fpsyg.2021.709851
126. Lyu R, Lu S, Ma X. Group interventions for mental health and parenting in parents with adverse childhood experiences: A systematic review and meta-analysis. Article. *Family Relations*. 2023;72(4):1806-1826. doi:10.1111/fare.12768
127. Harrison L, Sharma N, Irfan O, Zaman M, Vaivada T, Bhutta ZA. Mental Health and Positive Development Prevention Interventions: Overview of Systematic Reviews. Article. *Pediatrics*. 2022;149e2021053852G. doi:10.1542/peds.2021-053852G
128. Lam LT, Lam MK. Child and adolescent mental well-being intervention programme: A systematic review of randomised controlled trials. Review. *Frontiers in Psychiatry*. 2023;141106816. doi:10.3389/fpsyt.2023.1106816
129. Lou X, Ng TK, Siu OL. Investigating the effects of Psycho-Behavioral interventions on healthy adolescents' subjective well-being: a three-level meta-analysis. Article. *Journal of Positive Psychology*. 2024;19(2):342-355. doi:10.1080/17439760.2023.2179934
130. Noh D, Kim H. Effectiveness of Online Interventions for the Universal and Selective Prevention of Mental Health Problems Among Adolescents: a Systematic Review and Meta-Analysis. Review. *Prevention Science*. 2023;24(2):353-364. doi:10.1007/s11121-022-01443-8
131. Ng TJ, Ling J, Robbins LB, Kao TA. Stress Management Interventions Among U.S. High School Adolescents: A Meta-Analysis. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. Apr 2024;30(2):252-278. doi:10.1177/10783903231161608
132. Pinto TM, Laurence PG, Macedo CR, Macedo EC. Resilience Programs for Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. Review. *Frontiers in Psychology*. 2021;12754115. doi:10.3389/fpsyg.2021.754115
133. Dunning D, Tudor K, Radley L, et al. Do mindfulness-based programmes improve the cognitive skills, behaviour and mental health of children and adolescents? An updated meta-analysis of randomised controlled trials. Review. *Evidence-Based Mental Health*. 2022;25(3):135-142. doi:10.1136/ebmental-2022-300464
134. Zhang Y, Chen S, Wu H, Guo C. Effect of Mindfulness on Psychological Distress and Well-being of Children and Adolescents: a Meta-analysis. Review. *Mindfulness*. 2022;13(2):285-300. doi:10.1007/s12671-021-01775-6
135. Perkins N, Sehmbi T, Smith P. Effects of Kindness- and Compassion-Based Meditation on Wellbeing, Prosociality, and Cognitive Functioning in Children and Adolescents: a Systematic Review. Review. *Mindfulness*. 2022;13(9):2103-2127. doi:10.1007/s12671-022-01925-4

136. Filipe MG, Magalhães S, Veloso AS, et al. Exploring the Effects of Meditation Techniques Used by Mindfulness-Based Programs on the Cognitive, Social-Emotional, and Academic Skills of Children: A Systematic Review. Review. *Frontiers in Psychology*. 2021;12660650. doi:10.3389/fpsyg.2021.660650
137. Wright M, Reitegger F, Cela H, Papst A, Gasteiger-Klicpera B. Interventions with Digital Tools for Mental Health Promotion among 11-18 Year Olds: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Youth Adolesc*. Apr 2023;52(4):754-779. doi:10.1007/s10964-023-01735-4
138. Wols A, Pingel M, Lichtwarck-Aschoff A, Granic I. Effectiveness of applied and casual games for young people's mental health: A systematic review of randomised controlled studies. Review. *Clinical Psychology Review*. 2024;108102396. doi:10.1016/j.cpr.2024.102396
139. Raeside R, Jia SS, Todd A, et al. Are Digital Health Interventions That Target Lifestyle Risk Behaviors Effective for Improving Mental Health and Wellbeing in Adolescents? A Systematic Review with Meta-analyses. Review. *Adolescent Research Review*. 2023;doi:10.1007/s40894-023-00224-w
140. Gaiha SM, Salisbury TT, Usmani S, Koschorke M, Raman U, Petticrew M. Effectiveness of arts interventions to reduce mental-health-related stigma among youth: a systematic review and meta-analysis. Article. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1)364. doi:10.1186/s12888-021-03350-8
141. Bauer A, Stevens M, Purtscheller D, et al. Mobilising social support to improve mental health for children and adolescents: A systematic review using principles of realist synthesis. Article. *PLoS ONE*. 2021;16(5 May)e0251750. doi:10.1371/journal.pone.0251750
142. Hunt X, Shakespeare T, Vilyte G, et al. Effectiveness of Social Inclusion Interventions for Anxiety and Depression among Adolescents: A Systematic Review. Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(3)1895. doi:10.3390/ijerph20031895
143. Pearce E, Myles-Hooton P, Johnson S, et al. Loneliness as an active ingredient in preventing or alleviating youth anxiety and depression: a critical interpretative synthesis incorporating principles from rapid realist reviews. Review. *Translational Psychiatry*. 2021;11(1)628. doi:10.1038/s41398-021-01740-w
144. Purgato M, Cadorin C, Prina E, et al. Umbrella Systematic Review and Meta-Analysis: Physical Activity as an Effective Therapeutic Strategy for Improving Psychosocial Outcomes in Children and Adolescents. Article. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2024;63(2):172-183. doi:10.1016/j.jaac.2023.04.017
145. Hale GE, Colquhoun L, Lancastle D, Lewis N, Tyson PJ. Review: Physical activity interventions for the mental health and well-being of adolescents – a systematic review. Review. *Child and Adolescent Mental Health*. 2021;26(4):357-368. doi:10.1111/camh.12485
146. Moon J, Webster CA, Mulvey KL, et al. Physical activity interventions to increase children's social and emotional learning: A systematic review and meta-analysis based on the comprehensive school physical activity programme framework. Article. *Review of Education*. 2024;12(1)e3455. doi:10.1002/rev3.3455
147. Zhang Y, Li G, Liu C, Guan J, Zhang Y, Shi Z. Comparing the efficacy of different types of exercise for the treatment and prevention of depression in youths: a systematic review and network meta-analysis. Review. *Frontiers in Psychiatry*. 2023;141199510. doi:10.3389/fpsyt.2023.1199510
148. Peng Z, Lau PWC. Effectiveness of Adventure Education on Health Outcomes Related to Physical, Psychological, and Social Development in Children: A Systematic Review. Article. *Journal of Teaching in Physical Education*. 2023;42(3):511-524. doi:10.1123/jtpe.2022-0106
149. Williams E, Glew S, Newman H, et al. Practitioner Review: Effectiveness and mechanisms of change in participatory arts-based programmes for promoting youth mental health and well-being – a systematic review. Review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2023;64(12):1735-1764. doi:10.1111/jcpp.13900
150. Ramamurthy C, Zuo P, Armstrong G, Andriessen K. The impact of storytelling on building resilience in children: A systematic review. Review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2023;doi:10.1111/jpm.13008
151. Petersen JM, Drummond M, Rasheed K, et al. Promoting mental health among young males in sporting contexts: A systematic review. Review. *Psychology of Sport and Exercise*. 2024;70102551. doi:10.1016/j.psychsport.2023.102551

152. Sherif Y, Azman AZF, Awang H, Mokhtar SA, Mohammadzadeh M, Alimuddin AS. Effectiveness of Life Skills Intervention on Depression, Anxiety and Stress among Children and Adolescents: A Systematic Review. Review. *Malaysian Journal of Medical Sciences*. 2023;30(3):42-59. doi:10.21315/mjms2023.30.3.4
153. Bıdık G, Sisman FN. School-based mental health programs for improving psychosocial well-being in children and adolescents: Systematic review. Review. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2021;12(4):350-361. doi:10.14744/phd.2021.14471
154. Gunawardena H, Voukelatos A, Nair S, Cross S, Hickie IB. Efficacy and Effectiveness of Universal School-Based Wellbeing Interventions in Australia: A Systematic Review. Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(15)6508. doi:10.3390/ijerph20156508
155. Martínez-García A. Contributions of universal school-based mental health promotion to the wellbeing of adolescents and preadolescents: a systematic review of educational interventions. Review. *Health Education*. 2022;122(5):564-583. doi:10.1108/HE-07-2021-0106
156. Zbukvic I, McKay S, Cooke S, et al. Evidence for Targeted and Universal Secondary School-Based Programs for Anxiety and Depression: An Overview of Systematic Reviews. Review. *Adolescent Research Review*. 2024;9(1):53-73. doi:10.1007/s40894-023-00211-1
157. Scholz D, Taylor A, Strelan P. Factors Contributing to the Efficacy of Universal Mental Health and Wellbeing Programs in Secondary Schools: A Systematic Review. Review. *Adolescent Research Review*. 2023;8(2):117-136. doi:10.1007/s40894-022-00193-6
158. Pedrini L, Meloni S, Lanfredi M, Rossi R. School-based interventions to improve emotional regulation skills in adolescent students: A systematic review. Review. *Journal of Adolescence*. 2022;94(8):1051-1067. doi:10.1002/jad.12090
159. Francis J, Vella-Brodrick D, Chyuan-Chin T. Effectiveness of online, school-based positive psychology interventions to improve mental health and wellbeing: A systematic review. Article. *International Journal of Wellbeing*. 2021;11(4):44-67. doi:10.5502/ijw.v11i4.1465
160. Durlak JA, Mahoney JL, Boyle AE. What We Know, and What We Need to Find Out About Universal, School-Based Social and Emotional Learning Programs for Children and Adolescents: A Review of Meta-Analyses and Directions for Future Research. Article. *Psychological Bulletin*. 2022;148(11-12):765-782. doi:10.1037/bul0000383
161. Cipriano C, Strambler MJ, Naples LH, et al. The state of evidence for social and emotional learning: A contemporary meta-analysis of universal school-based SEL interventions. Article. *Child Development*. 2023;94(5):1181-1204. doi:10.1111/cdev.13968
162. Takizawa Y, Bambling M, Matsumoto Y, Ishimoto Y, Edirippulige S. Effectiveness of universal school-based social-emotional learning programs in promoting social-emotional skills, attitudes towards self and others, positive social behaviors, and improving emotional and conduct problems among Japanese children: a meta-analytic review. Review. *Frontiers in Education*. 2023;81228269. doi:10.3389/feduc.2023.1228269
163. Djamnezhad D, Koltcheva N, Dizdarevic A, et al. Social and Emotional Learning in Preschool Settings: A Systematic Map of Systematic Reviews. Review. *Frontiers in Education*. 2021;6691670. doi:10.3389/feduc.2021.691670
164. Luo L, Reichow B, Snyder P, Harrington J, Polignano J. Systematic Review and Meta-Analysis of Classroom-Wide Social–Emotional Interventions for Preschool Children. Review. *Topics in Early Childhood Special Education*. 2022;42(1):4-19. doi:10.1177/0271121420935579
165. Ștefan CA, Dănilă I, Cristescu D. Classroom-Wide School Interventions for Preschoolers' Social-Emotional Learning: A Systematic Review of Evidence-Based Programs. Review. *Educational Psychology Review*. 2022;34(4):2971-3010. doi:10.1007/s10648-022-09680-7
166. Wintermantel L, Grove C, Henderson L, Laletas S. Social and emotional therapy dog-assisted interventions in mainstream school settings: a systematic review. Article. *Educational and Developmental Psychologist*. 2024;41(1):74-90. doi:10.1080/20590776.2023.2256444

