

Sabien Dekkers, Kris Oostenbach, Sabine Peters, Jasper Nuijen,
Marja van Bon-Martens

 Trimbos
instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

QuickScan mentale gezondheid en zorggebruik jongvolwassenen 2024

Een overzicht van cijfermatige ontwikkelingen en
mogelijke verklaringen



Colofon

Auteurs

Sabien Dekkers

Kris Oostenbach

Sabine Peters

Jasper Nuijen

Marja van Bon-Martens

Omslagontwerp en productie

Canon Nederland N.V.

Beeld

Gettyimages.nl

Deze uitgave is tot stand gekomen met financiële steun van GeestKracht, een programma van FNO.



De uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel. Artikelnummer TRI-62-073.

Trimbos-instituut

Da Costakade 45

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T: 030 - 297 11 00

F: 030 - 297 11 11

© 2024, Trimbos-instituut, Utrecht.

Tekst uit deze publicatie mag worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding. Deze uitgave mag worden veelevoudigd voor eigen of intern gebruik.

Inhoudsopgave

| | | |
|----|---|----|
| 1. | Inleiding | 3 |
| | Aanleiding QuickScan | 3 |
| | Plan van aanpak..... | 3 |
| 2. | Algemene doelgroep: jongvolwassenen 16 – 35 jaar..... | 6 |
| | 2.1 Omvang doelgroep | 6 |
| | 2.2 Trends in de mentale gezondheid van jongvolwassenen in de algemene bevolking..... | 6 |
| | 2.3 Trends in het zorggebruik van jongvolwassenen | 13 |
| | 2.4 Conclusie..... | 18 |
| 3. | Verklaringen voor gevonden trends | 20 |
| | 3.1 Verklaringen voor trends in mentale gezondheid | 20 |
| | 3.2 Verklaringen voor trends in zorggebruik..... | 23 |
| 4. | Beschouwing | 26 |
| | Literatuur | 28 |
| | Bijlagen | 33 |
| | Bijlage 1a. Cijfers over de doelgroepen van het programma GeestKracht | 33 |
| | Bijlage 1b. Indicaties omvang doelgroepen programma GeestKracht..... | 36 |
| | Bijlage 2. Omschrijving doelgroepen programma GeestKracht | 38 |
| | Bijlage 3. Overzicht indicatoren..... | 40 |

1. Inleiding

Aanleiding QuickScan

Het vijfjarige FNO programma GeestKracht is in maart 2020 van start gegaan en zet zich ervoor in dat elke jongvolwassene zichzelf kan zijn en ook met psychische kwetsbaarheden krachtig mee kan (blijven) doen in de maatschappij. De visie van het programma GeestKracht is dat de doelgroep zelf van begin tot eind als gelijkwaardige partij betrokken wordt. Voor het bepalen van de scope en opzet van dit programma heeft FNO aan het Trimbos-instituut in 2019 gevraagd om een QuickScan uit te voeren van beschikbare informatie over het vóórkomen, de gevolgen en de aanpak van psychische problematiek bij een vijftal groepen kwetsbare jongvolwassenen in de leeftijd van 16-35 jaar. Deze QuickScan is juli 2019 opgeleverd, getiteld “QuickScan Kwetsbare jongvolwassenen met psychische problematiek”.

Om de programmadoelen van FNO GeestKracht te bereiken hebben, sinds de start van het programma, verschillende projecten en partnerschappen in meerdere, opeenvolgende rondes subsidie ontvangen. Daarnaast voert GeestKracht zelf ook aanvullende activiteiten uit. Gedurende de looptijd van het programma GeestKracht voert het Trimbos-instituut in samenwerking met Stichting Alexander een evaluatieonderzoek uit om na te gaan in hoeverre het lukt om de beoogde programmadoelen te realiseren, en wat hierbij succesfactoren, knelpunten en geleerde lessen zijn. Het evaluatieonderzoek is lerend, zodat iedereen die bij het programma betrokken is, tussendoor leert van de resultaten uit het onderzoek. Het eindrapport van de evaluatie wordt voor 1 maart 2025 opgeleverd.

Nu het einde van het programma GeestKracht in zicht is, wil FNO wederom een QuickScan laten uitvoeren. Daarbij is het deze keer de bedoeling om een algemeen beeld te krijgen van (verklaringen voor) cijfermatige ontwikkelingen in de mentale gezondheid en daaraan gerelateerd zorggebruik van jongvolwassenen. Deze QuickScan is uitgevoerd door het Trimbos-instituut in opdracht van FNO. De resultaten worden beschreven in dit rapport.

Voor deze QuickScan is een inventarisatie uitgevoerd van:

1. beschikbare cijfermatige (kwantitatieve) informatie over ontwikkelingen over de tijd (trends) in Nederland met betrekking tot:
 - a. de mentale gezondheid van jongvolwassenen (16-35 jaar); en
 - b. het zorggebruik van jongvolwassenen vanwege psychische problemen.
2. mogelijke verklaringen voor trends in mentale gezondheid en zorggebruik.

Er is gevraagd expliciet aandacht te geven aan de zeven doelgroepen van het programma GeestKracht: twintigers met psychische problemen met een praktische opleiding en/of migratieachtergrond; jonge statushouders; zwervjongeren; KOPP/KOV jongvolwassenen; jongvolwassenen met ernstige psychische aandoeningen (EPA); jongvolwassenen met een chronische psychische aandoening; en jongvolwassenen met een combinatie van psychische problemen en een licht verstandelijke beperking.

Plan van aanpak

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen is er gekeken naar:

- a) cijfermatige trendgegevens uit Nederlandse databronnen (monitors, cohortstudies en zorgregistraties); en
- b) literatuur (wetenschappelijke artikelen, rapporten of andere publicaties) waarin Nederlandse trendgegevens worden gepresenteerd en/of geduid.

