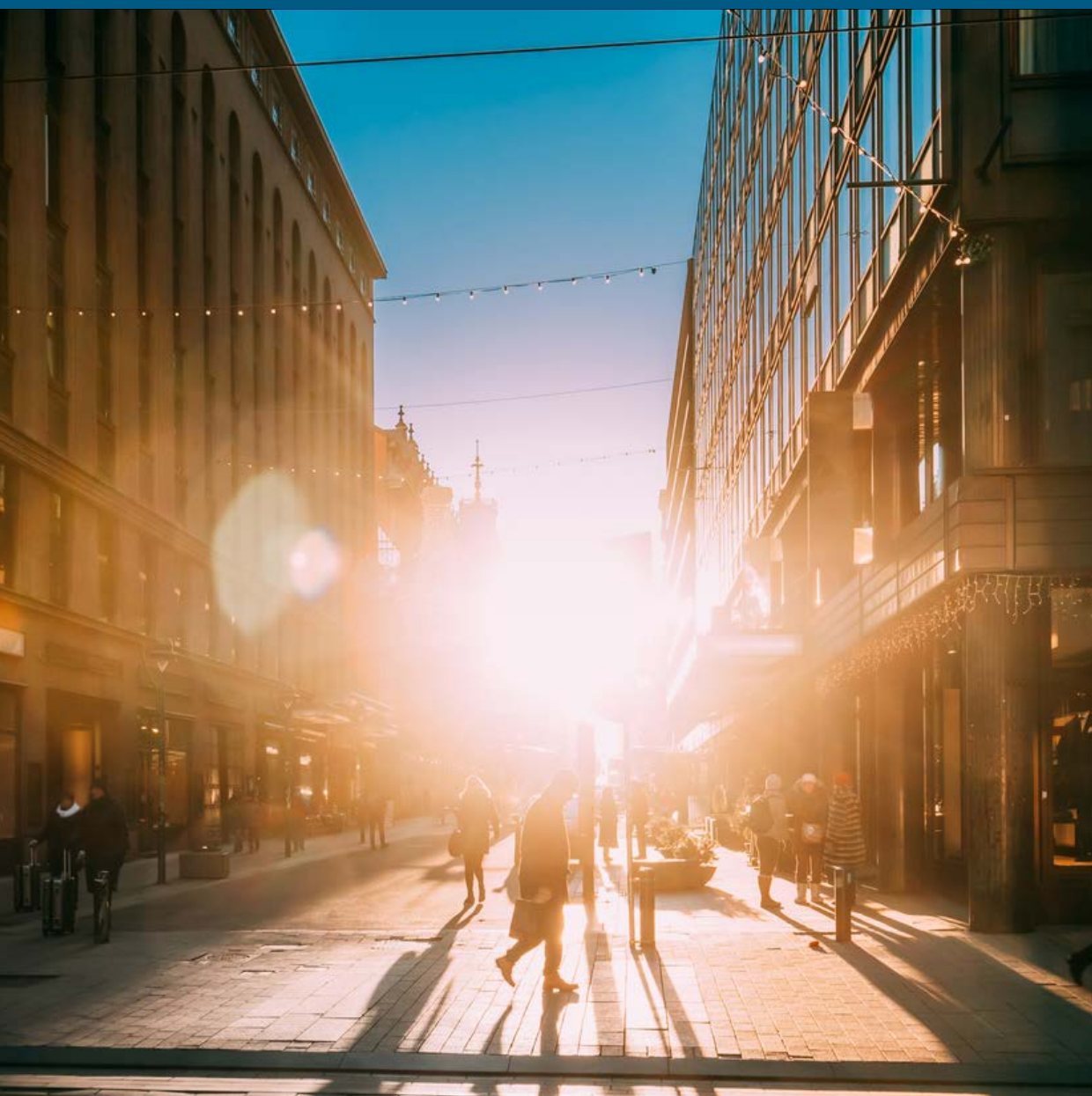


Omdat álle mensen ertoe doen

Position paper over aandachtspunten voor
effectief beleid om de gezondheid van de
Nederlandse bevolking te bevorderen



Het Trimbos-instituut is een wetenschappelijk kennis- en onderzoeksinstituut en bestaat uit vijf expertisecentra: **Mentale Gezondheid, Geestelijke gezondheidszorg, Alcohol, Tabak en Drugs**. Daarnaast zijn we actief op het gebied van onderzoek en wetenschappelijke kennis op de thema's **gamen, digitale balans en gokken**. We zetten ons in om de mentale gezondheid van de Nederlandse samenleving te versterken en schade door gebruik van alcohol, drugs en tabak tegen te gaan en te voorkomen. Met alle maatschappelijke vraagstukken die spelen is het van groot belang, dat de politiek oog blijft houden voor alle mensen, van jong tot oud, en met name voor kwetsbare groepen.

Graag attenderen we u op een aantal aandachtspunten voor effectief beleid om de gezondheid van de Nederlandse bevolking te bevorderen.

Aandachtspunten voor beleid om de gezondheid van de Nederlandse bevolking te bevorderen:

- Alcoholschade kan voorkomen en verminderd worden door het nemen van beleidsmaatregelen gericht op het beperken van de beschikbaarheid van alcohol, het verbieden van alcoholmarketing, het verhogen van de prijs van alcohol én het verlagen van drempels tot vroegsignalering en hulp.
- Preventie van (problematisch) drugsgebruik vraagt om een duurzaam programmatische aanpak, waarin ingezet wordt op implementatie van goed onderbouwde interventies, gericht op de sociale omgeving en specifieke (kwetsbare) doelgroepen. Dit zou onderdeel moeten zijn van een overkoepelende nationale drugsstrategie. Vanuit Europa is een duidelijke wens dat lidstaten hun drugsbeleid degelijk en systematisch onderbouwen, plannen en evalueren. Nederland blijft hierin achter.
- Nederland is voor tabaksbeleid een gidsland. Het is nodig dat deze ingeslagen weg verder wordt bewandeld, niet op een slakkengangetje, maar met meer spoed. We bevinden ons in een cruciale fase. Nú hebben we de kans om de beweging richting een Rookvrije Generatie te versnellen. Aanscherping van beleid is cruciaal.
- Voor een mentaal gezonde samenleving is het nodig om de mentale gezondheid van de gehele bevolking te verbeteren, alsook oog te hebben voor mensen met meer risico op psychische aandoeningen. Er zijn inmiddels bewezen effectieve aanpakken. Cruciaal is in alle beleidsdomeinen aandacht te hebben voor mentale gezondheid. Investeren in mentale gezondheidsbevordering en preventie ligt namelijk voor een groot deel in beleidsdomeinen buiten de gezondheidszorg. Het vraagt niet alleen een aanpak van individuele interventies, maar ook, en misschien wel vooral, van collectieve oplossingen en aanpassingen in de leefomgeving. Dat vereist dat onderliggende maatschappelijke oorzaken, zoals armoede, prestatiedruk en eenzaamheid, beter worden geadresseerd.
- De geestelijke gezondheidszorg zit in de knel. De vraag naar ggz groeit terwijl nu al veel mensen te lang op hulp wachten en het capaciteitstekort structureel is. Recente beleidstransities waren niet effectief. Het Integraal Zorgakkoord (IZA) bevat goede elementen maar vraagt om verdere uitwerking en een verbreding van de focus om tot duurzaam toegankelijke zorg te komen.
- Er zijn veel zorgen rondom de jeugd; veel jongeren voelen zich eenzaam, ervaren prestatiedruk en hebben psychosomatische en emotionele problemen. Daarnaast bestaan er al jaren zorgen over het middelengebruik van de Nederlandse jeugd, wat de afgelopen jaren maar niet wil afnemen. Er wordt grote urgentie gevoeld om in te grijpen ten behoeve van hun welzijn. Essentieel is blijvende inzet op kennisgestuurd en duurzaam werken aan het welzijn van jeugd.
- Sinds oktober 2021 is online gokken legaal in Nederland. Het idee achter de legalisering is dat gokkers in een legale markt beter worden beschermd. In de praktijk blijkt het tegendeel. Het is nodig om te gaan bouwen aan een professionele infrastructuur, zodat er op een onafhankelijke en transparante manier gewerkt kan worden aan preventie van gokproblemen.
- Digitale media zijn niet meer weg te denken uit onze samenleving. Er is structureel aandacht nodig voor een gezonde digitale balans van gebruikers én een verantwoord ontwerp van digitale producten. Gezien de bedrijfsgrootte van social media, game- en andere digitale mediabedrijven speelt het landelijke en Europese beleid een zeer grote rol. Dat vereist beleid dat centraal en interdepartementaal vormgegeven wordt.