167. Fulambarkar N, Seo B, Testerman A, Rees M, Bausback K, Bunge E. Review: Meta-analysis on mindfulness-based interventions for adolescents' stress, depression, and anxiety in school settings: a cautionary tale. Review. *Child and Adolescent Mental Health*. 2023;28(2):307-317. doi:10.1111/camh.12572
168. Llistosella M, Goni-Fuste B, Martín-Delgado L, et al. Effectiveness of resilience-based interventions in schools for adolescents: a systematic review and meta-analysis. Review. *Frontiers in Psychology*. 2023;141211113. doi:10.3389/fpsyg.2023.1211113
169. Pickerell LE, Pennington K, Cartledge C, Miller KA, Curtis F. The Effectiveness of School-Based Mindfulness and Cognitive Behavioural Programmes to Improve Emotional Regulation in 7–12-Year-Olds: A Systematic Review and Meta-Analysis. Review. *Mindfulness*. 2023;14(5):1068-1087. doi:10.1007/s12671-023-02131-6
170. Amado-Rodríguez ID, Casañas R, Mas-Expósito L, et al. Effectiveness of Mental Health Literacy Programs in Primary and Secondary Schools: A Systematic Review with Meta-Analysis. Review. *Children*. 2022;9(4)480. doi:10.3390/children9040480
171. Liao Y, Ameyaw MA, Liang C, Li W. Research on the Effect of Evidence-Based Intervention on Improving Students' Mental Health Literacy Led by Ordinary Teachers: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. Jan 4 2023;20(2)doi:10.3390/ijerph20020949
172. Ma KKY, Burn AM, Anderson JK. Review: School-based mental health literacy interventions to promote help-seeking – a systematic review. Review. *Child and Adolescent Mental Health*. 2023;28(3):408-424. doi:10.1111/camh.12609
173. Olyani S, Gholian Aval M, Tehrani H, Mahdizadeh-Taraghdari M. School-based mental health literacy educational interventions in adolescents: A systematic review. Article. *Journal of Health Literacy*. 2021;6(2):69-77. doi:10.22038/jhl.2021.58551.1166
174. Khunti K, Boniface S, Norris E, De Oliveira CM. The effects of yoga on mental health in school-aged children: A Systematic Review and Narrative Synthesis of Randomised Control Trials. Article. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2023;28(3):1217-1238. doi:10.1177/13591045221136016
175. Dias Rodrigues A, Cruz-Ferreira A, Marmeleira J, Veiga G. Effects of Body-Oriented Interventions on Preschoolers' Social-Emotional Competence: A Systematic Review. *Front Psychol*. 2021;12:752930. doi:10.3389/fpsyg.2021.752930
176. Dias Rodrigues A, Cruz-Ferreira A, Marmeleira J, Laranjo L, Veiga G. Which Types of Body-Oriented Interventions Promote Preschoolers' Social-Emotional Competence? A Systematic Review. *Healthcare (Basel)*. Nov 30 2022;10(12)doi:10.3390/healthcare10122413
177. Papadopoulos N, Mantilla A, Bussey K, et al. Understanding the Benefits of Brief Classroom-Based Physical Activity Interventions on Primary School-Aged Children's Enjoyment and Subjective Wellbeing: A Systematic Review. Article. *Journal of School Health*. 2022;92(9):916-932. doi:10.1111/josh.13196
178. Beatson R, Quach J, Canterford L, et al. Improving primary to secondary school transitions: A systematic review of school-based interventions to prepare and support student social-emotional and educational outcomes. Review. *Educational Research Review*. 2023;40100553. doi:10.1016/j.edurev.2023.100553
179. Troy D, Anderson J, Jessiman PE, et al. What is the impact of structural and cultural factors and interventions within educational settings on promoting positive mental health and preventing poor mental health: a systematic review. Article. *BMC Public Health*. 2022;22(1)524. doi:10.1186/s12889-022-12894-7
180. Tamblyn A, Skouteris H, North A, et al. Physical and sensory environment interventions to support children's social and emotional development in early childhood education and care settings: a systematic review. Review. *Early Child Development and Care*. 2023;193(5):708-724. doi:10.1080/03004430.2022.2152017
181. Itzal PM, Óscar Vallina F, Miguel ASG. Preventive interventions for children and adolescents of parents with mental illness: A systematic review. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. Sep/Oct Sep/Oct 2023 2024-03-20 2023;30(5):979-997. doi:https://doi.org/10.1002/cpp.2850

182. Trubey R, Evans R, McDonald S, et al. Effectiveness of Mental Health and Wellbeing Interventions for Children and Young People in Foster, Kinship, and Residential Care: Systematic Review and Meta-Analysis. Review. *Trauma, Violence, and Abuse*. 2024;doi:10.1177/15248380241227987
183. Heyeres M, Perera N, Udah H, Attakey A, Whiteside M, Tsey K. Interventions Targeting the Wellbeing of Migrant Youths: A Systematic Review of the Literature. Article. *SAGE Open*. 2021;11(3)doi:10.1177/21582440211046942
184. Soltan F, Cristofalo D, Marshall D, et al. Community-based interventions for improving mental health in refugee children and adolescents in high-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2022;(5)doi:10.1002/14651858.CD013657.pub2
185. Galante J, Friedrich C, Dalgleish T, Jones PB, White IR. Individual participant data systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials assessing adult mindfulness-based programmes for mental health promotion in non-clinical settings. *Nat Ment Health*. Jul 10 2023;1(7):462-476. doi:10.1038/s44220-023-00081-5
186. Sosa-Cordobés E, Ramos-Pichardo JD, Sánchez-Ramos JL, García-Padilla FM, Fernández-Martínez E, Garrido-Fernández A. How Effective Are Mindfulness-Based Interventions for Reducing Stress and Weight? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. Dec 27 2022;20(1)doi:10.3390/ijerph20010446
187. Schäfer SK, von Boros L, Schaubruch LM, et al. Digital interventions to promote psychological resilience: a systematic review and meta-analysis. Review. *npj Digital Medicine*. 2024;7(1)30. doi:10.1038/s41746-024-01017-8
188. Eisenstadt M, Liverpool S, Infanti E, Ciuvat RM, Carlsson C. Mobile apps that promote emotion regulation, positive mental health, and well-being in the general population: Systematic review and meta-analysis. Review. *JMIR Mental Health*. 2021;8(11)e31170. doi:10.2196/31170
189. Groot J, MacLellan A, Butler M, et al. The Effectiveness of Fully Automated Digital Interventions in Promoting Mental Well-Being in the General Population: Systematic Review and Meta-Analysis. Review. *JMIR Mental Health*. 2023;10(1)e44658. doi:10.2196/44658
190. Zheng S, Edney SM, Goh CH, et al. Effectiveness of holistic mobile health interventions on diet, and physical, and mental health outcomes: a systematic review and meta-analysis. Article. *eClinicalMedicine*. 2023;66102309. doi:10.1016/j.eclinm.2023.102309
191. Singh B, Olds T, Curtis R, et al. Effectiveness of physical activity interventions for improving depression, anxiety and distress: an overview of systematic reviews. *Br J Sports Med*. Sep 2023;57(18):1203-1209. doi:10.1136/bjsports-2022-106195
192. Gaia JWP, Schuch FB, Ferreira RW, Souza EL, Ferreira VMS, Pires DA. Effects of high-intensity interval training on depressive and anxiety symptoms in healthy individuals: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Scand J Med Sci Sports*. Apr 2024;34(4):e14618. doi:10.1111/sms.14618
193. Moreno-Peral P, Pino-Postigo A, Conejo-Cerón S, et al. Effectiveness of Physical Activity in Primary Prevention of Anxiety: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(3)1813. doi:10.3390/ijerph19031813
194. Remskar M, Western MJ, Osborne EL, Maynard OM, Ainsworth B. Effects of combining physical activity with mindfulness on mental health and wellbeing: Systematic review of complex interventions. Review. *Mental Health and Physical Activity*. 2024;26100575. doi:10.1016/j.mhpa.2023.100575
195. Gómez-Gómez I, Barquero-Jiménez C, Johnson E, et al. Effectiveness of multiple health behavior change interventions in reducing symptoms of anxiety in the adult population: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Review. *Preventive Medicine*. 2024;180107847. doi:10.1016/j.ypmed.2024.107847
196. Uphoff EP, Zamperoni V, Yap J, et al. Mental health promotion and protection relating to key life events and transitions in adulthood: a rapid systematic review of systematic reviews. Review. *Journal of Mental Health*. 2022;doi:10.1080/09638237.2022.2069724