Ad a. Nederlandse databronnen

Voor de cijfermatige trendgegevens uit Nederlandse databronnen zijn bekende bronnen en websites doorzocht, zoals de Monitor Mentale Gezondheid, de Landelijke Monitor Depressie, MBO-HBO monitor, Coronamonitor, Gezondheidsmonitors (GGD'en, CBS, RIVM), Gezondheidsenquête (CBS), Sociale Samenhang en Welzijn (CBS), NEMESIS, VenZ.info, Panel Psychisch Gezien en Monitor Psychische Problematiek.

Ad b. Literatuur

Voor het identificeren van literatuur zijn meerdere, aanvullende zoekstrategieën uitgevoerd:

- witte literatuur via PubMed;
- grijze literatuur via relevante websites:
 - o Google Scholar (dezelfde zoektermen als Pubmed);
 - o kennisorganisaties, zoals Kenniscentrum KJP, Phrenos, NJi, Vilans, Movisie, Pharos, RIVM, Verwey-Jonker, 113 Zelfmoordpreventie, NCJ;
 - o databeheerders, zoals CBS, Nivel, Testjeleefstijl;
 - o branche- en belangenorganisaties, zoals De Nederlandse GGZ, GGD GHOR Nederland, VNG, NPCF, MIND, MindUs, Divosa, SWN;
 - o andere organisaties, zoals Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, ZonMw, VWS, NZa, RVS, Gezondheidsraad, SER, Academische werkplaats Risicojeugd;
 - o organisaties die voor specifieke doelgroepen mogelijk relevant zijn, op basis van de plannen van door FNO GeestKracht gehonoreerde projecten en partnerschappen.
- inventarisatie bij sleutelfiguren (o.a. experts van kennisinstututen, en betrokkenen bij projecten en partnerschappen van het programma GeestKracht) voor aanvullende relevante cijfers en literatuur.

Er is met de sneeuwbal methode gewerkt om aan de hand van gevonden Nederlandse databronnen en literatuur aanvullende databronnen, literatuur en sleutelfiguren te vinden.

Inclusiecriteria

In deze QuickScan wordt gekeken naar trends binnen drie aspecten van mentale gezondheid. Deze aspecten zijn gebaseerd op het conceptuele model van de Monitor Mentale Gezondheid (van Bon-Martens, 2023).

- 1) mentaal welbevinden;
- 2) mentale problemen; en
- 3) psychische aandoeningen.

Hieronder staan de criteria beschreven die zijn aangehouden voor het opnemen van databronnen en literatuur in deze QuickScan.

Algemene inclusiecriteria

- doelgroep: jongvolwassenen (algemeen en verschillende specifieke groepen) (16-35 jaar);
- uitkomst: mentale gezondheid (mentaal welbevinden, psychische klachten en psychische problemen) **en/of** zorggebruik vanwege psychische problemen;
- over Nederland (zowel heel Nederland als regionaal);
- geeft een trend aan **of** geeft verklaringen voor trends aan;
- indien trend: data die al gepubliceerd zijn en daarmee openbaar toegankelijk zijn;
- publicatiedatum: 01-01-2019 tot heden;
- taal: Engels en Nederlands.

Specifieke inclusiecriteria (tweede stap)

- landelijk dekkend of landelijk representatief over Nederland (dus niet regionaal);
- geeft een trend aan met minimaal twee peiljaren: 1 vóór 2020 (vóór start programma GeestKracht) en 1 tussen 2020-2024 (tijdens de looptijd van het programma).

Indien artikelen zijn meegenomen die niet binnen de inclusiecriteria vallen, maar waarin wel verklaringen voor veranderingen in mentale gezondheid en/of zorggebruik worden gegeven, wordt dit bij de resultaten vermeld.

Vooraf

Er is veel informatie beschikbaar over de mentale gezondheid van jongvolwassenen in het algemeen. Er zijn echter weinig gegevens beschikbaar over de zeven specifieke doelgroepen die we met deze QuickScan wilden onderzoeken. Daardoor is bruikbare informatie over (trends in) mentale gezondheid en zorggebruik voor deze doelgroepen niet of beperkt beschikbaar. Daarom is besloten de focus van deze QuickScan te leggen op trendgegevens voor de algemene groep jongvolwassenen (16-35 jaar). In bijlage 1a wordt voor elk van de zeven doelgroepen van het programma GeestKracht beschreven wat (naar schatting) de omvang van de doelgroep is in de algemene Nederlandse bevolking. In bijlage 1b staat voor diezelfde doelgroepen een voorzichtige schatting van de omvang van mentale problemen.

2. Algemene doelgroep: jongvolwassenen 16 – 35 jaar

2.1 Omvang doelgroep

In 2023 zijn er 4,5 miljoen jongvolwassenen (15 tot 35 jaar). Ten opzichte van 2015 is dit een stijging van 9,5%. De verhouding tussen mannen en vrouwen bleef min of meer gelijk, waarbij er iets meer mannen dan vrouwen zijn. Tabel 1 geeft een overzicht van de omvangcijfers.

Tabel 1. Aantal 15- tot 35-jarigen in Nederland naar geslacht (2015 – 2023; tweejaarlijks)

| | 2015 | 2017 | 2019 | 2021 | 2023 |
|--------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Totaal | 4.133.440 | 4.223.857 | 4.330.713 | 4.398.652 | 4.527.716 |
| Mannen (%) | 2.092.508 (50,6%) | 2.144.379 (50,8%) | 2.199.032 (50,8%) | 2.236.904 (50,9%) | 2.300.466 (50,8%) |
| Vrouwen (%) | 2.040.932 (49,4%) | 2.079.478 (49,2%) | 2.131.681 (49,2%) | 2.161.748 (49,1%) | 2.227.250 (49,2%) |

Bron: CBS Statline

2.2 Trends in de mentale gezondheid van jongvolwassenen in de algemene bevolking

De trends geven een beschrijving van de mentale gezondheid van jongvolwassenen door de jaren heen. Er is niet getoetst of de verschillen tussen peiljaren in mentale gezondheid statistisch significant zijn.