Alcohol

Alcoholschade kan voorkomen en verminderd worden door het inzetten van beleidsmaatregelen gericht op het beperken van de beschikbaarheid van alcohol, het verbieden van alcoholmarketing, het verhogen van de prijs van alcohol én het verlagen van drempels tot vroegsignalering en hulp.

Schade door alcoholgebruik

Alcoholgebruik vergroot het risico op meer dan 200 lichamelijke en mentale aandoeningen en ziekten, waaronder kanker, hart- en vaatziekten en verslaving. Over het algemeen geldt: hoe meer alcoholgebruik, hoe groter het risico op gezondheidsschade. Naast gezondheidsschade voor de drinker zelf, brengt alcohol ook schade voor anderen met zich mee, zoals sterfte en letsel door verkeers- en arbeidsongevallen, verzuim en huiselijk-, seksueel- of uitgaansgeweld. Maar bijvoorbeeld ook afwijkingen aan de hersenen bij kinderen doordat de moeder rondom de zwangerschap alcohol heeft gedronken. De maatschappelijk kosten van alcoholgebruik in Nederland zijn 2,3 tot 4,2 miljard euro per jaar. Hieronder vallen onder meer: zorgkosten, verzuimkosten, kosten voor politie en justitie door politieoptreden en het gevangenisstelsel en overheidskosten door gezondheidsvoorlichting en -campagnes en handhaving. Alcohol veroorzaakt veel vermijdbare schade en kosten op veel verschillende domeinen. Inzetten op alcoholpreventie is daarom cruciaal, zeker gezien de toenemende druk op de zorg.

De cijfers

Recente cijfers over alcoholgebruik onder jongeren en volwassenen in Nederland geven geen aanleiding voor optimisme. Het alcoholgebruik is bij jongeren van 12 t/m 16 jaar fors gedaald in de periode 2003-2015, maar daalt niet verder. Dit geldt voor drinken ooit in het leven, in de afgelopen maand en voor binge drinken. In 2021 heeft bijna de helft (47,5%) van de jongeren ooit wel eens alcohol gedronken. Ruim een kwart (27,8%) deed dit in de afgelopen maand en één op de vijf jongeren (20,8%) heeft in de afgelopen maand gebinged. Na een stijging van het percentage volwassenen dat zich houdt aan het advies van de Gezondheidsraad (i.e. niet drinken, of maximaal 1 glas per dag) in de periode 2014-2020 van 37,4% naar 44,4%, is dit percentage niet verder toegenomen in 2021 (44%) en 2022 (43,5%). Hoewel overmatig drinken is gedaald in de periode 2014-2022 van 9,9% naar 6,5% bij de algemene Nederlandse volwassen bevolking, blijft het percentage onverminderd hoog bij jongvolwassenen (18-24 jaar). Bovendien schommelt zwaar drinken al jaren op hetzelfde niveau rond de 8 á 9%. In totaal dronken in 2022 in Nederland ongeveer 1,5 miljoen volwassenen overmatig en/of zwaar.

Effectieve beleidsmaatregelen

Alcoholgebruik wordt sterk beïnvloed door de omgeving, waarbij geldt: hoe ruimer, zichtbaarder en laagdrempeliger alcohol verkrijgbaar is, hoe meer schade. Het is wetenschappelijk evident dat beleidsmaatregelen gericht op het beperken van de beschikbaarheid van alcohol, het verbieden van alcoholmarketing, het verhogen van de prijs van alcohol én het verlagen van drempels tot vroegsignalering en hulp het meest kosteneffectief, betaalbaar en uitvoerbaar zijn in het voorkomen en verminderen van alcoholschade. In lijn met de WHO en het RIVM pleiten wij daarom voor het invoeren van deze beleidsmaatregelen. Het zijn ook deze maatregelen die noodzakelijk zijn om de ambities en doelen uit het Nationaal Preventieakkoord Problematisch Alcoholgebruik te kunnen behalen.

Draagvlak voor verandering

Het draagvlak voor beleidsmaatregelen voor het voorkomen en verminderen van alcoholschade onder Nederlandse volwassenen verschilt per maatregel. Het draagvlak voor het verbieden van alcoholreclame is het grootst (65%), terwijl het draagvlak voor het verhogen van de prijs van alcohol het kleinst is (44%).

Samengevat

1. **De prevalentie van alcoholgebruik onder jongeren en volwassenen in Nederland is blijvend hoog, resulterend in (gezondheids)schade voor de drinker zelf, diens omgeving en de maatschappij.**
2. **Het invoeren van beleidsmaatregelen gericht op het beperken van de beschikbaarheid van alcohol, het verbieden van alcoholmarketing, het verhogen van de prijs van alcohol én het verlagen van drempels tot vroegsignalering en hulp voorkomt en vermindert alcoholgebruik en gerelateerde (gezondheids)schade.**
3. **Het inzetten op alcoholpreventie is urgent en kan bijdragen om de toenemende zorgkosten te beperken.**

Referenties

- Boer, M., Van Dorsselaer, S., De Looze, M., De Roos, S., Brons, H., Van den Eijnden, R., Monshouwer, K., Huijnk, W., Ter Bogt, T., Vollebergh, W., & Stevens, G. (2022). [HBSC 2021. Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland](#). Trimbos-instituut: Utrecht.
- Boer, J., Kuijpers, T., Edens, J., Ekelboom, M., Nawijn, E., Koopman, N., ... & van Giessen, A. (2022). [Voortgangsrapportage Nationaal Preventieakkoord 2021](#). RIVM: Bilthoven.
- CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut. (2022). [Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor](#). CBS: Den Haag.
- De Wit, G. A., Van Gils, P. F., Over, E. A. B., Suijkerbuijk, A. W. M., Lokkerbol, J., Smit, F., ... & De Kinderen, R. J. A. (2018). [Maatschappelijke kosten-batenanalyse van beleidsmaatregelen om alcoholgebruik te verminderen](#). RIVM: Bilthoven.
- Vonk, R. A. A., Hilderink, H. B. M., Plasmans, M. H. D., Kommer, G. J., & Polder, J. J. (2020). [Toekomstverkenning zorghuiszaken 2015-2060: Kwantitatief vooronderzoek in opdracht van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid \(WRR\). Deel 1: toekomstprojecties](#). RIVM: Bilthoven.
- Voogt, C., Tuithof, M., & Rombouts, M. (2022). [Draagvlak voor beleidsmaatregelen om schade door alcoholgebruik te verminderen - Trimbos-instituut](#). Trimbos-instituut: Utrecht.
- WHO. (2020). [European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020](#). WHO: Geneva.
- WHO. (2018). [Global status report on alcohol and health](#). WHO: Geneva.

Heeft u vragen over alcoholbeleid?

Neem contact op met Ninette van Hasselt nhasselt@trimbos.nl of Carmen Voogt cvoogt@trimbos.nl.

Drugs

Preventie van (problematisch) drugsgebruik vraagt om een duurzame programmatische aanpak, waarin ingezet wordt op implementatie van goed onderbouwde interventies, gericht op de sociale omgeving en specifieke (kwetsbare) doelgroepen. Dit zou onderdeel moeten zijn van een overkoepelende nationale drugsstrategie. Vanuit Europa is er een duidelijke wens dat lidstaten hun drugsbeleid degelijk en systematisch onderbouwen, plannen en evalueren. Nederland blijft hierin achter.

Zet in op goed onderbouwde drugspreventie en kwetsbare groepen

Drugspreventie is meer dan alleen voorlichting. Bewustwording en voorlichting over risico's leiden niet vanzelf tot gedragsverandering en kunnen, indien verkeerd uitgevoerd, zelfs een averechts effect hebben. Het is van groot belang om in te zetten op goed onderbouwde interventies voor de juiste doelgroep, gericht op de gehele sociale omgeving. Blijf niet steken in de 'korte klap' en ogenschijnlijke quick wins: preventie is een kwestie van lange adem. Er zijn veel goed onderbouwde interventies beschikbaar. Winst kan worden behaald door deze op een programmatische wijze te implementeren en te monitoren: bereiken ze de juiste doelgroepen? Daarbij moet maximaal worden ingezet op kwetsbare groepen, die een grotere kans hebben op schadelijke gevolgen van drugsgebruik.

Goed zicht houden op de drugsproblematiek

Om middelen voor preventie doelmatig te kunnen inzetten voor de juiste doelgroepen, zijn ook investeringen in snelle en innovatieve monitoringmethodieken noodzakelijk. Nederland heeft een relatief goed ontwikkeld systeem voor het monitoren van de drugsproblematiek, dat het fundament is voor beleid. Drugsmarkten en problematiek veranderen echter snel en spelen zich steeds vaker onder de radar van de beschikbare monitors af, bijvoorbeeld door de opkomst van social (online) media. Of omdat bepaalde drugs in specifieke groepen of regio's van Nederland opduiken (zoals 3-MMC en GHB), terwijl landelijke cijfers niet direct aanleiding geven tot ongerustheid. Ook op Europees niveau wordt deze noodzaak gezien en ondersteund door het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving in Lissabon (vanaf medio 2024 de European Union Drugs Agency, EUDA).