197. Ma J, Lin P, Williams J. Effectiveness of nature-based walking interventions in improving mental health in adults: a systematic review. Article. *Current Psychology*. 2024;43(11):9521-9539. doi:10.1007/s12144-023-05112-z
198. Kang MJ, Kim HS, Kim JY. Effects of Forest-Based Interventions on Mental Health: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Article. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(8)4884. doi:10.3390/ijerph19084884
199. Sparacio A, Ropovik I, Jiga-Boy G, Lağap AC, Ijzerman H. Stress Regulation via Being in Nature and Social Support in Adults, a Meta-analysis. Article. *Collabra: Psychology*. 2023;9(1)77343. doi:10.1525/collabra.77343
200. Fincham GW, Strauss C, Montero-Marin J, Cavanagh K. Effect of breathwork on stress and mental health: A meta-analysis of randomised-controlled trials. Article. *Scientific Reports*. 2023;13(1)432. doi:10.1038/s41598-022-27247-y
201. Muhammad Khir S, Wan Mohd Yunus WMA, Mahmud N, et al. Efficacy of Progressive Muscle Relaxation in Adults for Stress, Anxiety, and Depression: A Systematic Review. Review. *Psychology Research and Behavior Management*. 2024;17:345-365. doi:10.2147/PRBM.S437277
202. Plackett R, Blyth A, Schartau P. The Impact of Social Media Use Interventions on Mental Well-Being: Systematic Review. Review. *Journal of Medical Internet Research*. 2023;25e44922. doi:10.2196/44922
203. Worsley JD, Pennington A, Corcoran R. Supporting mental health and wellbeing of university and college students: A systematic review of review-level evidence of interventions. Review. *PLoS ONE*. 2022;17(7 July)e0266725. doi:10.1371/journal.pone.0266725
204. Amanvermez Y, Rahmadiana M, Karyotaki E, et al. Stress management interventions for college students: A systematic review and meta-analysis: Science and Practice. *Clinical psychology*. Dec 2023

2023-12-21 2023;30(4):423-444. doi:https://doi.org/10.1111/cpsp.12342
205. Ang WHD, Lau ST, Cheng LJ, et al. Effectiveness of Resilience Interventions for Higher Education Students: A Meta-Analysis and Metaregression. Article. *Journal of Educational Psychology*. 2022;114(7):1670-1694. doi:10.1037/edu0000719
206. Upsher R, Nobili A, Hughes G, Byrom N. A systematic review of interventions embedded in curriculum to improve university student wellbeing. Article. *Educational Research Review*. 2022;37100464. doi:10.1016/j.edurev.2022.100464
207. Hobbs C, Armitage J, Hood B, Jelbert S. A systematic review of the effect of university positive psychology courses on student psychological wellbeing. Review. *Frontiers in Psychology*. 2022;131023140. doi:10.3389/fpsyg.2022.1023140
208. González-Martín AM, Aibar-Almazán A, Rivas-Campo Y, Castellote-Caballero Y, Carcelén-Fraile MDC. Mindfulness to improve the mental health of university students. A systematic review and meta-analysis. Review. *Frontiers in Public Health*. 2023;111284632. doi:10.3389/fpubh.2023.1284632
209. Johnson BT, Acabchuk RL, George EA, et al. Mental and Physical Health Impacts of Mindfulness Training for College Undergraduates: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Review. *Mindfulness*. 2023;14(9):2077-2096. doi:10.1007/s12671-023-02212-6
210. Pan Y, Li F, Liang H, et al. Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on Mental Health and Psychological Quality of Life among University Students: A GRADE-Assessed Systematic Review. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2024;2024:8872685. doi:10.1155/2024/8872685
211. Gong XG, Wang LP, Rong G, Zhang DN, Zhang AY, Liu C. Effects of online mindfulness-based interventions on the mental health of university students: A systematic review and meta-analysis. Review. *Frontiers in Psychology*. 2023;141073647. doi:10.3389/fpsyg.2023.1073647
212. Xu J, Jo H, Noorbhai L, Patel A, Li A. Virtual mindfulness interventions to promote well-being in adults: A mixed-methods systematic review April 18, 2021. Review. *Journal of Affective Disorders*. 2022;300:571-585. doi:10.1016/j.jad.2022.01.027

213. Hathaisaard C, Wannarit K, Pattanaseri K. Mindfulness-based interventions reducing and preventing stress and burnout in medical students: A systematic review and meta-analysis. Article. *Asian Journal of Psychiatry*. 2022;69102997. doi:10.1016/j.ajp.2021.102997
214. da Silva CCG, Bolognani CV, Amorim FF, Imoto AM. Effectiveness of training programs based on mindfulness in reducing psychological distress and promoting well-being in medical students: a systematic review and meta-analysis. Article. *Systematic Reviews*. 2023;12(1)79. doi:10.1186/s13643-023-02244-y
215. Chandler L, Patel C, Lovecka L, et al. Improving university students' mental health using multi-component and single-component sleep interventions: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med*. Dec 2022;100:354-363. doi:10.1016/j.sleep.2022.09.003
216. Reis AC, Saheb R, Moyo T, Smith C, Sperandei S. The Impact of Mental Health Literacy Training Programs on the Mental Health Literacy of University Students: a Systematic Review. Review. *Prevention Science*. 2022;23(4):648-662. doi:10.1007/s11121-021-01283-y
217. Pointon-Haas J, Waqar L, Upsher R, Foster J, Byrom N, Oates J. A systematic review of peer support interventions for student mental health and well-being in higher education. Review. *BJPsych Open*. 2023;10(1)e12. doi:10.1192/bjo.2023.603
218. Qi F, Soh KG, Mohd Nasirudddin NJ, Mai Y. Effects of taichi on physical and psychological health of college students: A systematic review. Review. *Frontiers in Physiology*. 2022;131008604. doi:10.3389/fphys.2022.1008604
219. Huber A, Klug SJ, Abraham A, Westenberg E, Schmidt V, Winkler AS. Animal-Assisted Interventions Improve Mental, But Not Cognitive or Physiological Health Outcomes of Higher Education Students: a Systematic Review and Meta-analysis. Article. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2022;doi:10.1007/s11469-022-00945-4
220. Parbery-Clark C, Lubamba M, Tanner L, McColl E. Animal-assisted interventions for the improvement of mental health outcomes in higher education students: A systematic review of randomised controlled trials. Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(20)10768. doi:10.3390/ijerph182010768
221. Miguel C, Amarnath A, Akhtar A, et al. Universal, selective and indicated interventions for supporting mental health at the workplace: an umbrella review of meta-analyses. Review. *Occupational and Environmental Medicine*. 2023;80(4):225-236. doi:10.1136/oemed-2022-108698
222. Tamminga SJ, Emal LM, Boschman JS, et al. Individual-level interventions for reducing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2023;(5)doi:10.1002/14651858.CD002892.pub6
223. de Wijn AN, van der Doef MP. A Meta-Analysis on the Effectiveness of Stress Management Interventions for Nurses: Capturing 14 Years of Research. Article. *International Journal of Stress Management*. 2022;29(2):113-129. doi:10.1037/str0000169
224. Han SJ, Yeun YR. Psychological Intervention to Promote Resilience in Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare (Basel)*. Dec 28 2023;12(1)doi:10.3390/healthcare12010073
225. Cohen C, Pignata S, Bezak E, Tie M, Childs J. Workplace interventions to improve well-being and reduce burnout for nurses, physicians and allied healthcare professionals: a systematic review. Article. *BMJ Open*. 2023;13(6)e071203. doi:10.1136/bmjopen-2022-071203
226. Berger E, Reupert A, Campbell TCH, et al. A Systematic Review of Evidence-Based Wellbeing Initiatives for Schoolteachers and Early Childhood Educators. Review. *Educational Psychology Review*. 2022;34(4):2919-2969. doi:10.1007/s10648-022-09690-5
227. Vo DT, Allen KA. A systematic review of school-based positive psychology interventions to foster teacher wellbeing. Article. *Teachers and Teaching: Theory and Practice*. 2022;28(8):964-999. doi:10.1080/13540602.2022.2137138
228. Ryan JC, Williams G, Wiggins BW, et al. Exploring the active ingredients of workplace physical and psychological wellbeing programs: a systematic review. Review. *Translational Behavioral Medicine*. 2021;11(5):1127-1141. doi:10.1093/tbm/ibab003

229. Carmona-Rincón I, Palacios AG, Vázquez SS. Eudaimonic Well-Being and Mindfulness Meditation in the Work-place: A Systematic Review. Article. *Anales de Psicologia*. 2023;39(2):273-286. doi:10.6018/analesps.493671
230. Karo M, Simorangkir L, Daryanti Saragih I, Suarilah I, Tzeng HM. Effects of mindfulness-based interventions on reducing psychological distress among nurses: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Nurs Scholarsh*. Mar 2024;56(2):319-330. doi:10.1111/jnu.12941
231. Stratton E, Lampit A, Choi I, et al. Trends in Effectiveness of Organizational eHealth Interventions in Addressing Employee Mental Health: Systematic Review and Meta-analysis. Review. *Journal of Medical Internet Research*. 2022;24(9)e37776. doi:10.2196/37776
232. Armaou M, Araviaki E, Dutta S, Konstantinidis S, Blake H. Effectiveness of Digital Interventions for Deficit-Oriented and Asset-Oriented Psychological Outcomes in the Workplace: A Systematic Review and Narrative Synthesis. Review. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 2022;12(10):1471-1497. doi:10.3390/ejihpe12100102
233. Henshall C, Ostinelli E, Harvey J, et al. Examining the Effectiveness of Web-Based Interventions to Enhance Resilience in Health Care Professionals: Systematic Review. Review. *JMIR Medical Education*. 2022;8(3)e34230. doi:10.2196/34230
234. López-Del-Hoyo Y, Fernández-Martínez S, Pérez-Aranda A, et al. Effects of eHealth interventions on stress reduction and mental health promotion in healthcare professionals: A systematic review. Review. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;32(17-18):5514-5533. doi:10.1111/jocn.16634
235. Aust B, Møller JL, Nordentoft M, et al. How effective are organizational-level interventions in improving the psychosocial work environment, health, and retention of workers? A systematic overview of systematic reviews. Review. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. 2023;49(5):315-329. doi:10.5271/sjweh.4097
236. Fox KE, Johnson ST, Berkman LF, et al. Organisational- and group-level workplace interventions and their effect on multiple domains of worker well-being: A systematic review. Review. *Work and Stress*. 2022;36(1):30-59. doi:10.1080/02678373.2021.1969476
237. Martland RN, Ma R, Paleri V, et al. The efficacy of physical activity to improve the mental wellbeing of healthcare workers: A systematic review. Review. *Mental Health and Physical Activity*. 2024;26100577. doi:10.1016/j.mhpa.2024.100577
238. Komase Y, Watanabe K, Hori D, et al. Effects of gratitude intervention on mental health and well-being among workers: A systematic review. Review. *Journal of Occupational Health*. 2021;63(1)e12290. doi:10.1002/1348-9585.12290
239. Mónika Ditta T, Ihionvien S, Leduc C, et al. Evidence for the effectiveness of interventions to reduce mental health related stigma in the workplace: a systematic review. *BMJ Open*. 2023