Bij alle indicatoren worden de trends weergegeven voor de gehele doelgroep jongvolwassenen. Een aantal trends is ook weergegeven naar geslacht. Dit is gedaan voor de indicatoren waarbij de data uitgesplitst konden worden naar geslacht. Over het algemeen is het beeld dat jongvolwassen vrouwen een minder goede mentale gezondheid ervaren dan jongvolwassen mannen.¹ Dit zal met het beschrijven van de trends niet iedere keer vermeld worden. Wel zal benoemd worden wanneer een duidelijk verschil te zien is in het *verloop van trends* tussen jongvolwassen mannen en vrouwen.

In bijlage 3 staat een omschrijving van de indicatoren die gebruikt zijn om mentale gezondheid te meten, de manier waarop deze indicatoren zijn gemeten en de bijbehorende databron.

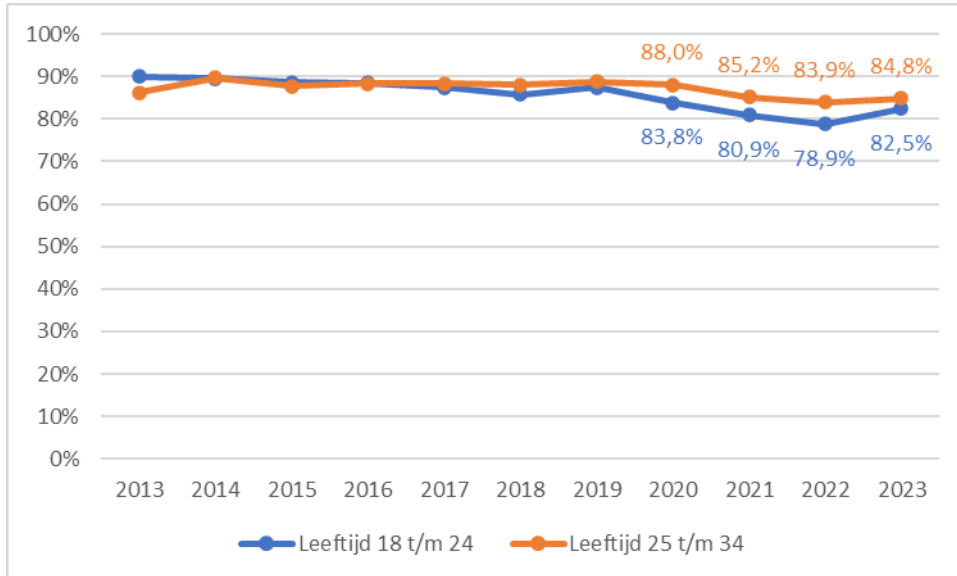
Trends in mentaal welbevinden

Voor mentaal welbevinden zijn trendgegevens voor de periode 2013-2023 gevonden over geluk, levenstevredenheid en tevredenheid over eigen psychische gezondheid, zie Figuren 1 t/m 3. De cijfers van alle drie de indicatoren voor mentaal welbevinden laten hetzelfde beeld zien. Het mentaal welbevinden volgens deze indicatoren blijft vrij stabiel tot en met 2019. Vervolgens daalt het mentaal welbevinden in beide leeftijdsgroepen (18-25 jaar en 25-35 jaar) in de periode 2020-2022, om in 2023² weer toe te nemen. Bij de groep 18- tot 25-jarigen is er in de periode 2013-2019 wel al een daling waar te nemen bij tevredenheid over psychische gezondheid (Figuur 3).

¹ Een verklaring hiervoor kan zijn dat veel indicatoren betrekking hebben op internaliserende problematiek, zoals angst- en depressieve gevoelens.

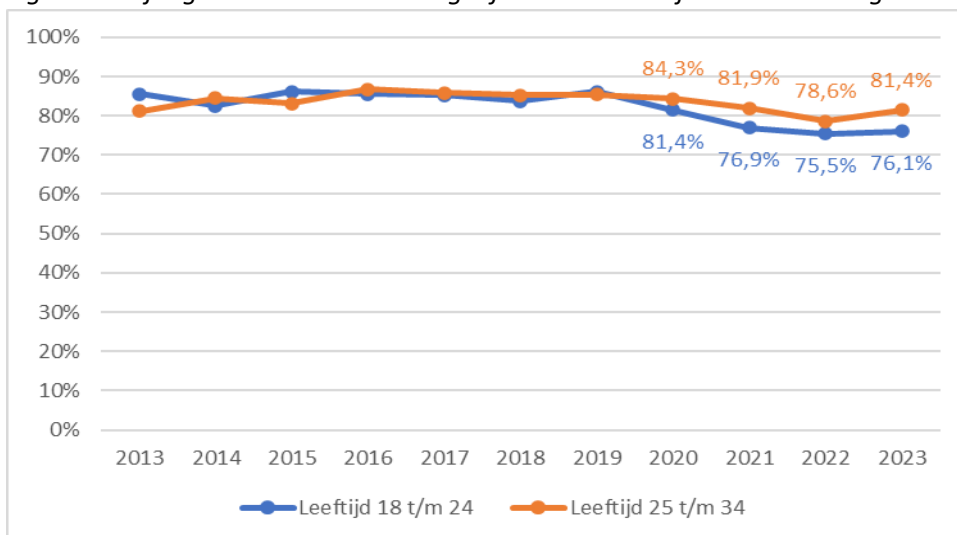
² Bij de groep 18- tot 25-jarigen neemt tevredenheid over eigen psychische gezondheid in 2022 weer toe.