Een nieuwe nationale drugsstrategie

Nederland heeft vooral in het verleden een sterk innovatief drugsbeleid gevoerd. Het huidige beleid mist echter een brede strategie. In 1995 verscheen de laatste integrale drugsstrategie en in 2009 is het Nederlandse drugsbeleid voor het laatst grondig geëvalueerd. Juist in een tijd waarin de ontwikkelingen van het drugsveld onder andere als gevolg van toegenomen globalisering en nieuwe technologische veranderingen zich snel ontwikkelt, is een geïntegreerde aanpak van alle aspecten van de drugsproblematiek van groot belang. Zowel op het terrein van de volksgezondheid (door preventie van drugsgebruik, beperken van schade) als openbare veiligheid (door beperken van productie, handel en gerelateerde criminaliteit). Vanuit Europa is er ook een duidelijke wens dat lidstaten hun beleid degelijk en systematisch onderbouwen, plannen en evalueren, volgens de regels van een modern evidence-based beleid. Nederland bepleit dat in diverse internationale gremia, maar blijft hierin zelf achter. Een buurland als België, met in veel opzichten grotendeels een vergelijkbare problematiek, heeft de laatste jaren een aantal grote stappen gezet. Het beleid is geëvalueerd in 2022 en de aanbevelingen daaruit zijn de inmiddels de aanzet voor een meer systematischer aanpak. In Nederland is een dergelijke aanpak naar een meer coherent en proactief beleid wenselijk.

Samengevat:

- 1. Zet in op goed onderbouwde interventies voor de juiste doelgroep, gericht op de sociale omgeving, en een duurzame implementatie strategie. Focus op kwetsbare groepen.**
- 2. Benut of ontwikkel methodieken om doelgroepen en (nieuwe) drugsproblematiek tijdig in beeld te krijgen.**
- 3. Ontwikkel een roadmap naar een overkoepelende drugsstrategie en bed deze stevig in de beleidscyclus in.**

Referenties

Voor de laatste cijfers over het drugsgebruik: zie www.nationaledrugmonitor.nl

De Jonge, M. (2022). Principes van effectieve drugspreventie. Een factsheet voor beleidsmedewerkers en preventieprofessionals. Utrecht: Trimbos-instituut (<https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af1986-principes-van-effectieve-drugspreventie/>)

Mohle, M., & Spronk, D. (2023). Alcohol-en drugspreventie voor kwetsbare groepen: hoe kan het beter?. Tijdschrift Verslaving & Herstel, 3(1).

Burkhart, G., Gyarmathy, V. A., & Bo, A. (2011). Selective prevention: Addressing vulnerability to problem drug use in Europe. *Drugs: education, prevention and policy*, 18(6), 447-453.

Wits, E., van de Mheen, D., Snoek, A., & van der Stel, J. (2012). Kwetsbare groepen jeugdigen en problematisch middelengebruik: visie en interventiematrix. *Verslaving*, 8, 3-21.

[The future of drug monitoring in Europe until 2030 — new report out today](http://www.emcdda.europa.eu) | www.emcdda.europa.eu

[Harm reduction in Europe: a framework for civil society-led monitoring](http://www.springer.com) | *Harm Reduction Journal* (springer.com)

[EU Drugs Action Plan 2021-2025](http://www.emcdda.europa.eu) | www.emcdda.europa.eu

[Council of the EU \(2020\) EU Drugs Strategy 2021-25](http://www.emcdda.europa.eu) | www.emcdda.europa.eu

[Van een versnipperd naar een performant Belgisch drugsbeleid anno 2022](http://www.ugent.be) | Universiteit Gent (ugent.be)

https://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/policy-evaluation_en | www.emcdda.europa.eu

Heeft u vragen over drugsbeleid?

Neem contact op met Margriet van Laar melaar@trimbos.nl.

Tabak

Nederland is voor tabaksbeleid een gidsland. Wat op dit moment nodig is, is dat deze ingeslagen weg verder wordt bewandeld, niet op een slakkengangetje, maar met meer spoed. We bevinden ons in een cruciale fase. Nú hebben we de kans om de beweging richting een Rookvrije Generatie te versnellen. Continuïteit van beleid is cruciaal.

De Rookvrije Generatie is er nog niet

Roken is nog steeds de grootste vermijdbare oorzaak van ziekte en sterfte in Nederland. Roken is extreem verslavend: het merendeel van de mensen die roken is van plan om ooit te stoppen met roken, maar heeft daar de grootste moeite mee. Ruim de helft van de mensen die hebben gerookt, sterft vroegtijdig aan de gevolgen. Jaarlijks overlijden bijna 20.000 Nederlanders aan de gevolgen van het roken.

Het aantal mensen dat in Nederland rookt neemt wel af, maar veel te langzaam. Met het huidige tempo zal de landelijke doelstelling van minder dan 5% rokers in 2040 niet worden gehaald. Verontrustend is dat we de laatste tijd een opleving onder jongeren zien, doordat de industrie voor jongeren onweerstaanbare nieuwe nicotineproducten (vapes, nicotinezakjes) op de markt blijft brengen. Eenmaal nicotineverslaafd is de stap naar tabaksproducten gemakkelijk gemaakt.

Het ingezette beleid continueren en liefst versnellen

De afgelopen jaren ontstond een krachtig samenspel van overheid, maatschappij en zorg op de weg naar een Rookvrije Generatie. Er zijn veel initiatieven en er is veel steun uit de maatschappij en er komt steeds meer aandacht voor tabaksontmoediging in de zorg. Met het tabaksbeleid dat door het demissionaire kabinet is ontwikkeld en deels is ingezet, is de juiste weg dus ingeslagen. De WHO stelde onlangs dat Nederland een voorbeeld is voor andere landen. We zijn op tabaksbeleid een gidsland. Wat op dit moment nodig is, is dat deze ingeslagen weg verder wordt bewandeld. Continuïteit van beleid is cruciaal, niet op een slakkengangetje, maar met meer spoed. We bevinden ons in een cruciale fase. Nú hebben we de kans om de beweging richting een Rookvrije Generatie te versnellen.

Wat is nu nodig?

Accijnsverhoging

Accijnsverhogingen zijn een cruciale pijler van landelijk tabaksbeleid, simpelweg omdat de prijs van tabak voor veel rokers een belangrijk aspect is bij de keuze om uiteindelijk met roken te stoppen. Jaarlijkse verhogingen van 10% of meer dragen significant bij aan de daling van het roken. Ze zijn ook belangrijk om jongeren te weerhouden om met roken te beginnen. Het is hierbij wél cruciaal dat rokers gedurende hun 'stopproces' toegang hebben tot effectief bewezen, laagdrempelige en gratis stoppen-met-roken-zorg. Hier moet meer in worden geïnvesteerd.

Betere mediacampagnes

Campagnes gericht op stoppen met roken kunnen zeer effectief zijn, mits ze met voldoende budget zijn ontwikkeld en goed zijn afgestemd op waar rokers behoefte aan hebben. Momenteel wordt er vanuit de overheid onvoldoende in geïnvesteerd.

Betere stoppen-met-roken zorg

De zorgsector is bij uitstek de plek om tabaksgebruik te ontmoedigen onder het motto 'Roken en goede zorg gaan niet samen'. Met 20.000 doden en een veelvoud aan tabaksgerelateerde ziekten is de toch al overbelaste zorg enorm druk. De komende jaren heeft de zorg ondersteuning nodig om stoppen met roken tot een speerpunt in de zorg te maken, zodat aandacht voor roken net zo normaal wordt als handenwassen bij iedere patiënt. Artsen en andere zorgprofessionals kunnen hierbij een grotere rol spelen dan nu nog het geval is, vooral het signaleren en doorverwijzen naar specialistische hulp. Het Trimbos-instituut kan hierin de komende jaren een stuwende rol spelen, door het zorgveld te stimuleren om deze rol ruimhartiger op te pakken. Het is belangrijk dat hiermee in de aankomende jaren wordt dóórgegaan.

Meer rookvrije omgevingen

Om kinderen te beschermen tegen tabak hebben veel sectoren in de samenleving hun domein al rookvrij gemaakt. Scholen zijn rookvrij via wetgeving. Het is tijd om door te pakken met een wettelijk rookverbod voor terrassen, OV-haltes en auto's waarin kinderen zitten. Veel landen in Europa hebben dit al ingevoerd.