2024-03-20 2023;13(2)doi:https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067126
240. Arena AF, Mobbs S, Sanatkar S, et al. Mental health and unemployment: A systematic review and meta-analysis of interventions to improve depression and anxiety outcomes. Review. *Journal of Affective Disorders*. 2023;335:450-472. doi:10.1016/j.jad.2023.05.027
241. McGrath M, Duncan F, Dotsikas K, et al. Effectiveness of community interventions for protecting and promoting the mental health of working-age adults experiencing financial uncertainty: A systematic review. Review. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2021;75(7):665-673. doi:10.1136/jech-2020-215574
242. Tan L, Strudwick J, Deady M, Bryant R, Harvey SB. Mind-body exercise interventions for prevention of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed populations: a systematic review and meta-analysis. Article. *BMJ Open*. 2023;13(7)e064758. doi:10.1136/bmjopen-2022-064758
243. Li S, Chen Z, Yong Y, Xie J, Li Y. Effectiveness of acceptance and commitment therapy-based interventions for improving the psychological health of parents of children with special health care needs: A systematic review and meta-analysis. Review. *Comprehensive Psychiatry*. 2023;127152426. doi:10.1016/j.comppsych.2023.152426

244. Silva P, Pereira H. Promoting Psychosocial Well-Being and Empowerment of Immigrant Women: A Systematic Review of Interventions. Review. *Behavioral Sciences*. 2023;13(7)579. doi:10.3390/bs13070579
245. Whear R, Campbell F, Rogers M, et al. What is the effect of intergenerational activities on the wellbeing and mental health of older people?: A systematic review. Review. *Campbell Systematic Reviews*. 2023;19(4)e1355. doi:10.1002/cl2.1355
246. Tsiloni E, Dragioti E, Gouva M, Vassilopoulos SP, Mentis M. Psychosocial effects of intergenerational learning on primary school children and older Adults: A systematic review. Review. *Gerontology and Geriatrics Education*. 2023;doi:10.1080/02701960.2023.2189248
247. Xu L, Li S, Yan R, Ni Y, Wang Y, Li Y. Effects of reminiscence therapy on psychological outcome among older adults without obvious cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. Review. *Frontiers in Psychiatry*. 2023;141139700. doi:10.3389/fpsyt.2023.1139700
248. Tam W, Poon SN, Mahendran R, Kua EH, Wu XV. The effectiveness of reminiscence-based intervention on improving psychological well-being in cognitively intact older adults: A systematic review and meta-analysis. Review. *International Journal of Nursing Studies*. 2021;114103847. doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103847
249. Laidlaw RJ, McGrath R, Adams C, Kumar S, Murray CM. Improved Mental Health, Social Connections and Sense of Self: A Mixed Methods Systematic Review Exploring the Impact and Experience of Community Reminiscence Programs. Review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2023;16:4111-4132. doi:10.2147/JMDH.S438730
250. Ahmad SM, Syam Y, Saleh A. A systematic review of the impact of physical activity on elderly mental health. Review. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2023;14(3):248-255. doi:10.14744/phd.2023.43179
251. Cunha PM, Werneck AO, Santos LD, et al. Can resistance training improve mental health outcomes in older adults? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Review. *Psychiatry Research*. 2024;333115746. doi:10.1016/j.psychres.2024.115746
252. Khodadad Kashi S, Mirzazadeh ZS, Saatchian V. A Systematic Review and Meta-Analysis of Resistance Training on Quality of Life, Depression, Muscle Strength, and Functional Exercise Capacity in Older Adults Aged 60 Years or More. Article. *Biological Research for Nursing*. 2023;25(1):88-106. doi:10.1177/10998004221120945
253. Mahmoudi A, Amirshaghaghi F, Aminzadeh R, Mohamadi Turkmani E. Effect of Aerobic, Resistance, and Combined Exercise Training on Depressive Symptoms, Quality of Life, and Muscle Strength in Healthy Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Review. *Biological Research for Nursing*. 2022;doi:10.1177/10998004221104850
254. Cassanet A, McKenzie WA, McLean LA. Psychosocial interventions to support retirement well-being and adjustment: a systematic review. Article. *Educational and Developmental Psychologist*. 2023;40(2):214-231. doi:10.1080/20590776.2022.2161360
255. Goodarzi Z, Holroyd-Leduc J, Seitz D, et al. Efficacy of virtual interventions for reducing symptoms of depression in community-dwelling older adults: a systematic review. Article. *International Psychogeriatrics*. 2023;35(3):131-141. doi:10.1017/S1041610222000412
256. Kayser J, Hu RX, Rosenscruggs D, Li L, Xiang X. A Systematic Review of the Impact of Select Mindfulness Interventions on Psychological Outcomes among Older Adults with Chronic Health Conditions. Review. *Clinical Gerontologist*. 2023;46(3):302-314. doi:10.1080/07317115.2022.2076636
257. Carr A, Cullen K, Keeney C, et al. Effectiveness of positive psychology interventions: a systematic review and meta-analysis. Article. *Journal of Positive Psychology*. 2021;16(6):749-769. doi:10.1080/17439760.2020.1818807
258. Hoare E, Collins S, Marx W, et al. Universal depression prevention: An umbrella review of meta-analyses. *J Psychiatr Res*. Dec 2021;144:483-493. doi:10.1016/j.jpsychires.2021.10.006
259. Oswald TK, Nguyen MT, Mirza L, et al. Interventions targeting social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *Psychol Med*. Mar 25 2024:1-25. doi:10.1017/s0033291724000333

260. van Agteren J, Iasiello M, Lo L, et al. A systematic review and meta-analysis of psychological interventions to improve mental wellbeing. Article. *Nature Human Behaviour*. 2021;5(5):631-652. doi:10.1038/s41562-021-01093-w
261. Liu Jenny Jing W, Ein N, Gervasio J, Battaion M, Fung K. The Pursuit of Resilience: A Meta-Analysis and Systematic Review of Resilience-Promoting Interventions. *Journal of Happiness Studies*. Apr 2022 2024-03-26 2022;23(4):1771-1791. doi:https://doi.org/10.1007/s10902-021-00452-8
262. Folk D, Dunn E. A systematic review of the strength of evidence for the most commonly recommended happiness strategies in mainstream media. Article. *Nature Human Behaviour*. 2023;7(10):1697-1707. doi:10.1038/s41562-023-01651-4
263. Wigham S, Kaner E, Bourne J, Ahmed K, Hackett S. Public mental health and wellbeing interventions delivered by allied health professionals (AHPs): mapping the evidence and identification of gaps. A systematic review. Review. *Journal of Public Mental Health*. 2023;22(4):216-229. doi:10.1108/JPMH-04-2023-0033
264. van Dierendonck D, Lam H. Interventions to enhance eudaemonic psychological well-being: A meta-analytic review with Ryff's Scales of Psychological Well-being. Article. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 2022;doi:10.1111/aphw.12398
265. O'Connor M, Stapleton A, O'Reilly G, et al. The efficacy of mindfulness-based interventions in promoting resilience: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Review. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2023;28:215-225. doi:10.1016/j.jcbs.2023.03.005
266. Ding F, Wu J, Zhang Y. Can mindfulness-based stress reduction relieve depressive symptoms? A systematic review and meta-analysis. Article. *Journal of Pacific Rim Psychology*. 2023;17doi:10.1177/18344909221145814
267. Ang WHD, Chew HSJ, Dong J, Yi H, Mahendren R, Lau Y. Digital training for building resilience: Systematic review, meta-analysis, and meta-regression. Review. *Stress and Health*. 2022;38(5):848-869. doi:10.1002/smi.3154
268. Cheng C, Ebrahimi OV. A meta-analytic review of gamified interventions in mental health enhancement. Article. *Computers in Human Behavior*. 2023;141107621. doi:10.1016/j.chb.2022.107621
269. Li H, Zhang R, Lee YC, Kraut RE, Mohr DC. Systematic review and meta-analysis of AI-based conversational agents for promoting mental health and well-being. Review. *npj Digital Medicine*. 2023;6(1)236. doi:10.1038/s41746-023-00979-5
270. Campos-Paíno H, Moreno-Peral P, Gómez-Gómez I, et al. Effectiveness of social support-based interventions in preventing depression in people without clinical depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Review. *International Journal of Social Psychiatry*. 2023;69(2):253-266. doi:10.1177/00207640221134232
271. Grishina M, Rooney RM, Millar L, Mann R, Mancini VO. The effectiveness of community friendship groups on participant social and mental health: a meta-analysis. Review. *Frontiers in Psychology*. 2023;141078268. doi:10.3389/fpsyg.2023.1078268
272. Napierala H, Krüger K, Kuschick D, Heintze C, Herrmann WJ, Holzinger F. Social Prescribing: Systematic Review of the Effectiveness of Psychosocial Community Referral Interventions in Primary Care. Article. *International Journal of Integrated Care*. 2022;22(3):1-16. doi:10.5334/ijic.6472
273. Cooper M, Avery L, Scott J, et al. Effectiveness and active ingredients of social prescribing interventions targeting mental health: A systematic review. Article. *BMJ Open*. 2022;12(7)e060214. doi:10.1136/bmjopen-2021-060214
274. Staines AC, Broomfield N, Pass L, Orchard F, Bridges J. Do non-pharmacological sleep interventions affect anxiety symptoms? A meta-analysis. Review. *Journal of Sleep Research*. 2022;31(1)e13451. doi:10.1111/jsr.13451
275. McCullock SP, Scrivano RM. The effectiveness of mental illness stigma-reduction interventions: A systematic meta-review of meta-analyses. Review. *Clinical Psychology Review*. 2023;100102242. doi:10.1016/j.cpr.2022.102242