Figuur 1. % jongvolwassenen dat aangeeft een gelukkig mens te zijn



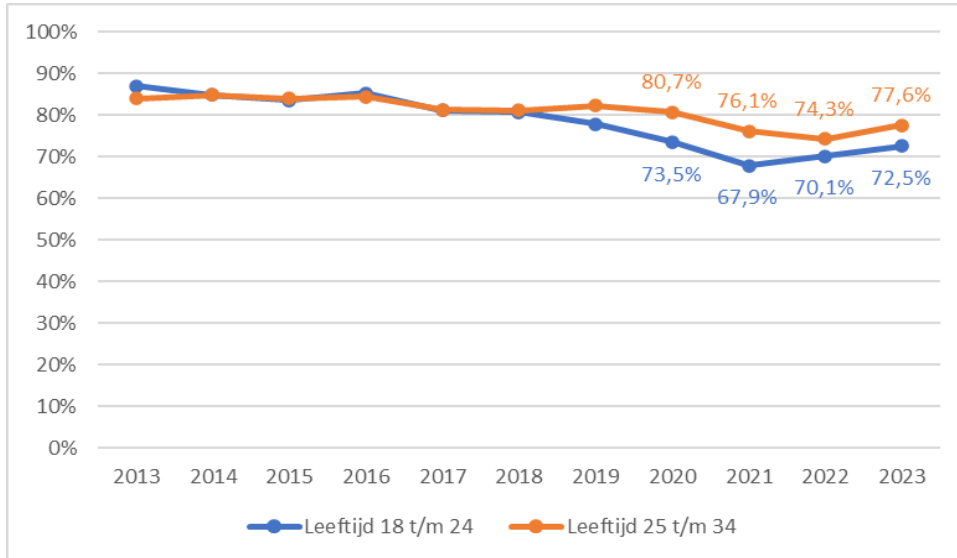
Bron: Sociale Samenhang en Welzijn (CBS)

Figuur 2. % jongvolwassenen dat aangeeft tevreden te zijn over het huidige leven



Bron: Sociale Samenhang en Welzijn (CBS)

Figuur 3. % jongvolwassenen dat aangeeft tevreden te zijn met de eigen psychische gezondheid



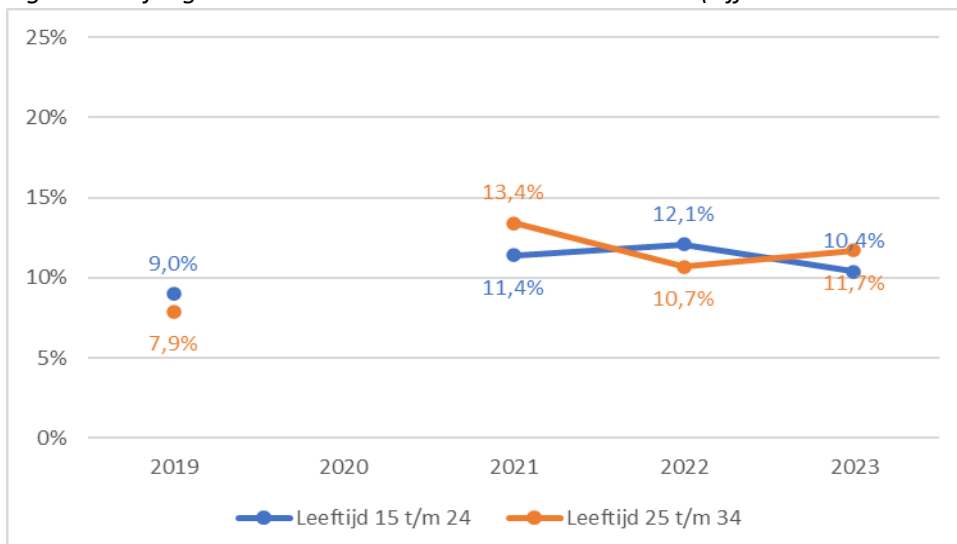
Bron: Sociale Samenhang en Welzijn (CBS)

Trends in het vóórkomen van mentale problemen

Voor mentale problemen zijn trendgegevens gevonden over eenzaamheid, angst- of depressiegevoelens en -klachten, burn-outklachten, zelf gerapporteerde depressie³ en zelfdoding. De periodes (tussen 2007 en 2022) waarvoor trendgegevens zijn gevonden verschillen per indicator.

Het aantal jongvolwassenen dat zich sterk eenzaam voelt stijgt tussen 2019 en 2021, waarbij voor 15- tot 25-jarigen de stijging doorzet in 2022 en weer daalt in 2023 (Figuur 4). Voor 25- tot 35-jarigen daalt het percentage in 2022, en stijgt weer in 2023. Voor beide leeftijdsgroepen is het percentage dat zich sterk eenzaam voelt in 2023 nog steeds hoger dan in 2019.

Figuur 4. % jongvolwassenen dat zich sterk eenzaam voelt (cijfers over 2020 niet beschikbaar)

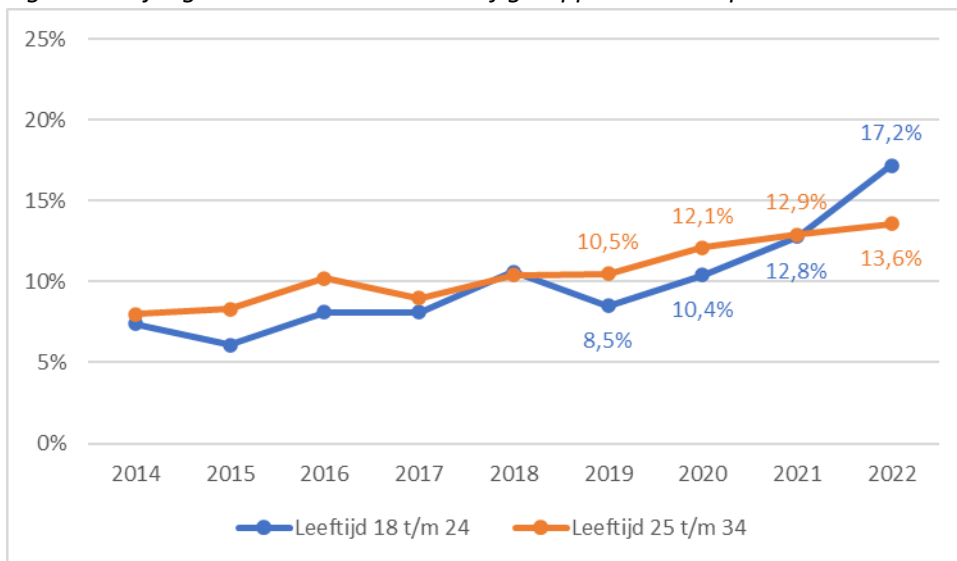


Bron: Sociale Samenhang en Welzijn (CBS)

³ Het gaat hier om zelf-rapportage uitgaande van een enkelvoudige vraag. Het gaat uitdrukkelijk niet om het vaststellen van een depressieve stoornis aan de hand van een diagnostisch interview en conform criteria van de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), het standaard classificatiesysteem van psychische aandoeningen.