Minder verkooppunten

Rookwaren zouden alleen nog te koop mogen zijn in tabaksspeciaalzaken. Het huidige kabinet wil dit pas in 2032 realiseren, maar dit moet sneller. De retailsector en de tabaksindustrie willen de tabaksverkoop niet opgeven en zoeken en vinden mazen in de wet. Daarom moet de verkoop sneller beperkt worden tot speciaalzaken, waar handhaving op leeftijdsgrens veel gemakkelijker is. Ook zou het goed zijn als er uiteindelijk een vergunning nodig is om tabak te mogen verkopen, net als bij sterke drank. Dat is er nu niet. Iedereen mag nog tabak verkopen, zolang je je maar aan de tabakswet houdt.

21 jaar

Om roken minder toegankelijk te maken voor jongeren, zou de minimumleeftijd voor het mogen kopen van rookwaren moeten worden verhoogd naar 21 jaar. Steeds meer landen voeren deze maatregel in. Het zal ervoor zorgen dat jongeren minder gemakkelijk aan tabak kunnen komen.

Verder lezen

<https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af1989-effectiviteit-van-nederlands-tabaksontmoedigingsbeleid/>

<https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af1844-notitie-rookvrije-auto-s/>

<https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af1811-factsheet-rookvrije-buitenruimten/>

<https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af1742-roken-is-een-verslaving/>

Heeft u vragen over tabaksbeleid?

Neem contact op met Marc Willemsen mwillemsen@trimbos.nl

Mentale gezondheid en preventie

Voor een mentaal gezonde samenleving is het nodig om de mentale gezondheid van de gehele bevolking te verbeteren, alsook oog te hebben voor mensen met meer risico op psychische aandoeningen. Cruciaal is in alle beleidsdomeinen aandacht te hebben voor mentale gezondheid. Investeren in mentale gezondheidsbevordering en preventie ligt namelijk voor een groot deel in beleidsdomeinen buiten de gezondheidszorg. Het vraagt niet alleen een aanpak van individuele interventies, vooral ook van aanpassingen in de leefomgeving. Onderliggende maatschappelijke oorzaken, zoals armoede, prestatiedruk en eenzaamheid, moeten beter worden geadresseerd.

Trends mentale gezondheid

De mentale gezondheid van de Nederlanders gaat achteruit:

- In de periode 2019-2022 had ruim een kwart (26%) van de volwassenen tussen 18 en 65 jaar een psychische aandoening in het afgelopen jaar ([NEMESIS-3](#)). Dat is aanmerkelijk hoger dan de 17% die werd gemeten in de periode 2007-2009.
- Onder meisjes in de leeftijd 12-16 jaar had bijna de helft (47%) in 2022 emotionele problemen ([HBSC](#)). Dat is fors meer dan in 2017 (29%).
- In totaal hadden zo'n 3,3 miljoen Nederlanders een psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden.

De meest voorkomende stoornissen zijn angststoornissen (15%) en stemmingsstoornissen (10%, bv. depressie).

- De [Landelijke Monitor Depressie](#) laat zien dat het aantal mensen met lichte tot ernstige depressie- of angstklachten onder volwassenen tussen 18 en 65 jaar gestaag is toegenomen tussen 2010 (11,3%) en 2021 (16,6%). Deze klachten komen vaker voor in hoogrisicogroepen, waaronder volwassenen met een chronische ziekte (28,9%) en vrouwen tussen de 18 en 25 jaar (28,9%).
- Investeren in mentale gezondheid loont voor de hele samenleving. Een goede mentale gezondheid hangt samen met een 15 tot 20 jaar langere levensverwachting, meer productiviteit en minder zorggebruik. Mentale ongezondheid hangt daarentegen samen met verlies aan productiviteit, leerprestaties en kwaliteit van leven.
- Een 5% stijging in mentaal welbevinden in een populatie van 1.000.000 inwoners levert een jaarlijkse [kostenbesparing op van ongeveer 144 miljoen euro](#).

Wat bepaalt de mentale gezondheid van mensen?

Mentale gezondheid wordt bepaald door een wisselwerking tussen persoonlijke eigenschappen, levensgebeurtenissen en de leefomgeving. Factoren in de leefomgeving, zoals de omstandigheden waarin iemand opgroeit, werkt, en ouder wordt, [kunnen een beschermende werking hebben of je juist kwetsbaarder maken](#). Een kind dat opgroeit in een onveilige buurt loopt meer risico op het meemaken van misbruik of geweld en dus op een slechtere mentale gezondheid. Een volwassene met financiële zorgen of onzekere huisvesting kan te maken krijgen met chronische stress, waardoor de mentale gezondheid achteruitgaat. Omgevingsfactoren zijn extra van invloed tijdens belangrijke fases en transities in de levensloop, zoals de periode net na de geboorte, of de overgang van adolescentie naar volwassenheid. Omgevingsfactoren zijn te beïnvloeden met overheidsbeleid. Ze vormen belangrijke aangrijpingspunten voor preventie van psychische problemen en promotie van mentale gezondheid.

Wat kunnen we doen?

1. Aanpak van sociaaleconomische oorzaken van dalende mentale gezondheid.

Beleidskeuzes op domeinen als arbeid, sociale zekerheid en ruimtelijke ordening, hebben effect op de mentale gezondheid. Mensen met een laag inkomen hebben 50% meer kans op het ontwikkelen van een psychische stoornis dan mensen met een hoog inkomen. Financiële zorgen kunnen **leiden tot** mentale ongezondheid, wat het juist moeilijker maakt om aan armoede te ontsnappen. In een periode van toenemende armoede ([nu bijna 1 miljoen mensen in Nederland](#)) is het cruciaal om deze vicieuze cirkel te doorbreken. Ook jonge mensen, bijvoorbeeld studenten, hebben hiermee te maken. Uit de [Studentenmonitor](#) blijkt dat 61.9% van de studenten met een studieschuld boven de 50.000 EUR internaliserende psychische problemen ervaart in tegenstelling tot 49% met een studieschuld van minder dan 5000 EUR.

Door sociale determinanten effectief aan te pakken, kunnen meer mensen een betere mentale gezondheid krijgen, wat zich vertaalt in voordelen in onze buurten, op het werk en in het onderwijs. Daarnaast helpt het burgers om op een eenvoudige manier, zonder stigma, hulp te kunnen vragen bij financiën, huisvesting en andere behoeften.

2. De leefomgeving gezonder maken.

De mentale gezondheid hangt direct samen met de omstandigheden waarin we leven, opgroeien, leren, werken, en ouder worden. In de [Landelijke Aanpak “Mentale gezondheid: van ons allemaal”](#) staan vijf actielijnen uitgewerkt die elk een andere leefomgeving aanpakken, zoals de mentaal gezonde buurt, school en werkplek. Deze landelijke aanpak vraagt commitment, inzet en samenwerking van en met vele partijen. Daarbij is een lange adem, stevige investering en continuïteit nodig om daadwerkelijk impact te krijgen op de mentale gezondheid.

3. Versterken mentale weerbaarheid.

Individuele vaardigheden kunnen helpen om minder risico's te lopen op psychische klachten. Denk bijvoorbeeld aan sociaal-emotionele vaardigheden van de jeugd zoals probleemoplossende en sociale vaardigheden. Of leren omgaan met stress, herkennen en omgaan met emoties en leren omgaan met de ander (Zie ook hoofdstuk Jeugd). Kennis en ondersteuningsprogramma's zoals [Welbevinden op School](#) bieden handvatten om in het onderwijs bij te dragen aan sociaal-emotionele ontwikkeling. Het Trimbos-instituut ontwikkelt een soortgelijke aanpak voor het hoger onderwijs.

4. Preventieve aanpakken: benutten en stimuleren van het gebruik ervan.

Verschillende bevolkingsgroepen lopen een hoger risico op het ontwikkelen van psychische aandoeningen en zijn geholpen met tijdige signalering en [bewezen effectieve preventieve interventies](#). Denk bijvoorbeeld aan aanstaande en pas bevallen moeders, mantelzorgers, en kinderen van ouders met een psychische aandoening. Deze preventieve aanpakken met effectieve interventies worden nog niet overal ingezet. Het aanbod is afhankelijk van de focus van de gemeente of zorgverlener. Er is vaak financiering voor het ontwikkelen van nieuwe interventies maar te weinig (en te vaak kortdurende) financiering voor het gebruiken en verbeteren wat we al hebben.