276. Panțiru I, Ronaldson A, Sima N, Dregan A, Sima R. The impact of gardening on well-being, mental health, and quality of life: an umbrella review and meta-analysis. Article. *Systematic Reviews*. 2024;13(1)45. doi:10.1186/s13643-024-02457-9
277. Lampert T, Costa J, Santos O, Sousa J, Ribeiro T, Freire E. Evidence on the contribution of community gardens to promote physical and mental health and well-being of non-institutionalized individuals: A systematic review. Review. *PLoS ONE*. 2021;16(8 August)e0255621. doi:10.1371/journal.pone.0255621
278. Grassini S. A Systematic Review and Meta-Analysis of Nature Walk as an Intervention for Anxiety and Depression. Review. *Journal of Clinical Medicine*. 2022;11(6)1731. doi:10.3390/jcm11061731
279. Sutcliffe JT, Graupensperger S, Schweickle MJ, Rice SM, Swann C, Vella SA. Mental health interventions in non-elite sport: a systematic review and meta-analysis. Article. *International Review of Sport and Exercise Psychology*. 2021;doi:10.1080/1750984X.2021.2001839
280. Kirca A, M. Malouff J, Meynadier J. The Effect of Expressed Gratitude Interventions on Psychological Wellbeing: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Studies. Review. *International Journal of Applied Positive Psychology*. 2023;8(1):63-86. doi:10.1007/s41042-023-00086-6
281. Martland R, Korman N, Firth J, Vancampfort D, Thompson T, Stubbs B. Can high-intensity interval training improve mental health outcomes in the general population and those with physical illnesses? A systematic review and meta-analysis. Review. *British Journal of Sports Medicine*. 2022;56(5):279-291. doi:10.1136/bjsports-2021-103984
282. Liu Z, Jia Y, Li M, et al. Effectiveness of online mindfulness-based interventions for improving mental health in patients with physical health conditions: Systematic review and meta-analysis. Article. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2022;37:52-60. doi:10.1016/j.apnu.2021.10.001
283. Taylor EM, Robertson N, Lightfoot CJ, Smith AC, Jones CR. Nature-Based Interventions for Psychological Wellbeing in Long-Term Conditions: A Systematic Review. Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(6)3214. doi:10.3390/ijerph19063214
284. Zhu M, Lai M, Chen R, Zhang Q. Web-Based Compassion Interventions for Family Caregivers' Mental Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis. Review. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2024;doi:10.1016/j.jamda.2023.12.002
285. Chi NC, Han S, Lin SY, et al. Resilience-enhancing interventions for family caregivers: A systematic review. Review. *Chronic Illness*. 2023;doi:10.1177/17423953231174928
286. Wu J, Wang M, Yan H. Web-based interventions on the resilience of informal caregivers: a systematic review and meta-analysis. Article. *Psychology, Health and Medicine*. 2024;29(1):1-14. doi:10.1080/13548506.2023.2253510
287. Phillips CS, Hebdon M, Cleary C, et al. Expressive Arts Interventions to Improve Psychosocial Well-Being in Caregivers: A Systematic Review. Review. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2024;67(3):e229-e249. doi:10.1016/j.jpainsymman.2023.11.026
288. Moltrecht B, Lange AMC, Merrick H, Radley J. Whole-family programmes for families living with parental mental illness: a systematic review and meta-analysis. Article. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2024;doi:10.1007/s00787-024-02380-3
289. Rushton C, Kelly PJ, Raftery D, Beck A, Larance B. The effectiveness of psychosocial interventions for family members impacted by another's substance use: A systematic review and meta-analysis. Review. *Drug and Alcohol Review*. 2023;42(4):960-977. doi:10.1111/dar.13607
290. Mehjabeen D, Blignault I, Taha PH, Reavley N, Slewa-Younan S. A mixed methods systematic review of mental health self-care strategies for Arabic-speaking refugees and migrants. Article. *BMC Public Health*. 2023;23(1)2544. doi:10.1186/s12889-023-17395-9
291. Nascimento P, Roberto MS, Poole-da-Costa MC, Lemos M, Santos AS. Digital Methods in the Promotion of Well-Being in Immigrants: A Systematic Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*. Aug 2023

2024-03-27 2023;25(4):906-915. doi:https://doi.org/10.1007/s10903-023-01450-z

292. Hermosilla S, Forthal S, Sadowska K, Magill EB, Watson P, Pike KM. We need to build the evidence: A systematic review of psychological first aid on mental health and well-being. Review. *Journal of Traumatic Stress*. 2023;36(1):5-16. doi:10.1002/jts.22888
293. Abou Jaoude GJ, Leiva-Granados R, McGranahan R, et al. Universal Primary School Interventions to Improve Child Social–Emotional and Mental Health Outcomes: A Systematic Review of Economic Evaluations. Review. *School Mental Health*. 2024;doi:10.1007/s12310-024-09642-0
294. Anna-Kaisa V, Virpi KK, Mervi R, et al. Review: Economic evidence of preventive interventions for anxiety disorders in children and adolescents – a systematic review. Review. *Child and Adolescent Mental Health*. 2022;27(4):378-388. doi:10.1111/camh.12505
295. Conejo-Cerón S, Lokkerbol J, Moreno-Peral P, et al. Health-economic evaluation of psychological interventions for depression prevention: Systematic review. Review. *Clinical Psychology Review*. 2021;88102064. doi:10.1016/j.cpr.2021.102064
296. Le LK, Esturas AC, Mihalopoulos C, et al. Cost-effectiveness evidence of mental health prevention and promotion interventions: A systematic review of economic evaluations. *PLoS Med*. May 2021;18(5):e1003606. doi:10.1371/journal.pmed.1003606
297. Moreno-Peral P, Conejo-Cerón S, Wijnen B, et al. Health-Economic Evaluation of Psychological Interventions for Anxiety Prevention: A Systematic Review. *Psychiatr Serv*. Feb 27 2024:appips20230101. doi:10.1176/appi.ps.20230101
298. Arango C, Díaz-Caneja CM, McGorry PD, et al. Preventive strategies for mental health. *The Lancet Psychiatry*. 2018;5(7):591-604. doi:10.1016/s2215-0366(18)30057-9
299. Gomersall J. JY, Xue, Y., Lockwood S., Riddle D., Preda A. . In: Aromataris E LC, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, ed. *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual for Evidence Synthesis*. 2014:chap Chapter 6: Systematic reviews of economic evidence.
300. Henderson C, Bauer A, Knapp M, et al. Cost-effectiveness of PoNDER health visitor training for mothers at lower risk of depression: findings on prevention of postnatal depression from a cluster-randomised controlled trial. *Psychological medicine*. 2019;49(8):1324-1334. doi:10.1017/S0033291718001940
301. Herman PM, Mahrer NE, Wolchik SA, et al. Cost-benefit analysis of a preventive intervention for divorced families: reduction in mental health and justice system service use costs 15 years later. *Prev Sci*. 2015-1-1 2015;16(4):586-596.
302. Belfield C, Bowden AB, Klapp A, Levin H, Shand R, Zander S. The Economic Value of Social and Emotional Learning. *Journal of Benefit-Cost Analysis*. 2015/10// 2015;6(3):508-544. doi:10.1017/bca.2015.55
303. Rimm-Kaufman SE, Larsen RAA, Baroody AE, et al. Efficacy of the Responsive Classroom Approach. *American Educational Research Journal*. 2014;51(3):567-603. doi:10.3102/0002831214523821
304. Kimber B, Sandell R. Prevention of substance use among adolescents through social and emotional training in school: a latent-class analysis of a five-year intervention in Sweden. *J Adolesc*. Dec 2009;32(6):1403-13. doi:10.1016/j.adolescence.2009.10.005
305. Klapp A, Bowden B, Belfield C, Levin H, Shand R, Zander S. A Benefit-Cost Analysis of a Long-Term Intervention on Social and Emotional Learning in Compulsory School. *The International Journal of Emotional Education*. 2017/04/01/ 2017;9:3-19.
306. Kimber B, Sandell R, Bremberg S. Social and emotional training in Swedish classrooms for the promotion of mental health: results from an effectiveness study in Sweden. *Health Promotion International*. 2008;23(2):134-143. doi:10.1093/heapro/dam046
307. Huitsing G, Barends SI, Lokkerbol J. Cost-benefit Analysis of the KiVa Anti-bullying Program in the Netherlands. *International Journal of Bullying Prevention*. 2020/09/01/ 2020;2(3):215-224. doi:10.1007/s42380-019-00030-w
308. Bowden AB, Shand R, Levin HM, Muroga A, Wang A. An Economic Evaluation of the Costs and Benefits of Providing Comprehensive Supports to Students in Elementary School. *Prevention Science*. 2020/11/01/ 2020;21(8):1126-1135. doi:10.1007/s11121-020-01164-w

309. Peters RD, Petrunka K, Khan S, et al. Cost-savings analysis of the better beginnings, better futures community-based project for young children and their families: A 10-year follow-up. *Prevention Science*. 2016 2016;17(2):237-247. doi:10.1007/s11121-015-0595-2
310. Peters RD, Bradshaw AJ, Petrunka K, et al. The Better Beginnings, Better Futures project: findings from grade 3 to grade 9. *Monogr Soc Res Child Dev*. 2010/12// 2010;75(3):vii-viii, 1-174. doi:10.1111/j.1540-5834.2010.00577.x
311. Bagley, Pritchard. The reduction of problem behaviours and school exclusion in at-risk youth: an experimental study of school social work with cost–benefit analyses. *Child & Family Social Work*. 1998/11// 1998;3(4):219-226. doi:10.1046/j.1365-2206.1998.00101.x
312. Godoy Garraza L, Peart Boyce S, Walrath C, Goldston DB, McKeon R. An Economic Evaluation of the Garrett Lee Smith Memorial Suicide Prevention Program. *Suicide Life Threat Behav*. 2018-1-1 2018;48(1):3-11.
313. Goldston DB, Walrath CM, McKeon R, et al. The Garrett Lee Smith Memorial Suicide Prevention Program. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2010;40(3):245-256. doi:10.1521/suli.2010.40.3.245
314. Kass AE, Balantekin KN, Fitzsimmons-Craft EE, Jacobi C, Wilfley DE, Taylor CB. The economic case for digital interventions for eating disorders among United States college students. *Int J Eat Disord*. 2017-1-1 2017;50(3):250-258.
315. Goetzel RZ, Tabrizi M, Henke RM, et al. Estimating the return on investment from a health risk management program offered to small Colorado-based employers. *J Occup Environ Med*. 2014-1-1 2014;56(5):554-560.
316. Miller TR, Zaloshnja E, Spicer RS. Effectiveness and benefit-cost of peer-based workplace substance abuse prevention coupled with random testing. *Accid Anal Prev*. 2007-1-1 2007;39(3):565-573.
317. Lokkerbol J, Adema D, Cuijpers P, et al. Improving the Cost-Effectiveness of a Healthcare System for Depressive Disorders by Implementing Telemedicine: A Health Economic Modeling Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2014;22(3):253-262. doi:10.1016/j.jagp.2013.01.058
318. Pil L, Pauwels K, Muijzers E, Portzky G, Annemans L. Cost-effectiveness of a helpline for suicide prevention. *J Telemed Telecare*. 2013-1-1 2013;19(5):273-281.
319. Stallard P, Skryabina E, Taylor G, et al. A cluster randomised controlled trial comparing the effectiveness and cost-effectiveness of a school-based cognitive–behavioural therapy programme (FRIENDS) in the reduction of anxiety and improvement in mood in children aged 9/10 years. *Public Health Res*. 2015/11// 2015;3(14):1-88. doi:10.3310/phr03140
320. Anderson R, Ukoumunne OC, Sayal K, et al. Cost-effectiveness of classroom-based cognitive behaviour therapy in reducing symptoms of depression in adolescents: a trial-based analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2014;55(12):1390-1397. doi:10.1111/jcpp.12248
321. Underwood M, Lamb S, Eldridge S, et al. Exercise for depression in care home residents: a randomised controlled trial with cost-effectiveness analysis (OPERA). *Health Technol Assess*. 2013;17(18)doi:10.3310/hta17180
322. Ride J, Lorgelly P, Tran T, Wynter K, Rowe H, Fisher J. Preventing postnatal maternal mental health problems using a psychoeducational intervention: the cost-effectiveness of What Were We Thinking. *BMJ Open*. 2016-1-1 2016;6(11):e012086-e012086.
323. Ahern S, Burke L-A, McElroy B, et al. A cost-effectiveness analysis of school-based suicide prevention programmes. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018-1-1 2018;27(10):1295-1304.
324. Beckman L, Svensson M. The cost-effectiveness of the Olweus Bullying Prevention Program: Results from a modelling study. *J Adolesc*. 2015-1-1 2015;45:127-137.
325. Bowden AB, Shand R, Belfield CR, Wang A, Levin HM. Evaluating educational interventions that induce service receipt: A case study application of City Connects. *American Journal of Evaluation*. 2017 2017;38(3):405-419. doi:10.1177/1098214016664983
326. Chatterton ML, Bayer JK, Engel L, et al. Cost-effectiveness of preventing child internalising problems: Results from the translational trial of Cool Little Kids at school entry. *Journal of Anxiety Disorders*. 2020;70doi:10.1016/j.janxdis.2020.102191