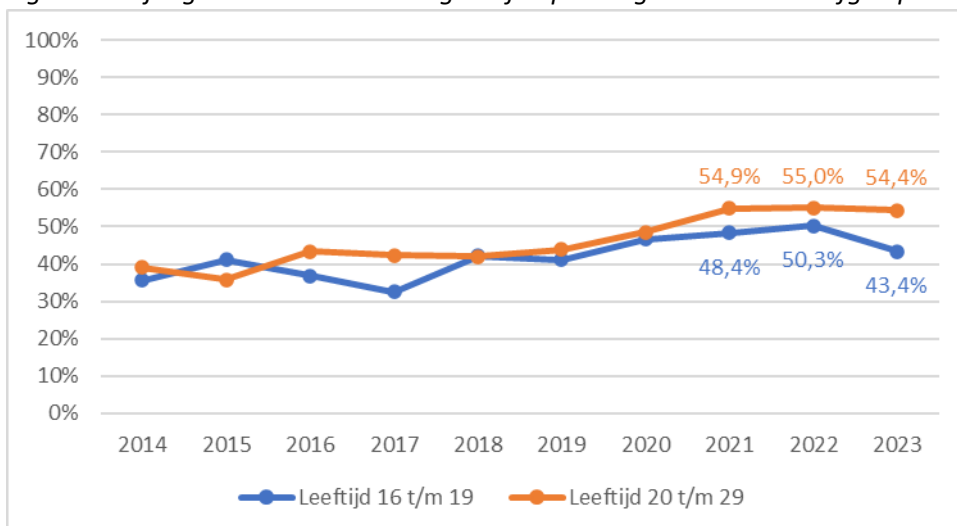
Meerdere indicatoren laten vanaf 2020 een toename zien voor mentale problemen, waaronder die voor zelf gerapporteerde depressie, of angst- of depressiegevoelens en een hoog risico op een angststoornis of depressie (Figuur 5 t/m 7a). Deze toename loopt door t/m 2022. Het percentage jongeren met een zelf gerapporteerde depressie neemt onder 18- tot 25-jarigen in 2022 sterker toe dan onder 25- tot 35-jarigen naar 17,2% ten opzichte van 12,8% in 2021 (Figuur 5). Het percentage dat angst- of depressiegevoelens heeft daalt in 2023 weer (Figuur 6). Deze daling kunnen we niet naast andere trendgegevens leggen, omdat de meeste indicatoren nog niet beschikbaar zijn voor 2023. Het percentage jongvolwassenen met een hoog risico op een angststoornis of depressie is tussen 2016 en 2020 voor vrouwen sterker toegenomen dan voor mannen (Figuur 7b), waardoor het verschil tussen mannen en vrouwen groter is geworden.

Figuur 5. % jongvolwassenen met een zelf gerapporteerde depressie



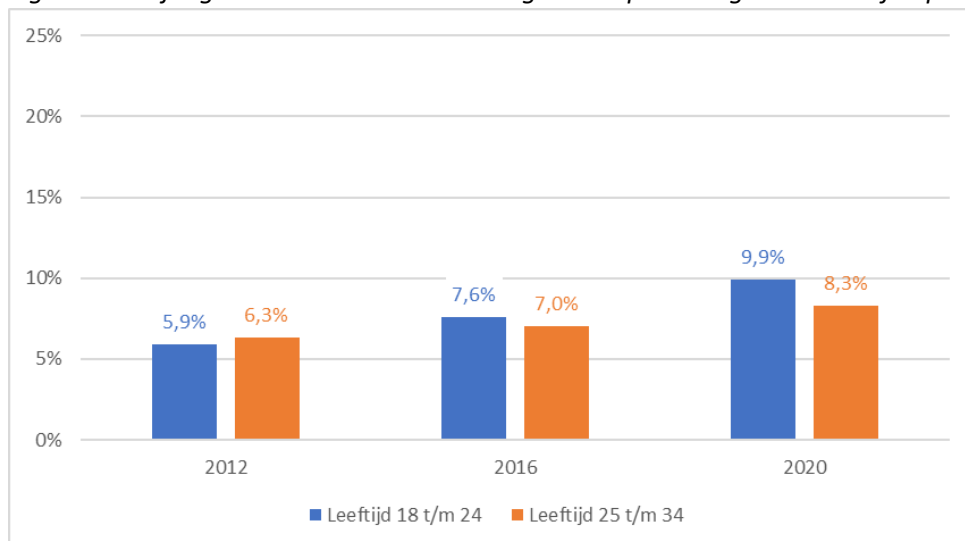
Bron: Gezondheidsenquête (CBS)

Figuur 6. % jongvolwassenen met angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken



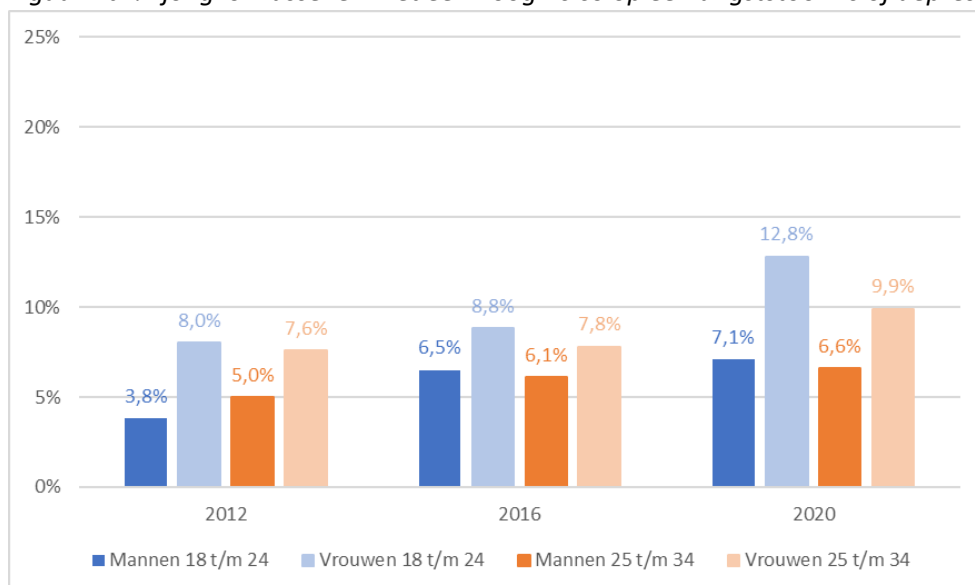
Bron: Gezondheidsenquête (CBS)