5. Planmatig en kennisgestuurd werken.

Het is noodzakelijk om een langetermijnvisie te ontwikkelen en planmatig te werk te gaan, zowel op landelijk als lokaal niveau. Een **optimale benadering van mentale volksgezondheid combineert universele preventie voor iedereen met selectieve en geïndiceerde preventie voor groepen en individuen met een verhoogd risico**. Het is daarbij van belang om de behoeften van deze groepen systematisch te volgen, de onderliggende problemen te doorgronden, en deze te bestrijden met een samenhangende mix van maatregelen. Afhankelijk van welk type interventie nodig is kan er ingezet worden op genoemde interventies [in de factsheet 'Effectieve interventies en beleid mentale gezondheid en preventie'](#). Daarnaast is er een [interventieoverzicht voor verschillende doelgroepen](#).

Referenties

- [Beleidsfocus en doelen mentale gezondheid | Loketgezondleven.nl](#)
- [De landelijke aanpak Mentale gezondheid van ons allemaal](#)
- Samen werken aan een mentale gezonde samenleving: [Scoping studie](#)
- [Welbevinden op School](#)
- Factsheets verkenning landelijk aanpak mentale gezondheid door RIVM, Trimbos Instituut, GGD GHOR Nederland
- [Landelijk en lokale ambities mentale gezondheid](#)
- [Effectieve interventies en beleid mentale gezondheid en preventie](#)
- [Kennisinfrastructuur mentale gezondheid](#)
- [Monitoren mentale gezondheid](#)
- [Kennissynthese sociale determinanten van mentale gezondheid](#)
- [Begrippenkader definitie mentale gezondheid](#)
- [Kennisdossiers mentale gezondheid](#)
- [Harder Better Faster Stronger?](#) Onderzoek naar risicofactoren en oplossingen van prestatiedruk studenten.

Heeft u vragen over Mentale Gezondheid en Preventie?

Neem contact op met Laura Shields-Zeeman Lshields-zeeman@trimbos.nl

Ggz uit de knel

De ggz zit in de knel. De vraag naar ggz groeit terwijl nu al te veel mensen te lang op hulp wachten. En het capaciteitstekort is structureel. Recente beleidstransities waren niet effectief. Het IZA bevat goede elementen maar vraagt om verdere uitwerking en een verbreding van de focus om tot duurzaam toegankelijke zorg te komen.

Met diverse beleidsmaatregelen is in de afgelopen twee decennia gestreefd naar een vergroting van de kwaliteit en beheersing van de kosten in de ggz. De achterliggende gedachte van veel maatregelen was dat onderlinge concurrentie en een focus op meer vormen van 'lichte' zorg (POH, Basisggz, Wmo) de vraag naar de specialistische ggz zou doen afnemen. Deze maatregelen leidden tot minder investeringen in de ggz dan in aanpalende zorgsectoren. Tussen 2020 en 2022 daalden de reële uitgaven zelfs met 6% (bron: CBS). Inhoudelijk hebben de maatregelen echter averechts gewerkt. Terwijl de prevalentie van psychische aandoeningen stijgt (Ten Have et al, 2023), staan de **toegang en kwaliteit** van de ggz meer dan ooit onder druk en wordt de roep om oplossingen steeds urgenter.

Hoe groter het probleem, hoe langer de wachttijd

De huidige wachttijden in de ggz zijn zeer zorgelijk. Medio 2022 wachtten 80.000 mensen op een intake of behandeling in de basis- en specialistische ggz, waarvan ongeveer de helft langer dan de treeknorm van veertien weken (bron: NZa). De wachttijden zijn niet evenredig verdeeld: hoe groter het probleem, hoe langer de wachttijd (Algemene Rekenkamer, 2020). In het IZA wordt de urgentie van het wachttijdprobleem erkend en wordt de oplossing gezocht in preventie, het 'verkennd gesprek' en domeinoverstijgende afstemming. De hoop en verwachting is dat daarmee de stroom van mensen naar de ggz kan worden ingeperkt. In het veld wordt echter steeds duidelijker dat een versmalde focus op instroom, hoogstwaarschijnlijk niet voldoende is om de ggz duurzaam uit de knel te halen. Daarvoor is een brede discussie over oorzaken van psychisch lijden enerzijds en de weeffouten in het ggz-systeem anderzijds, noodzakelijk.

55% van de mensen met psychische problemen leeft onder de armoedegrens

In onze samenleving bestaan reële risico's die de kans op mentale problemen en psychische aandoeningen vergroten. Die risico's, waaronder afnemende bestaanszekerheid en toenemende sociale ongelijkheid, zijn afgelopen jaren groter geworden en steeds meer mensen vallen uit en doen niet meer mee. Recent onderzoek (Factsheet Panel Psychisch gezien, 2023) laat zien dat anno 2023 55% van mensen met ernstige psychische problemen een inkomen onder de armoedegrens heeft. Bestaansonzekerheid en psychische problemen houden elkaar in stand.

Er wordt over- én onderbehandeld

De zorg voor mensen met psychische aandoeningen is te zeer verengd tot klinische behandeling en te weinig gericht op 'weer meedoen'. De zorg is bovendien zeer verkaveld met een onoverzichtelijk geheel van zorgprogramma's en aanbieders. Dit is versterkt sinds de decentralisatie van de financiering voor beschermd wonen en ambulante ondersteuning naar de Wmo in 2015. Door financiële prikkels is de ggz een systeem geworden dat een aanzuigende werking heeft op relatief lichte, eenvoudige problemen. Tegelijkertijd lijkt de ggz juist steeds meer vleugellam als het gaat om complexere problemen. De paradoxale realiteit is dus dat er wordt over- én onderbehandeld.

Wat moet er gebeuren?

De roep om herijking en hervorming van de ggz en het omliggende veld is breed gedragen. Om dit handen en voeten te geven kwam het Trimbos-instituut in 2023 met **zes bouwstenen** voor een toekomstbestendige ggz.

1. **Promotie van mentale gezondheid gedurende de gehele levensloop (zie Mentale Gezondheid)**
2. **Laagdrempelige hulp bij beginnende problemen, zonder label.**
3. **Integraal kijken en samenwerken in de eerste lijn.**
4. **Integraal kijken en samenwerken bij de poort van de ggz.**
5. **Van 'geholpen worden' naar 'jezelf (en anderen) leren helpen'.**
6. **Geïntegreerde zorg en ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA)**

Deze bouwstenen worden uitgewerkt in het [rapport Ggz uit de knel](#) (Boumans, Kroon & van der Hoek, 2023) en vormen tezamen een inhoudelijke agenda voor verandering. De bouwstenen zijn geen keuzemenu, maar dienen alle in hun onderlinge samenhang en wisselwerking, aandacht te krijgen. Randvoorwaarden daarbij zijn:

- 1. Prioritering in beleid en reële nulgroei:** De stijgende prevalentie van psychische aandoeningen en daarmee de zorgvraag, vraagt om consequente prioritering in beleid. Dat geldt ook voor de ggz als sector. In het rapport Ggz uit de knel beveelt het Trimbos-instituut een reële nulgroei van de ggz aan. De financiële zorgen in de sector remmen innovatie. De sector heeft derhalve een impuls nodig om het hoofd boven water te krijgen en te houden. Als besparingen beoogd worden (bijvoorbeeld door preventie) dan kunnen deze niet op voorhand ingeboekt worden.
- 2. Aandacht sociale determinanten:** Sociaaleconomische gezondheidsverschillen worden structureel onderbelicht in de ggz (werkend vanuit een medisch paradigma). Behandeling is niet effectief als mensen onvoldoende bestaanszekerheid hebben. Ook voor preventie geldt dat een focus op screening en het aanbieden van lichte interventies, moet plaatsmaken voor een aanpak gericht op sociale determinanten (zie ook de bijdrage over Mentale Gezondheid). Zowel in de vorm van generiek beleid als door een herwaardering van de sociale basis.
- 3. Een beweging ‘naar de voorkant’:** Er moet een beweging naar de voorkant plaatsvinden met een uitbreiding van voorzieningen die zo min mogelijk medicaliserend zijn, toegankelijk zijn en in verbinding staan met een goed ontwikkeld en financieel geëquipeerd netwerk van zelfregie- en herstelorganisaties. Huisartsen en sociaal domein moeten worden toegerust en onderling verbonden, waardoor er meer integraal en preventief kan worden gewerkt.
- 4. Hervorming van de ggz zelf:** De beweging naar de voorkant betekent niet dat er in de ggz zelf niets hoeft te gebeuren. De ggz moet zich vooral richten op mensen met ernstige psychiatrische problemen. Dat omvat het steviger neerzetten van een ggz-wijkinfrastructuur (met minder verkaveling van het aanbod), met nauwere verbindingen met het sociaal domein en huisartsenzorg, en met meer mogelijkheden om behandeling en ondersteuning nadrukkelijk te richten op positieve gezondheid en maatschappelijk herstel. Domeinoverstijgend werken moet geen doel op zich zijn, maar een middel om te komen tot meer mensgerichte zorg.
- 5. Lerend vermogen van de sector:** Het collectief lerend vermogen van de ggz-sector moet verbeteren, niet allemaal zelf het wiel uitvinden, maar bewezen effectieve aanpakken opschalen en verder professionaliseren in een continue leercyclus.
- 6. Toewerken naar passender stelsel:** De financiering moet bovenstaande steunen en stimuleren. Het gaat om een transformatie, niet om een technische transitie. Zorgorganisaties moeten de tijd krijgen deze transformatie door te maken. Er moet worden geïnvesteerd in medewerkers en capaciteit. Zorgverzekeraars moeten meerjarig inkopen op basis van lokale en regionale samenwerking. Een vorm van populatiebepoorting in de regio, met een heldere regionale governance met betrokkenheid van burgers en patiënten, dient als mogelijkheid te worden verkend.