327. Connolly P, Miller S, Kee F, et al. A cluster randomised controlled trial and evaluation and cost-effectiveness analysis of the Roots of Empathy schools-based programme for improving social and emotional well-being outcomes among 8- to 9-year-olds in Northern Ireland. *Public Health Res*. 2018/03// 2018;6(4):1-108. doi:10.3310/phr06040
328. Dalziel K, Dawe S, Harnett PH, Segal L. Cost-effectiveness analysis of the Parents under Pressure programme for methadone-maintained parents. *Child Abuse Rev*. 2015-1-1 2015;24(5):317-331.
329. Deogan C, Zarabi N, Stenström N, et al. Cost-Effectiveness of School-Based Prevention of Cannabis Use. *Applied Health Econ Health Policy*. 2015-1-1 2015;13(5):525-542.
330. Ford T, Hayes R, Byford S, et al. Training teachers in classroom management to improve mental health in primary school children: the STARS cluster RCT. *Public Health Res*. 2019/03// 2019;7(6):1-150. doi:10.3310/phr07060
331. Foster EM, Jones D, Conduct Problems Prevention Research G. Can a costly intervention be cost-effective?: An analysis of violence prevention. *Arch Gen Psychiatry*. 2006/11// 2006;63(11):1284-1291. doi:10.1001/archpsyc.63.11.1284
332. Humphrey N, Hennessey A, Lendrum A, et al. The PATHS curriculum for promoting social and emotional well-being among children aged 7–9 years: a cluster RCT. *Public Health Res*. 2018/08// 2018;6(10):1-116. doi:10.3310/phr06100
333. Hunter LJ, DiPerna JC, Hart SC, Crowley M. At what cost? Examining the cost effectiveness of a universal social–emotional learning program. *School Psychology Quarterly*. 2018 2018;33(1):147-154. doi:10.1037/spq0000232
334. Jadambaa A, Graves N, Cross D, et al. Economic Evaluation of an Intervention Designed to Reduce Bullying in Australian Schools. *Applied Health Economics and Health Policy*. 2022/01// 2022;20(1):79-89. doi:10.1007/s40258-021-00676-y
335. Kinchin I, Russell AMT, Petrie D, Mifsud A, Manning L, Doran CM. Program Evaluation and Decision Analytic Modelling of Universal Suicide Prevention Training (safeTALK) in Secondary Schools. *Applied Health Economics and Health Policy*. 2020;18(2):311-324. doi:10.1007/s40258-019-00505-3
336. Lee Y, Barendregt J, Stockings E, et al. The population cost-effectiveness of delivering universal and indicated school-based interventions to prevent the onset of major depression among youth in Australia. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2016;26(5):545-564.
337. Mihalopoulos C, Vos T, Rapee RM, et al. The population cost-effectiveness of a parenting intervention designed to prevent anxiety disorders in children. *J Child Psychol Psychiatry*. Sep 2015;56(9):1026-33. doi:10.1111/jcpp.12438
338. Ocasio K, Van Alst D, Koivunen J, Huang C-C, Allegra C. Promoting preschool mental health: Results of a 3 year primary prevention strategy. *J Child Fam Stud*. 2015-1-1 2015;24(6):1800-1808.
339. Persson M, Wennberg L, Beckman L, Salmivalli C, Svensson M. The Cost-Effectiveness of the Kiva Antibullying Program: Results from a Decision-Analytic Model. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*. 2018/08// 2018;19(6):728-737. doi:10.1007/s11121-018-0893-6
340. Turner AJ, Sutton M, Harrison M, Hennessey A, Humphrey N. Cost-Effectiveness of a School-Based Social and Emotional Learning Intervention: Evidence from a Cluster-Randomised Controlled Trial of the Promoting Alternative Thinking Strategies Curriculum. *Applied Health Economics and Health Policy*. 2020/04// 2020;18(2):271-285. doi:10.1007/s40258-019-00498-z
341. Wang LY, Nichols LP, Austin SB. The economic effect of Planet Health on preventing bulimia nervosa. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011-1-1 2011;165(8):756-762.
342. Akers L, Rohde P, Stice E, Butryn ML, Shaw H. Cost-effectiveness of achieving clinical improvement with a dissonance-based eating disorder prevention program. *Eat Disord*. 2017-1-1 2017;25(3):263-272.
343. Atkins Whitmer D, Woods DL. Analysis of the cost effectiveness of a suicide barrier on the Golden Gate Bridge. *Crisis*. 2013-1-1 2013;34(2):98-106.
344. Fernández A, Mendive JM, Conejo-Cerón S, et al. A personalized intervention to prevent depression in primary care: cost-effectiveness study nested into a clustered randomized trial. *BMC Med*. 2018-1-1 2018;16(1):28-28.

345. Lebenbaum M, Cheng J, de Oliveira C, Kurdyak P, Zaheer J, Hancock-Howard R. Evaluating the Cost Effectiveness of a Suicide Prevention Campaign Implemented in Ontario, Canada. *Applied Health Economics and Health Policy*. 2020;18(2):189-201.
346. Müller G, Pfinder M, Schmahl C, Bohus M, Lyssenko L. Cost-effectiveness of a mindfulness-based mental health promotion program: economic evaluation of a nonrandomized controlled trial with propensity score matching. *BMC public health*. 2019;19(1):1309. doi:10.1186/s12889-019-7585-4
347. Murphy SM, Edwards RT, Williams N, et al. An evaluation of the effectiveness and cost effectiveness of the National Exercise Referral Scheme in Wales, UK: a randomised controlled trial of a public health policy initiative. *J Epidemiol Community Health*. 2012-1-1 2012;66(8):745-753.
348. Schotanus-Dijkstra M, Drossaert CHC, Pieterse ME, Walburg JA, Bohlmeijer ET, Smit F. Towards sustainable mental health promotion: Trial-based health-economic evaluation of a positive psychology intervention versus usual care. *BMC Psychiatry*. 2018-1-1 2018;18
349. Vasiliadis H-M, Lesage A, Latimer E, Seguin M. Implementing Suicide Prevention Programs: Costs and Potential Life Years Saved in Canada. *J Ment Health Policy Econ*. 2015-1-1 2015;18(3):147-155.
350. Bosmans JE, Dozeman E, van Marwijk HWJ, et al. Cost-effectiveness of a stepped care programme to prevent depression and anxiety in residents in homes for the older people: a randomised controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014-1-1 2014;29(2):182-190.
351. Clark F, Jackson J, Carlson M, et al. Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *J Epidemiol Community Health*. 2012-1-1 2012;66(9):782-790.
352. Joling KJ, Bosmans JE, van Marwijk HWJ, et al. The cost-effectiveness of a family meetings intervention to prevent depression and anxiety in family caregivers of patients with dementia: a randomized trial. *Trials*. 2013-1-1 2013;14:305-305.
353. Knapp M, King D, Romeo R, et al. Cost effectiveness of a manual based coping strategy programme in promoting the mental health of family carers of people with dementia (the START (STrAtegies for RelaTives) study): a pragmatic randomised controlled trial. *BMJ*. 2013-1-1 2013;347:f6342-f6342.
354. Romeo R, Knapp M, Banerjee S, et al. Treatment and prevention of depression after surgery for hip fracture in older people: cost-effectiveness analysis. *J Affect Disord*. 2011-1-1 2011;128(3):211-219.
355. McCabe C, Claxton K, Culyer AJ. The NICE Cost-Effectiveness Threshold. *PharmacoEconomics*. 2008;26(9):733-744. doi:10.2165/00019053-200826090-00004
356. Griffiths M, Maruszczak M, Kusel J. The who-choice cost-effectiveness Threshold: a Country-level analysis of changes over time. *Value in Health*. 2015;18(3):A88. doi:10.1016/j.jval.2015.03.517
357. Cleemput I. NM, Thiry N., De Laet C., Leys M. *Drempelwaarden voor kosteneffectiviteit in de gezondheidszorg. Health Technology Assessment (HTA)*. Vol. KCE Reports 100A. 2008.
358. Lo K, Stephenson M, Lockwood C. Extending the hierarchical decision matrix to incorporate a dominance ranking score for economic systematic reviews. *MethodsX*. 2020;7:101047. doi:10.1016/j.mex.2020.101047
359. Annemans L. *Health economics for non-economists*. Pelckmans Pro; 2018.
360. Drummond M, Sculpher M, Claxton K, Stoddart G, Torrance G. *Methods for the economic evaluation of health care programs.* . vol Fourth edition. Oxford University Press; 2015.
361. Husereau D, Drummond M, Petrou S, et al. Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS)--explanation and elaboration: a report of the ISPOR Health Economic Evaluation Publication Guidelines Good Reporting Practices Task Force. *Value Health*. Mar-Apr 2013;16(2):231-50. doi:10.1016/j.jval.2013.02.002
362. Husereau D, Drummond M, Augustovski F, et al. Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards 2022 (CHEERS 2022) statement: updated reporting guidance for health economic evaluations. *Eur J Health Econ*. Nov 2022;23(8):1309-1317. doi:10.1007/s10198-021-01426-6
363. Werbrouck A, de Bekker-Grob E, Al M, Putman K, Willems R. Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards 2022 (CHEERS II) statement: a validated Dutch translation. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. Apr 2024;24(4):551-557. doi:10.1080/14737167.2024.2324048