Figuur 7a. % jongvolwassenen met een hoog risico op een angststoornis of depressie⁴



Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen

Figuur 7b. % jongvolwassenen met een hoog risico op een angststoornis of depressie naar geslacht

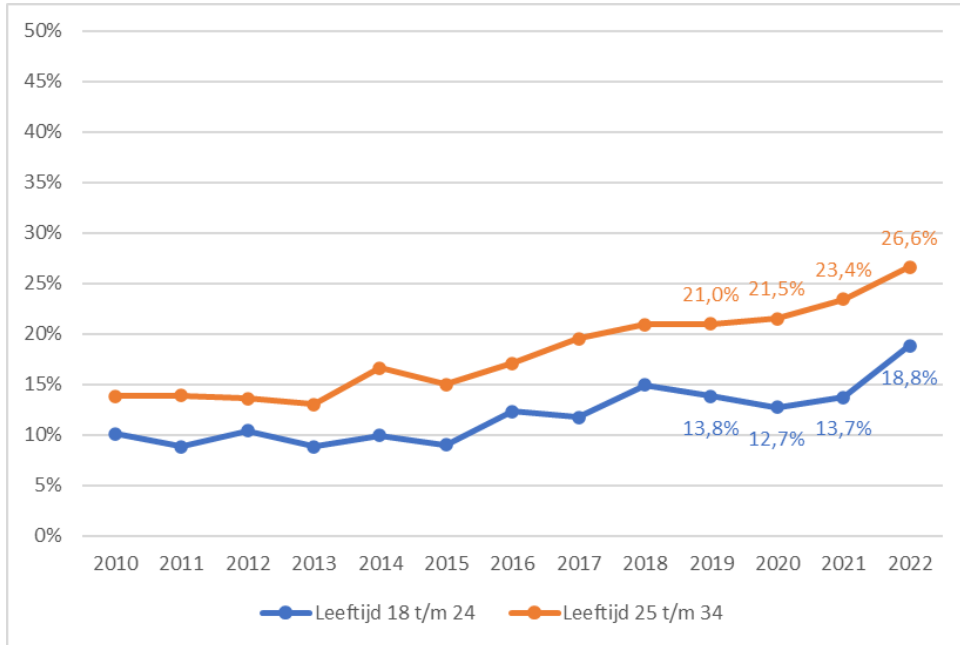


Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen

Ook steeds meer jongvolwassen werknemers en zelfstandige ondernemers hebben burn-outklachten (Figuur 8a en 9). Een verschil met de eerdere indicatoren is dat deze stijgende trends eerder zijn ingezet, vanaf 2016. Bij 18- tot 25-jarige werknemers wordt deze stijging in 2019 en 2020 onderbroken. Voor zelfstandige ondernemers is de stijgende trend in 2021 minder sterk ten opzichte van de voorgaande jaren. Vrouwelijke werknemers hebben gedurende de jaren relatief meer burn-out klachten gekregen dan mannelijke. Voor vrouwen (zowel 18- tot 25-jarigen als 25- tot 35-jarigen) een sterkere stijging te zien in de prevalentie van burn-outklachten ten opzichte van mannen (Figuur 8b).

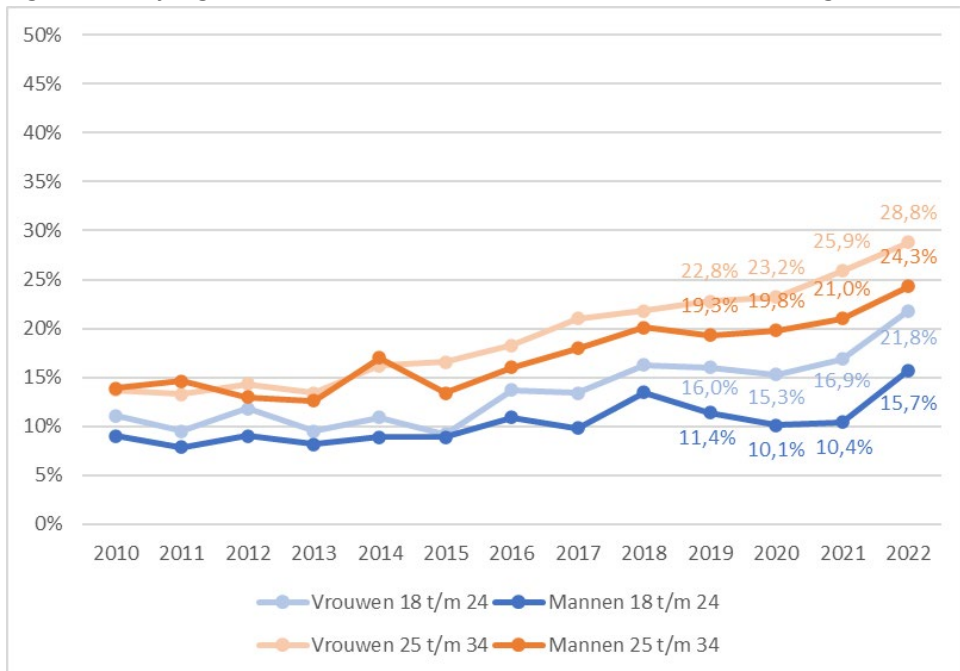
⁴ Omdat het 4-jaarlijkse metingen betreft, kan niet worden nagegaan of een relatief sterke stijging of daling heeft plaatsgevonden in een bepaald jaar.