Referenties

Algemene Rekenkamer (2020). Geen plek voor grote problemen. Aanpak van wachttijden in de specialistische ggz. Den Haag: Algemene Rekenkamer

Boumans, J., Kroon, H., Van der Hoek, B. (2023) Ggz uit de knel. Verkenning van mogelijkheden en valkuilen van het actuele hervormingsnarratief. Trimbos: Utrecht.

Factsheet panel Psychisch Gezien (2023). Financiële situatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen

Have M. ten, Tuithof M., Dorsselaer S. van, Schouten F., Luik A. I., Graaf R. de. Prevalence and trends of common mental disorders from 2007-2009 to 2019-2022: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), including comparison of prevalence rates before vs. during the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry*. 2023;22(2):275-285. doi:10.1002/wps.21087

Zwanenburg, B., Knispel, A., Hulsbosch, L., Wezel, M. van & Kroon, H. (2023 in press). Financiële situatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen: Factsheet panel Psychisch Gezien, het landelijke panel voor mensen met langdurige psychische problematiek panelleden. Utrecht: Trimbos-instituut.

Heeft u vragen over Ggz uit de knel?

Neem contact op met Jenny Boumans jboumans@trimbos.nl en Hans Kroon hkroon@trimbos.nl.

Jeugd

Er zijn veel zorgen rondom de jeugd. Veel jongeren voelen zich eenzaam, ervaren prestatiedruk en psychosomatische en emotionele problemen. Daarnaast zijn er al jaren zorgen over het middelengebruik van de Nederlandse jeugd, dat de afgelopen jaren maar niet af wil nemen. Er wordt grote urgentie gevoeld om in te grijpen ten behoeve van hun welzijn. Nieuwe initiatieven schieten uit de grond. Gelukkig is er afgelopen jaren vanuit de politiek sterk ingezet op kennisgestuurd en integraal werken aan welzijn. Blijvende inzet hierop is essentieel.

Het welzijn van de jeugd lijkt onder druk te staan. Terecht dat hier de laatste tijd steeds meer aandacht voor is. Investeren in mentale gezondheid en preventie van middelengebruik en psychische problematiek kan bijdragen bij aan het ervaren van een goede kwaliteit van leven. Bovendien leidt het tot minder zorgkosten (o.a. Huebner & Gilman, 2006; Santine e.a., 2021). De vraag is echter of we op dit moment in Nederland efficiënt en effectief inzetten op het versterken van de mentale gezondheid en preventie van psychische problematiek bij jeugd.

Wat is het probleem?

Bij het inzetten op welbevinden van de jeugd ligt de focus te vaak op losstaande en op het individuele kind gerichte interventies. Welbevinden is echter een zaak van kinderen, jongeren, ouders/verzorgers, wijken, onderwijs, (zorg)partners en gemeenten samen. Door de losse inzet van individuele interventies bestaat het risico dat allerlei interventies binnen de verschillende leefomgevingen van kinderen en jongeren naast elkaar bestaan, die niet per definitie op elkaar aansluiten. We weten uit onderzoek dat investeren in welbevinden met behulp van een integrale en duurzame aanpak beter werkt dan de inzet van losse elementen en interventies (o.a. Kleinjan e.a., 2016).

Integrale aanpak

Aan zo'n integrale aanpak ontbreekt het nu nog vaak mede omdat zoiets een grote en langdurige investering van verschillende partijen vraagt. Daarvoor zijn vaak niet voldoende tijd en middelen. We zien dat het moeilijk is om (effectieve) interventies goed en duurzaam te implementeren in de structuur van een organisatie. Dit is niet verwonderlijk, want implementatie is complex. Een effectieve, duurzame implementatie is toegesneden op de context van een organisatie en wordt ondersteund door modellen en theorieën. Dat zorgt ervoor dat de implementatie van een programma zo gestroomlijnd en passend mogelijk is. Hiervoor zijn tijd, betrokkenheid, draagvlak en deskundige begeleiding nodig. Er worden veel potentieel effectieve programma's ontwikkeld die uiteindelijk echter nooit in de praktijk worden gebruikt, omdat er onvoldoende is nagedacht over implementatie.

Drie adviezen

Waar het dus om gaat is (integrale) effectieve interventies structureel en duurzaam geïmplementeerd te krijgen. Hier is de afgelopen jaren vanuit de politiek een goede start mee gemaakt, door het inzetten en faciliteren van integrale aanpakken gericht op het welbevinden van de jeugd. We hebben daarom drie adviezen:

1. Continueer de ingezette koers en blijf investeren in integrale en duurzame aanpakken.

Geef de benodigde tijd aan gestarte initiatieven om zich goed en volledig te kunnen ontwikkelen. En faciliteer de betrokkenheid en het draagvlak bij de verschillende partijen die nodig zijn om echt gezamenlijk op te trekken in het vergroten van het welzijn van de jeugd.

2. Stop met investeren in het ontwikkelen van nieuwe, losse interventies.

Leg de nadruk op het verder ontwikkelen en implementeren van bestaande interventies binnen een integrale aanpak. Er bestaat de neiging om bij ieder nieuw probleem een nieuwe interventie te ontwikkelen. Zodra uit onderzoek blijkt dat een probleem vaak voorkomt, worden financiële middelen beschikbaar gesteld om nieuwe interventies te ontwikkelen, waarbij de term 'innovatie' vaak niet geschuwd wordt. Wend middelen liever aan om de bestaande interventies te evalueren, zodat deze hoger op de effectiviteitsladder komen. Dat leidt uiteindelijk tot een duidelijk aanbod met effectief bewezen interventies die ingezet kunnen worden binnen een duurzame, ontwikkelingssensitieve en integrale aanpak.

3. Investeer in duurzame implementatie.

Op dit moment bestaat het preventieveld uit het implementeren van losse, vaak kortdurende interventies ('quick fixes'). Dit komt omdat de beschikbare financiële middelen voor preventie en interventies veelal beperkt en versnipperd zijn. Om effectieve interventies structureel te kunnen inbedden is meer nodig. Dit vraagt om een doorlopende cyclus van onderzoek, ontwikkeling, implementatie, evaluatie, bijsturing en verdere ontwikkeling. De opgedane kennis uit onderzoek en praktijk wordt hierbij teruggepompt in de (verdere) ontwikkeling en effectieve implementatie van interventies. Dit vergt een goede samenwerking tussen kennisinstututen en praktijkinstellingen in Nederland. Ook de training en verdere ontwikkeling van professionals die de interventie uitvoeren hoort hierin een prominente plek te hebben. De randvoorwaarden voor het opzetten en borgen van zo'n kennis- en implementatie-infrastructuur ontbreken op dit moment nog grotendeels.

Ten slotte

Als we de promotie van het welbevinden van de jeugd op een hoger niveau willen krijgen, is er werk aan de winkel. Laten we de middelen die er zijn optimaal benutten om de nodige en duurzame infrastructuur op te zetten, die ons in staat stelt om effectief in te zetten op het versterken van welbevinden en het voorkomen van problematiek.

Heeft u vragen over mentale gezondheid Jeugd?

Neem contact op met Marloes Kleinjan mkleinjan@trimbos.nl.

Gokken

Sinds oktober 2021 is online gokken legaal in Nederland. Het idee achter de legalisering is dat gokkers in een legale markt beter worden beschermd. In de praktijk blijkt het tegendeel. Het is nodig om te gaan bouwen aan een professionele infrastructuur, zodat er op een onafhankelijke en transparante manier gewerkt kan worden aan preventie van gokproblemen. We geven de politiek hieronder een viertal oplossingsrichtingen mee.