364. Thorn JC, Davies CF, Brookes ST, et al. Content of Health Economics Analysis Plans (HEAPs) for Trial-Based Economic Evaluations: Expert Delphi Consensus Survey. *Value Health*. Apr 2021;24(4):539-547. doi:10.1016/j.jval.2020.10.002
365. Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *Bmj*. Mar 7 2014;348:g1687. doi:10.1136/bmj.g1687
366. YHEC. Perspective. York Health Economics Consortium. https://yhec.co.uk/glossary/perspective/
367. Cleemput I, Neyt M, Van de Sande S, Thiry N. *Belgian guidelines for economic evaluations and budget impact analyses: second edition. Health Technology Assessment (HTA). KCE Report 183C. D/2012/10.273/54* 2012.
368. OECD/EU. *Health at a glance: Europe 2018. State of the health in the EU cycle*. 2018. https://health.ec.europa.eu/system/files/2020-02/2018_healthatglance_rep_en_0.pdf
369. McDaid D, Park AL. Understanding the Economic Value and Impacts on Informal Carers of People Living with Mental Health Conditions. *Int J Environ Res Public Health*. Mar 1 2022;19(5)doi:10.3390/ijerph19052858
370. Cramer RJ, Kapusta ND. A Social-Ecological Framework of Theory, Assessment, and Prevention of Suicide. *Front Psychol*. 2017;8:1756. doi:10.3389/fpsyg.2017.01756
371. Chaddha A, Robinson EA, Kline-Rogers E, Alexandris-Souphis T, Rubenfire M. Mental Health and Cardiovascular Disease. *Am J Med*. Nov 2016;129(11):1145-1148. doi:10.1016/j.amjmed.2016.05.018
372. Kwapong YA, Boakye E, Khan SS, et al. Association of Depression and Poor Mental Health With Cardiovascular Disease and Suboptimal Cardiovascular Health Among Young Adults in the United States. *J Am Heart Assoc*. Feb 7 2023;12(3):e028332. doi:10.1161/jaha.122.028332
373. Lindekilde N, Rutters F, Erik Henriksen J, et al. Psychiatric disorders as risk factors for type 2 diabetes: An umbrella review of systematic reviews with and without meta-analyses. *Diabetes Res Clin Pract*. Jun 2021;176:108855. doi:10.1016/j.diabres.2021.108855
374. Vai B, Mazza MG, Delli Colli C, et al. Mental disorders and risk of COVID-19-related mortality, hospitalisation, and intensive care unit admission: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. Sep 2021;8(9):797-812. doi:10.1016/s2215-0366(21)00232-7
375. O'Mahony JF, Newall AT, van Rosmalen J. Dealing with Time in Health Economic Evaluation: Methodological Issues and Recommendations for Practice. *Pharmacoeconomics*. Dec 2015;33(12):1255-68. doi:10.1007/s40273-015-0309-4
376. Haacker M, Hallett TB, Atun R. On time horizons in health economic evaluations. *Health Policy Plan*. Nov 20 2020;35(9):1237-1243. doi:10.1093/heapol/czaa073
377. YHEC. Discount Rate. York Health Economics Consortium. https://yhec.co.uk/glossary/discount-rate
378. Attema AE, Brouwer WBF, Claxton K. Discounting in Economic Evaluations. *Pharmacoeconomics*. Jul 2018;36(7):745-758. doi:10.1007/s40273-018-0672-z
379. EuroQol. EQ-5D-5L. EuroQol. https://euroqol.org
380. Bouckaert N, Gerkens S, Devriese S, Cleemput I. *An EQ-5D-5L value set for Belgium – How to value health-related quality of life?* 2021. *Health Services Research (HSR)*.
381. De Smedt D, Clays E, Annemans L, De Bacquer D. EQ-5D versus SF-12 in coronary patients: are they interchangeable? *Value Health*. Jan-Feb 2014;17(1):84-9. doi:10.1016/j.jval.2013.10.010
382. Bouwmans C, De Jong K, Timman R, et al. Feasibility, reliability and validity of a questionnaire on healthcare consumption and productivity loss in patients with a psychiatric disorder (TiC-P). *BMC Health Serv Res*. Jun 15 2013;13:217. doi:10.1186/1472-6963-13-217
383. Timman R, Bouwmans C, Busschbach JJ, Hakkaart-van Roijen L. Development of the Treatment Inventory of Costs in Psychiatric Patients: TIC-P Mini and Midi. *Value Health*. Dec 2015;18(8):994-9. doi:10.1016/j.jval.2015.07.006
384. *Manual iMTA Medical Cost Questionnaire (iMCQ). Available in Dutch and English*. 2018.

385. Shemilt I, Thomas J, Morciano M. A web-based tool for adjusting costs to a specific target currency and price year. *Evid Policy*. 2010;6(1):51-9. doi:10.1332/174426410X482999
386. Stevens W, Normand C. Optimisation versus certainty: understanding the issue of heterogeneity in economic evaluation. *Soc Sci Med*. Jan 2004;58(2):315-20. doi:10.1016/s0277-9536(03)00215-6
387. Lynch FL, Dickerson JF, Clarke GN, et al. Cost-Effectiveness of Preventing Depression Among At-Risk Youths: Postintervention and 2-Year Follow-Up. *Psychiatr Serv*. Apr 1 2019;70(4):279-286. doi:10.1176/appi.ps.201800144
388. Vlaanderen. *Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid*. Vol. 1612: MED.0494/2BIS. 2016. https://publicaties.vlaanderen.be/view-file/25569
389. Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. *Geestelijke gezondheid: gezondheidsenquête 2018. [Mental health: health survey 2018]*. 2018. www.gezondheidsenquete.be
390. Briggs A, Claxton K, Sculpher M. *Decision modelling for health economic evaluation*. Oxford University Press; 2006.
391. Ssegonja R, Sampaio F, Alaie I, et al. Cost-effectiveness of an indicated preventive intervention for depression in adolescents: a model to support decision making. *J Affect Disord*. Dec 1 2020;277:789-799. doi:10.1016/j.jad.2020.08.076
392. Pil L, Pauwels K, Muijzers E, Portzky G, Annemans L. Cost-effectiveness of a helpline for suicide prevention. *J Telemed Telecare*. Jul 2013;19(5):273-81. doi:10.1177/1357633x13495487
393. YHEC. Probabilistic Sensitivity Analysis. York Health Economics Consortium. https://yhec.co.uk/glossary/probabilistic-stochastic-sensitivity-analysis/#:~:text=Probabilistic%20sensitivity%20analysis%20(PSA)%20is,uncertainty%20in%20the%20model%20inputs
394. Bertram MY, Lauer JA, De Joncheere K, et al. Cost-effectiveness thresholds: pros and cons. *Bull World Health Organ*. Dec 1 2016;94(12):925-930. doi:10.2471/blt.15.164418
395. WHO. *Commission on Macroeconomics and Health*. 2001. *Macroeconomics and Health: Investing in Health and Economic Development*.
396. Woods B, Revill P, Sculpher M, Claxton K. Country-Level Cost-Effectiveness Thresholds: Initial Estimates and the Need for Further Research. *Value Health*. Dec 2016;19(8):929-935. doi:10.1016/j.jval.2016.02.017
397. Staniszewska S, Brett J, Simera I, et al. GRIPP2 reporting checklists: tools to improve reporting of patient and public involvement in research. *Bmj*. Aug 2 2017;358:j3453. doi:10.1136/bmj.j3453
398. Harvard S, Winsberg E. Patient and Public Involvement in Health Economics Modelling Raises the Need for Normative Guidance. *Pharmacoeconomics*. Jul 2023;41(7):733-740. doi:10.1007/s40273-023-01274-7
399. Friedrich C, Fairbairn T, Denton G, et al. Public involvement in an aggregate and individual participant data meta-analysis of mindfulness-based programmes for mental health promotion. *Syst Rev*. Aug 6 2024;13(1):212. doi:10.1186/s13643-024-02601-5
400. Williams I, Brown H, Healy P. Contextual Factors Influencing Cost and Quality Decisions in Health and Care: A Structured Evidence Review and Narrative Synthesis. *Int J Health Policy Manag*. Aug 1 2018;7(8):683-695. doi:10.15171/ijhpm.2018.09
401. Zechmeister I, Kilian R, McDaid D. Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. *BMC Public Health*. Jan 22 2008;8:20. doi:10.1186/1471-2458-8-20
402. Goeree R, He J, O'Reilly D, et al. Transferability of health technology assessments and economic evaluations: a systematic review of approaches for assessment and application. *Clinicoecon Outcomes Res*. 2011;3:89-104. doi:10.2147/ceor.S14404
403. Wijnen B, Van Mastrigt G, Redekop W, Majoie H, De Kinderen R, Evers S. How to prepare a systematic review of economic evaluations for informing evidence-based healthcare decisions: data extraction, risk of bias, and transferability (part 3/3). *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*. 2016;16(6):723-732. doi:10.1080/14737167.2016.1246961