Figuur 8a. % jongvolwassen werknemers met burn-outklachten



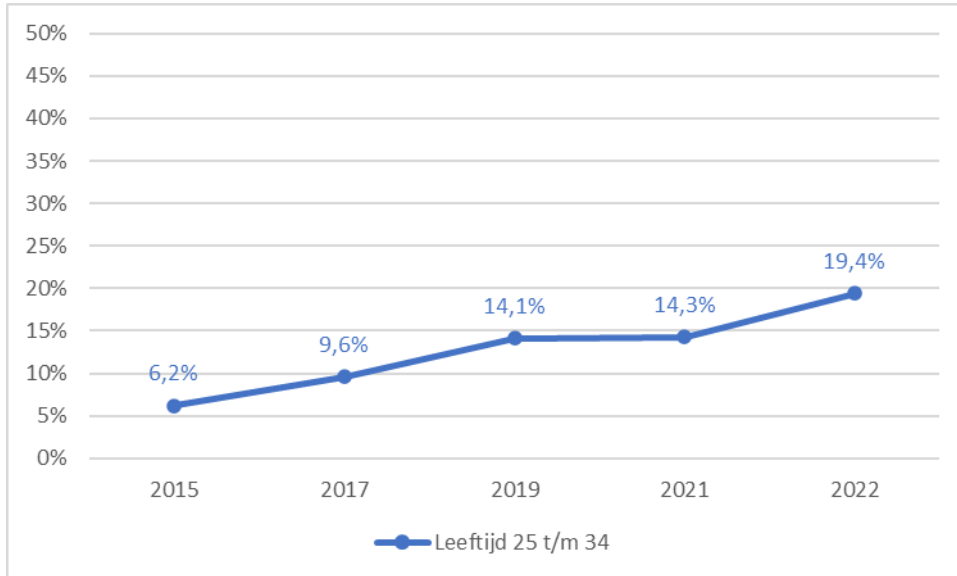
Bron: Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA)

Figuur 8b. % jongvolwassen werknemers met burn-outklachten naar geslacht



Bron: Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA)

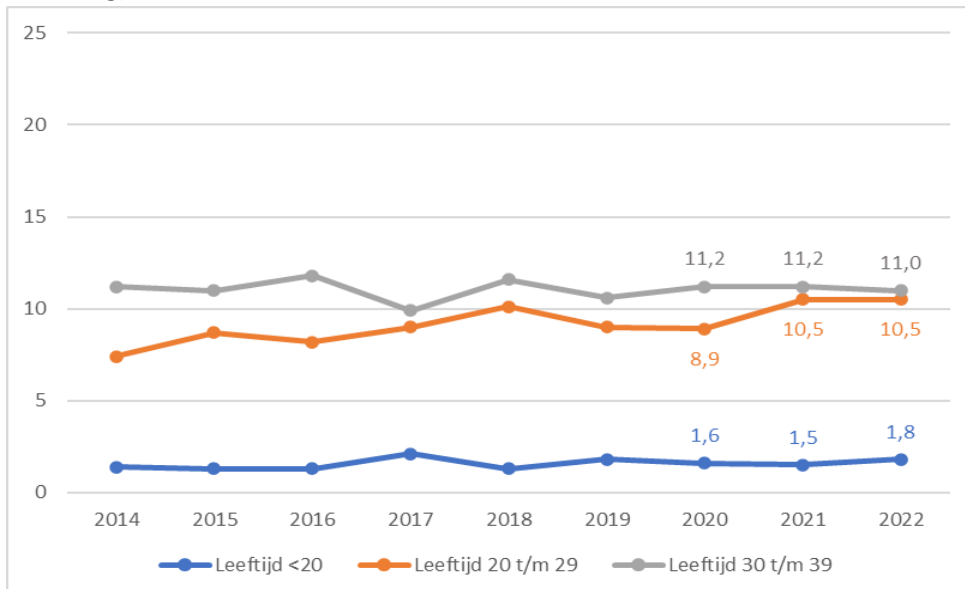
Figuur 9. % jongvolwassenen⁵ zelfstandig ondernemers met burn-outklachten



Bron: Zelfstandigen Enquête Arbeid (NEA)

Het aandeel zelfdodingen onder 30- tot 40-jarigen blijft redelijk gelijk tussen 2014 en 2022 (Figuur 10a). Voor 20- tot 30-jarigen is wel een stijging waarneembaar van 7,4 in 2014 naar 10,5 per 100.000 inwoners in 2021 en 2022. Waar vrouwen vaak een slechtere mentale gezondheid en meer mentale problemen rapporteren dan mannen, is het aantal zelfdodingen juist lager onder vrouwen dan onder mannen (Figuur 10b). Kijkend naar de periode tussen 2014 en 2022, is het aandeel zelfdodingen onder 20- tot 30-jarige mannen het hoogst in 2021 en 2022. Voor 20- tot 30-jarige vrouwen blijft het aandeel zelfdodingen enigszins stabiel.

Figuur 10a. Zelfdoding onder jongvolwassenen⁶ (aantal per 100.000 inwoners van de gemiddelde bevolking)