Sinds de opening van de markt wordt duidelijk dat we te maken hebben met een hyper-competitieve markt, waar kapitaalcrachtige casino's met elkaar strijden voor het veroveren van marktaandeel. Van terughoudendheid is weinig sprake. De eerste onderzoeken laten zien dat de bescherming van online gokkers faalt en beter moet. Hoe krijgen we nu grip op dit landschap, zodat gezondheidsschade geminimaliseerd wordt of zelfs wordt voorkomen? Zodat mensen die hulp nodig hebben of willen stoppen met gokken, dit tijdig en effectief kunnen doen?

1. Schade door gokken is breder dan alleen gokverslaving.

Het is belangrijk om het onderwerp gokken breed te benaderen en niet alleen te kijken naar **gokverslaving** of een gokstoornis. Gokken kan ook zeer serieuze problemen veroorzaken zonder dat iemand daarvoor in behandeling gaat. Het gaat daarbij om **gokgerelateerde schade** (*gambling harms*¹). Door het aanhoudende verlies van geld en de oplopende stress veroorzaakt het gokgedrag allerlei directe en indirecte schade (stress, schulden, problemen binnen gezinnen, criminaliteit, werkverlies, dakloosheid). Ook de omgeving van de persoon kan flink lijden onder het gokgedrag. We adviseren om de **Nederlandse visie op gokproblematiek te verruimen** om aan te sluiten bij de internationale bewegingen richting een **schade perspectief, in onderzoek, beleid én preventie**.

2. Aandacht voor het ontwerp van gokproducten en de context van speelgedrag.

Problemen en schade door gokken zijn niet alleen een gevolg van persoonlijke individuele keuzes en individuele kwetsbaarheden. Het **ontwerp** van gokproducten speelt een belangrijke rol in het stimuleren van gedrag (of: het afremmen daarvan). Denk aan ingebouwde pauzemomenten, de speelsnelheid, misleiding van de gokker over winkansen, de inzet van *near-wins*, et cetera.

Ook de fysieke en digitale **omgeving** spelen een grote rol in gedrag: denk hierbij aan openingstijden, limietstelling, verplichte pauze momenten, de mate van toegang tot geldautomaten of de snelheid van bijstorten van geld. Sinds de opening van de online kansspelmarkt in Nederland leven er ook veel vragen en zorgen over de rol van **reclame** en agressieve, misleidende aanmaningen tot deelname aan gokken. Er is vaak nog te weinig **aandacht voor de omgeving en productkenmerken in onderzoek en praktijk**, terwijl deze factoren een grote invloed hebben op gedrag. Het is belangrijk dat de effecten van de productkenmerken, de omgeving én de reclames (waaronder het bereik van de reclames onder kwetsbare groepen zoals jongeren) goed gemonitord worden.

3. Online gokken betekent digitale data en online interventie.

Toegang tot (online) casino data en digitale gokproducten voor onderzoek/interventie gericht op gezondheidsbescherming moet betrouwbaar, transparant en onafhankelijk geregeld gaan worden. Dit vormt een forse uitdaging, want in Nederland is er nog weinig geregeld voor de **toegang tot data** uit digitale producten en de randvoorwaarden voor **onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar gokgedrag**. Er is regelmatig stevige asymmetrie tussen bedrijven en onderzoekers. Goede begeleiding vanuit de **overheid** is hierbij noodzakelijk. Online producten bieden ook de mogelijkheid om digitale interventies in te zetten: Maak het mogelijk om interventies binnen online gokproducten op te kunnen zetten en onafhankelijk wetenschappelijk te kunnen evalueren. Zorg ook voor transparante en openbare evaluatie van de mate waarin casino's de bescherming van gokkers vormgeven.

4. Werk toe naar een evidence-based preventie en behandel-landschap.

De ontwikkeling en implementatie van effectieve preventieve programma's en interventies is een forse inspanning met veel herhaling, vallen en opstaan. Er zijn methoden om interventies gestructureerd en geformaliseerd te ontwikkelen (vb. *Intervention Mapping*). Er zijn ook mogelijkheden om programma's te laten beoordelen en ontsluiten door externe

¹ Gamblingcommission.gov.uk. (2022, May 24). National Strategy to Reduce Gambling Harms. <https://www.gamblingcommission.gov.uk/print/national-strategy-to-reduce-gambling-harms>

onafhankelijke deskundigen, zoals [loket gezond leven](#). Zonder deze formalisering is het risico groot op kleine inspanningen geleverd door individuele personen of kleine bedrijven, die telkens het wiel opnieuw uitvinden en die niet te beoordelen zijn op effectiviteit. De langdurige effectiviteit van huidige trainingen en voorlichtingen is dan ook onbekend.

Het is belangrijk dat preventieve inspanningen **wetenschappelijk onderbouwd en geëvalueerd** worden, waarbij gedragsverandering het ultieme doel zou moeten zijn. Programma's dienen gestructureerd te worden ontwikkeld en effecten dienen te worden gemeten op gewenste, maar ook op mogelijke ongewenste resultaten (vb. nieuwsgierig maken naar gokken omdat het spannend klinkt). We adviseren daarom tot slot om te gaan werken aan professionalisering van het landschap wat betreft preventie en (online) behandeling / interventie.

Heeft u vragen over gokken?

Neem contact op met Tony van Rooij trooij@trimbos.nl of Anouk Tuijnman atuijnman@trimbos.nl.

Digitale balans, gamen en sociale media

Digitale media zijn niet meer weg te denken uit onze samenleving. Er is structureel aandacht nodig voor een gezonde digitale balans van gebruikers én een verantwoord ontwerp van digitale producten. Gezien de bedrijfsgrootte van social media, game- en andere digitale mediabedrijven speelt het landelijke en Europese beleid een zeer grote rol. Dat vereist beleid dat centraal en interdepartementaal vormgegeven wordt.

Wat is er bekend over gezond gebruik van digitale media?

Bevolkingsonderzoeken laten consequent zien dat studenten, scholieren van alle leeftijden en zelfs de allerjongste kinderen digitale media gebruiken en dat dit gebruik nog altijd toeneemt¹⁻⁴. Deze media kennen vele voordelen, bijvoorbeeld op het gebied van ontspanning, verbinding met anderen en spontaan leren⁵. Maar ze gaan ook gepaard met risico's, bijvoorbeeld op het gebied van langdurig stilzitten, onveilige online omgevingen en problematisch gebruik⁵.

Maar er zijn ook nog veel onduidelijkheden over de impact van digitale media. We zien daarnaast dat er continu nieuwe vormen worden ontwikkeld, waarbij het verdienen van geld vaak de primaire motivator is van techbedrijven en ethiek en risico's pas achteraf worden beoordeeld. Juist door de snelle ontwikkeling van nieuwe technologieën is het belangrijk dat er goed en regelmatig onderzoek plaatsvindt. Expertise bij beleidsmakers over dit onderwerp is broodnodig om tijdig bij te kunnen sturen bij nieuwe risico's en ontwikkelingen.

Er is behoefte aan handvatten voor een gezond digitaal leven

Er is veel behoefte aan grip op een gezond digitaal leven en gezond omgaan met schermtijd. Helaas is er nog maar weinig hoogwaardige kennis over de effecten op lichaam en geest van intensieve blootstelling aan schermen. Voor zover er al kennis is, is deze vaak beperkt tot specifieke vakgebieden en ontbreekt de verbinding. Er wordt dan bijvoorbeeld alleen gekeken naar de risico's voor lichamelijke gezondheid, maar niet naar de sociale voordelen die digitale media kunnen hebben. Dit maakt het geven van een samenhangend en wetenschappelijk onderbouwd advies over gezond leven in een digitale wereld knap lastig.

Digitale balans vanuit een integraal gezondheidsperspectief

Het Trimbos-instituut ziet gezondheid als het totaal van lichamelijke, sociale en mentale gezondheid. Het hanteert daarbij het digitale balansmodel⁹ met aandacht voor balans tussen lichamelijke, sociale en mentale gezondheid in relatie tot digitaal mediagebruik. Mediagebruik is niet alleen negatief of alleen positief: het brengt wat, maar het kan ook wat kosten. Zo kan een activiteit als televisiekijken een gezondheidsbehoefte vervullen, zoals ontspanning. Maar het kan tegelijkertijd ook ten koste gaan van andere gezondheidsaspecten, bijvoorbeeld bewegen of sociaal contact met anderen.

Wij pleiten voor het ondersteunen van de Nederlandse bevolking in het verbeteren van de digitale balans en het maken van gezonde keuzes. Dit vergt dat men weet wat de feiten zijn: wat is nu gezond en wat is ongezond? Maar het vergt ook dat mensen niet actief tegengewerkt worden door de technologie zelf.