404. Welte R, Feenstra T, Jager H, Leidl R. A Decision Chart for Assessing and Improving the Transferability of Economic Evaluation Results Between Countries. *Pharmacoeconomics*. 2004;22(13):857-876. doi:10.2165/00019053-200422130-00004
405. Beckman L, Svensson M. The cost-effectiveness of the Olweus Bullying Prevention Program: Results from a modelling study. *J Adolesc*. Dec 2015;45:127-37. doi:10.1016/j.adolescence.2015.07.020
406. Stevens V, Van Oost P, De Bourdeaudhuij I. Interventions against bullying in Flemish schools: programme development and evaluation. *Bullying in schools How successful can interventions be?* Cambridge University Press; 2004:141-165.
407. Cosma A, Molcho M, Pickett W. *A focus on adolescent peer violence and bullying in Europe, central Asia and Canada*. Vol. 2. 2024. *Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey*.
408. Boulenger S, Nixon J, Drummond M, Ulmann P, Rice S, de Pouvourville G. Can economic evaluations be made more transferable? *Eur J Health Econ*. Dec 2005;6(4):334-46. doi:10.1007/s10198-005-0322-1
409. Antonanzas F, Rodríguez-Ibeas R, Juárez C, Hutter F, Lorente R, Pinillos M. Transferability indices for health economic evaluations: methods and applications. *Health Econ*. Jun 2009;18(6):629-43. doi:10.1002/hec.1397
410. CEDEFOP. Choosing relevant indicators. https://www.cedefop.europa.eu/en/tools/vet-toolkit-tackling-early-leaving/evaluate/choosing-relevant-indicators
411. World Health Organization - Eastern Meditteranean Region. Indicators. https://www.emro.who.int/child-health/research-and-evaluation/indicators/Type-of-indicators.html
412. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Monitor mentale gezondheid. Advies voor het monitoren van mentale gezondheid als ondersteuning van landelijk en lokaal gezondheidsbeleid. 2023;
413. Orpana H, Vachon J, Dykxhoorn J, McRae L, Jayaraman G. Monitoring positive mental health and its determinants in Canada: the development of the Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. Jan 2016;36(1):1-10. doi:10.24095/hpcdp.36.1.01
414. Hall HI, Correa A, Yoon PW, Braden CR. Lexicon, definitions, and conceptual framework for public health surveillance. *MMWR Suppl*. Jul 27 2012;61(3):10-4.
415. Diener E, Wirtz D, Tov W, et al. New Well-being Measures: Short Scales to Assess Flourishing and Positive and Negative Feelings. *Social Indicators Research*. 2010/06/01 2010;97(2):143-156. doi:10.1007/s11205-009-9493-y
416. Soyez V, Baetens I, Theuns P, Van Droogenbroeck F, Devarwaere S. Weerbaarheid en veerkracht bij kinderen en jongeren: Conceptanalyse en ontwikkeling van een meetinstrument. 2023;
417. Mahoney J. Subjective well-being measurement: Current practice and new frontiers. *OECD Papers on Well-being and Inequalities*. 2023;doi:https://doi.org/10.1787/4e180f51-en
418. Furnham A, Swami V. Mental health literacy: A review of what it is and why it matters. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*. 2018;7(4):240.

Bijlagen

Bijlage 1: Kansen om in te spelen op determinanten van geestelijke gezondheid (sleutelactoren en sleutelmomenten)

Voor de tweede interactieve denkoefening tijdens de eerste stakeholdersmeeting werd gefocust op kansen om op impactvolle wijze in te spelen op de prioritaire determinanten van geestelijke gezondheid. Het was hierbij expliciet de vraag om sleutelfiguren en -organisaties, sleutelmomenten en sleutelplaatsen te identificeren en nog niet te denken in termen van specifieke acties en interventies.

Ook tijdens deze oefening noteerden stakeholders eerst afzonderlijk hun persoonlijke ideeën op post-its om deze vervolgens in groep te bespreken. Prioriteiten stellen was bij deze oefening niet nodig.

Enkel de sleutelfiguren- en organisaties en sleutelmomenten werden behouden voor verdere verwerking. Meer concrete acties werden indien mogelijk vertaald naar een sleutelmoment of -figuren. Merk op dat dit geen volledig beeld weergeeft van belangrijke sleutelactoren en sleutelmomenten voor iedere levensfase, maar louter de mening van de aanwezige stakeholders.

In wat volgt, wordt per levensfase een tabel weergegeven met de input van de stakeholders inzake de sleutelactoren- en momenten. Deze input werd in een volgende fase gebruikt om, samen met de belangrijke en prioritaire determinanten, een eerste versie van de strategische en operationele doelstellingen op te stellen.

Tabel 28 Eerste duizend dagen: Sleutelfiguren- en organisaties en sleutelmomenten per setting

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

Tabel 29 Kinderen en jongeren: Sleutelfiguren- en organisaties en sleutelmomenten per setting.

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

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

Tabel 30 (Jong)volwassenen: Sleutelfiguren- en organisaties en sleutelmomenten per setting.

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

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

Tabel 31 Ouderen: Sleutelfiguren- en organisaties en sleutelmomenten per setting.

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

Zorg en welzijn	• Alle zorgverleners en dan vooral diegenen die aan huis komen: zij moeten meer aandacht hebben voor de geestelijke gezondheid van personen, in de paar minuten die ze doorbrengen met een persoon kunnen ze een substantieel verschil maken; ze moeten hier zelf het nut van inzien • Zorginstellingen (o.a. ziekenhuizen): maatschappelijk werkers en personen die verantwoordelijk zijn voor het ontslagmanagement, polyvalente en educatieve medewerkers, pastoraal werkers, levensbeschouwelijke of morele consulenten • Verpleegkundigen en vooral thuisverpleegkundigen • Spoeddienst en spoedartsen: ook een belangrijke verwijzer, zeker bij verliessituaties • Casemanagers zorg: fungeren als antennefiguur, kunnen taboes doorbreken, richtingwijzers zijn • Huisartsen als belangrijke verwijzer, huisartsenwachtpost • Kinesist • Ergotherapeuten • Eerstelijnspsycholoog: zou ook aan huis moeten kunnen komen • Kinderopvang: betrekken/inschakelen van ouderen • BOV coaches (beweging op verwijzing) • Straathoekwerkers specifiek voor ouderen om eenzaamheid te doorbreken • Verenigingen voor mantelzorgers • Inloophuizen bv. rond dementie • Lotgenotenverenigingen voor mensen die een dierbare verloren (bv. Contempo, Lost & Co) • Belangenbehartigers voor ouderen • Diensten nachtzorg die thuis komen slapen, ter ondersteuning van mantelzorger • Hulplijnen: bv. Teleonthaal • Begrafenisondernemers • Professionals die betrokken zijn bij een overlijden: bv. ambulanciers en bestuurders van lijkwagens • Palliatieve netwerken • Sociale diensten van de mutualiteit	• Bij overlijden van een nabestaande • Tijdens en na een ziekenhuisopname van oudere zelf of als mantelzorger
Buurt en (lokaal) bestuur	• Zorgraden van de eerstelijnszones: spannen zich mee in voor het creëren van zorgzame buurten en het toegankelijk maken van zorg bv. door het organiseren van fora rond bepaalde thema's	

	• Lokale ouderenraad • Ouderenconsulenten • Buurtwerkers en opbouwwerkers (de stap voor buurtwerk) • Mobiliteit en openbaar vervoer (waaronder De Lijn): betaalbaar, betrouwbaar, vriendelijk • Dienst wonen • Sociale dienst (OCMW) • Lokale dienstencentra • Dienst sociale cohesie • Afdeling integraal stedelijk beleid	

Bijlage 2: Longlist met niet weerhouden populatie-indicatoren

Tabel 32 geeft de indicatoren weer die deel uitmaakten van de longlist, maar niet opgenomen zijn in de finale selectie ('shortlist'). Deze indicatoren worden niet ingedeeld in types en clusters.

Tabel 32 Longlist populatie-indicatoren die buiten de finale selectie aan indicatoren vallen.

Indicator	Bron
Aandeel pasgeborenen dat minstens één consult kreeg van Kind en Gezin	Opgroeien
Aandeel pasgeborenen dat minstens één gezinsbezoek kreeg van Kind en Gezin	Opgroeien
Aantal CAW cliënten per jaar (+ JAC)	CAW
Actieve betrokkenheid van de burger (bv. meewerken aan wijkfeest of opruimactie)	Gemeente-stadsmonitor
Deelname aan buurtactiviteiten	Gemeente-stadsmonitor
Externaliserend probleemgedrag kinderen	Gezinsenquête
Gebruik antidepressiva afgelopen 2 weken	HIS
Gebruik psychotrope medicatie afgelopen 2 weken	HIS
Gebruik slaap- en kalmeermiddelen afgelopen 2 weken	HIS
Geestelijke gezondheid	Preventiebarometer
Gepest worden op school (ja/nee)	JOP-monitor
Gezinsfunctioneren	Gezinsenquête
Houding tegenover diversiteit	Gemeente-stadsmonitor
Internaliserend probleemgedrag kinderen	Gezinsenquête
Klimaatbezorgdheid	HIS
Klimaatbezorgdheid	JOP-monitor
Levenstevredenheid	JOP-monitor
Levenstevredenheid	Preventiebarometer
Mantelzorg geven	HIS
Mantelzorg geven	Gemeente-stadsmonitor
Mantelzorg krijgen	Gemeente-stadsmonitor
Niveau van gezondheidsvaardigheden	Preventiebarometer
Onveiligheidsgevoel in de buurt	Gemeente-stadsmonitor
Participatie in verenigingsleven	Gemeente-stadsmonitor
Problemen met prosociaal gedrag kinderen	Gezinsenquête
Schooltevredenheid	HBSC
Subjectieve moeilijkheden van het kind (ouderbeleving)	Gezinsenquête
Tevredenheid over buurt	SV-bevraging
Tevredenheid over combinatie werk-gezin	Gezinsenquête
Tevredenheid over contact in de buurt	Gemeente-stadsmonitor
Tevredenheid over contact met huisgenoten	SV-bevraging
Tevredenheid over gezondheid	SV-bevraging
Tevredenheid over hoeveel je kan beslissen over je leven	JOP-monitor
Tevredenheid over lichamelijke gezondheid	JOP-monitor
Tevredenheid over opvoeding van kinderen	Gezinsenquête
Tevredenheid over sociale contacten met leeftijdsgenoten	JOP-monitor
Tevredenheid over sociale leven van ouders	Gezinsenquête
Tevredenheid over toekomstmogelijkheden	JOP-monitor
Tevredenheid over vrije tijd	SV-bevraging

Tevredenheid over vrijetijdsbesteding	JOP-monitor
Tevredenheid over werk	SV-bevraging
Tevredenheid over woonplaats	JOP-monitor
Veerkracht	JOP-monitor
Vertrouwen in medemens	Gemeente-stadsmonitor
Voldoende groen in de buurt	Gemeente-stadsmonitor
Vrijwilligerswerk	Gemeente-stadsmonitor
Zelf gerapporteerde depressie	HIS
Zich eenzaam voelen	SV-bevraging
Zich gelukkig voelen	SV-bevraging
Zich thuis voelen in de buurt	Gemeente-stadsmonitor
Zichzelf te dik vinden	HBSC