Techbedrijven hebben een verantwoordelijkheid bij gezond productontwerp

De verantwoordelijkheid voor gezond gebruik ligt niet alleen bij de gebruikers zelf. De techindustrie speelt hier ook een grote rol in. Grote techbedrijven, social media en game-bedrijven verdienen veel geld. We zien echter nauwelijks voorbeelden van werkelijk effectieve oplossingen van gezondheidsrisico's vanuit deze bedrijven. Men blijft hangen in bewustwording en het terugleggen van verantwoordelijkheid bij de eindgebruiker. Dit terwijl de autonomie van de eindgebruiker juist onder druk staat in de digitale wereld.

Er zijn in de afgelopen jaren meer zorgen gekomen over de inhoud van games en andere digitale media (zoals sociale media). Zo is het verdienmodel van games in de laatste jaren sterk veranderd. Waar vroeger de game ontwikkelaars geld verdienden met de aankoop van een game, wordt er nu ingezet op het vergroten van in-game aankopen. Dit wordt vaak gedaan via manipulatief ontwerp waarbij tijd, geld en de sociale omgeving van gamers gemanipuleerd worden om inkomsten te vergroten¹⁰⁻¹². Bijvoorbeeld: ontwerp van games moedigt aan dat gebruikers elke dag komen opdagen. Of: ontwerp van sociale media zorgt voor een gebrek aan frictie waardoor gebruikers ongemerkt meer tijd op deze platforms besteden. Tegelijkertijd zijn er ook genoeg mogelijkheden voor 'gezond ontwerp', maar worden deze nog onvoldoende benut¹⁰. Twee recente onderzoeken lieten zien dat de regulerende kaders onvoldoende effectief zijn: er is behoefte aan meer grip op het 'duwen' en 'kneden' van het gedrag van de eindgebruiker door techbedrijven^{5,10}.

Goed beleid is lastig door gefragmenteerd meetlandschap

Om goed beleid op te kunnen zetten is er meer zicht nodig op de interactie tussen gezondheid en digitale producten. Er wordt in Nederland nog niet goed gemeten wat de invloed van technologie op gezondheid is. Zo komt in een lopende verkenning naar boven dat in geen enkele Nederlandse monitor of longitudinaal onderzoek aandacht is voor de relatie tussen lichamelijke, sociale én mentale gezondheid en digitaal mediagebruik. Kennis over de huidige digitale balans van de Nederlandse bevolking kan helpen om gebruikers te ondersteunen met een gezonde digitale balans. Ook kan deze kennis helpen om evidence based beleid te voeren en trends tijdig te signaleren.

Er is behoefte aan een coherente visie en steun vanuit de overheid

Digitale media zijn niet meer weg te denken en zullen een steeds grotere en belangrijke rol gaan spelen in onze maatschappij. Omzetcijfers van grote bedrijven laten duidelijk zien dat het loont om gebruikers van games en sociale media gedragsmatig onder druk te zetten. Tegelijkertijd zijn er signalen binnen en buiten de techindustrie dat het gebrek aan begrenzing zorgen en stress oplevert bij gebruikers en hun omgeving¹³. We moeten daarom gezamenlijk gaan bouwen aan een betere relatie tussen mens en digitale media en hierbij mensgerichte digitale technologie stimuleren. Dit is technologie die de mens positief ondersteunt in zijn ambities en gezondheid, zonder de ongereguleerde en grotendeels vrijblijvende exploitatie van psychologische kwetsbaarheden voor geldelijk gewin.

Er is behoefte aan een coherente visie en actieve steun vanuit de overheid om initiatieven op dit thema te laten groeien en op te schalen. Recent onderzoek laat zien dat het beleid binnen de overheid veelal versnipperd is op het gebied van gamen. Soortgelijke vragen spelen bij het toezicht op effecten van sociale media. De uitdagingen van gezond digitaal mediagebruik horen bij allerlei ministeries en bestuursorganen, zoals BZK, VWS, JenV, de KSA, ACM, EZK en OCW. Deze fragmentering kan leiden tot versnippering en gebrek aan coherente actie. We adviseren daarom beleid centraal en interdepartementaal vorm te geven. Dit beleid zou zich moeten richten op drie onderwerpen:

- 1. Het vergroten van de kennis over gezond digitaal mediagebruik en bijbehorend productontwerp.**
- 2. De Nederlandse bevolking van jongs af aan te ondersteunen in een gezonde digitale balans.**
- 3. Manipulatief productontwerp effectief te begrenzen.**

Referenties

1. Rombouts, M., Van Dorsselaer, S., Scheffers-van Schayk, T., Tuithof, M., Kleinjan, M., & Monshouwer, K. (2020). Jeugd en riskant gedrag 2019. Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Trimbos-instituut. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1767-jeugd-en-riskant-gedrag-2019.pdf>
2. Boer, M., Van Dorsselaer, S., De Looze, M., Brons, H., Monshouwer, K., Ter Bogt, T., & Stevens, G. (2022). HBSC 2021. Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Universiteit Utrecht. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2022/09/AF2022-HBSC-2021-Gezondheid-en-welzijn-van-jongeren-in-Nederland.pdf>
3. Tuijnman, A., & Nikken, P. (2023). Verdiepend onderzoek Iene Miene Media. Netwerk Mediawijsheid. https://netwerkmediawijsheid.nl/wp-content/uploads/2023/03/Iene-Miene-Media_Netwerk-Mediawijsheid.pdf
4. Dopmeijer, J., Nuijen, J., Busch, M., Tak, N., & Van Hasselt, N. (2021). Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs. Deelrapport 2 - Middelengebruik van studenten in het hoger onderwijs. Trimbos-instituut, RIVM & GGD GHOR Nederland. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2022/07/AF1956-Monitor-Studenten-Deelrapport-2-Middelengebruik.pdf>
5. Tuijnman A., Andree, R., & Van Rooij, A.J. (2021). Risico's, voordelen en regulering van games. Trimbos-instituut i.o. Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2021/12/AF1924-Risicos-voordelen-en-regulering-van-videogames.pdf>
6. World Health Organization (2020). Guidelines on physical activity and sedentary behavior. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>

7. World Health Organization (2019). Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep. For children under 5 years of age. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311664/9789241550536-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Saunders, T.J., Mclsaac, T., Douillette, K., Gaulton, N., Hunter, S., Rhodes, R.E., Prince, S.A., Carson, V., Chaput, J., Chastin, S., Giangregorio, L., Janssen, I., Katzmarzyk, P.T., Kho, M.E., Poitras, V.J., Powell, K.E., Ross, R., Ross-White, A., Tremblay, M.S., & Healy, G.N. (2020). Sedentary behaviour and health in adults: an overview of systematic reviews. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*. 45(10 (Suppl. 2)): S197-S217.
<https://doi.org/10.1139/apnm-2020-0272>
9. Van Rooij, A.J., Doze, I., Tuijnman, A., & Kleinjan, M. (2020). Factsheet digitale balans jongvolwassenen. Trimbos-instituut. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2022/06/EX024-Factsheet-digitale-balans-jongvolwassenen.pdf>
10. Van Rooij, A.J., Birk, M.V., Van der Hof, S., Ouburg, S., & Van Hilten, S. (2021). Behavioral design in video games. A roadmap for ethical and responsible games that contribute to long-term consumer health and well-being. Trimbos-instituut, Eindhoven University of Technology & Leiden University i.o. Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.
11. Zagal, J., Björk, S., & Lewis, C. (2013). Dark Patterns in the Design of Games. Foundations of Digital Games Conference, FDG 2013, May 14-17, Chania, Greece.
http://www.fdg2013.org/program/papers/paper06_zagal_etal.pdf
12. Zendle D., Meyer R., & Ballou N. (2020). The changing face of desktop video game monetisation: An exploration of exposure to loot boxes, pay to win, and cosmetic microtransactions in the most-played Steam games of 2010-2019. *PLoS One*, 15: e0232780. doi:10.1371/journal.pone.0232780
13. Autoriteit Consument & Markt. (2022). EU Fitness Check on Digital Fairness Protecting Consumers in Digital Environments. Autoriteit Consument & Markt. https://www.acm.nl/system/files/documents/acm-reactie-op-eu-fitness-check-on-digital-fairness_0.pdf

Meer informatie

- <https://www.trimbos.nl/kennis/gamen-gokken/>
- www.trimbos.nl

Heeft u vragen over digitale balans?

Neem contact op met Anouk Tuijnman atuijnman@trimbos.nl, Tony van Rooij trooij@trimbos.nl of Vincent van der Rijst vrijst@trimbos.nl.



Artikelnummer: PM0808

© 2023, Trimbos-instituut, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.