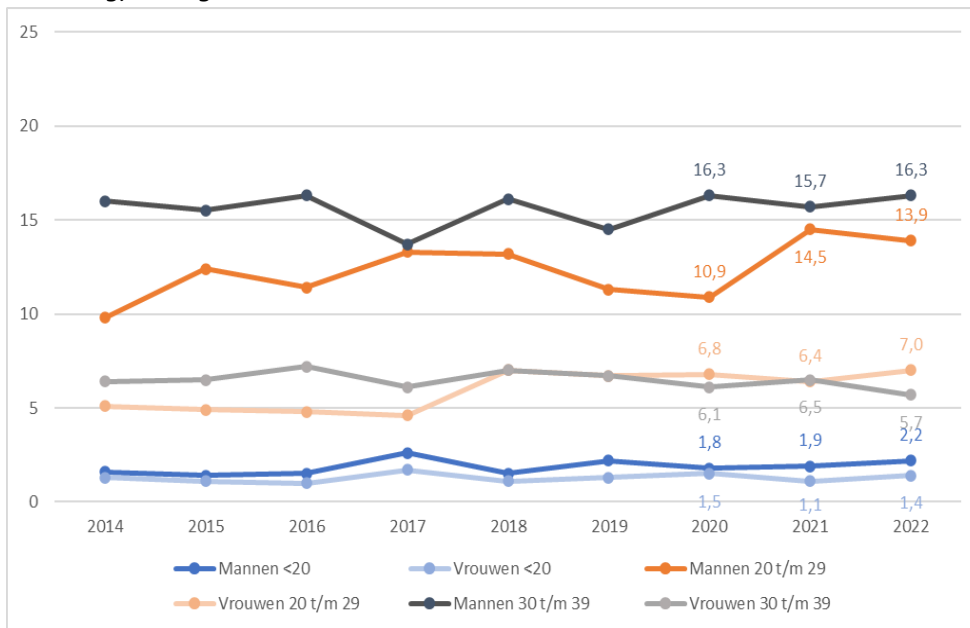


Bron: CBS Doodsoorzakenstatistieken

⁵ Trendgegevens zijn niet beschikbaar voor 15- tot 25-jarige zelfstandig ondernemers.

⁶ In deze grafiek zijn ook jongeren onder de 20 jaar opgenomen. Deze groep bevat ook personen onder de 16 jaar.

Figuur 10b. Zelfdoding onder jongvolwassenen (aantal per 100.000 inwoners van de gemiddelde bevolking) naar geslacht

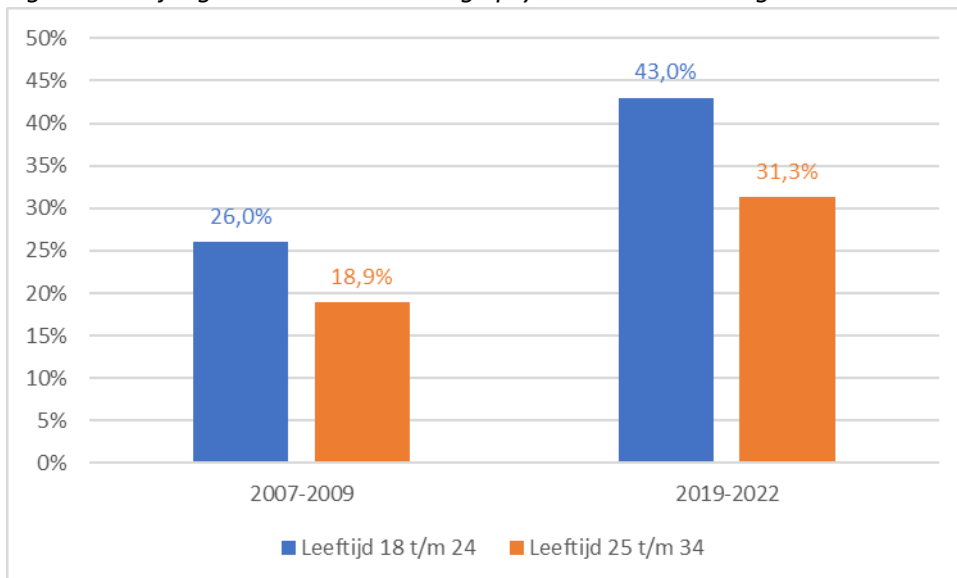


Bron: CBS Doodsoorzakenstatistieken

Trends in het vóórkomen van psychische aandoeningen

Het vóórkomen van een psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden is zowel bij 18- tot 25-jarigen als bij 25- tot 35-jarigen duidelijk gestegen tussen 2007-2009 en 2019-2022 (Figuur 11).

Figuur 11. % jongvolwassenen met enige psychische aandoening



Bron: NEMESIS

2.3 Trends in het zorggebruik van jongvolwassenen

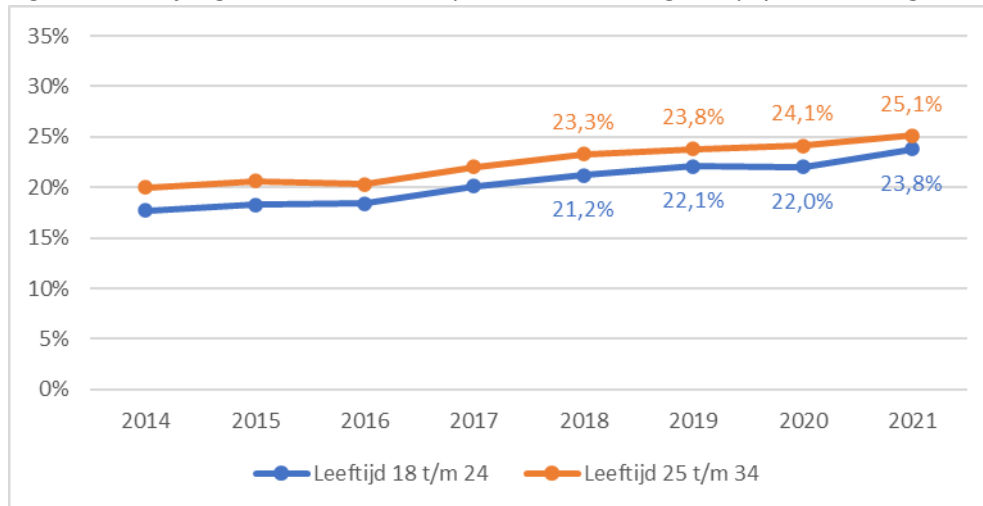
Trends in het gebruik van huisartsenzorg

De gegevens over het gebruik van huisartsenzorg geven aan dat het percentage huisartsenpatiënten met een diagnose depressie, diagnose angst of enigerlei psychische diagnose stijgt tussen 2014 en

2021 (Figuur 12a t/m 14a). Deze stijgende trends zijn zowel bij mannen als vrouwen zichtbaar (Figuur 12b t/m 14b).

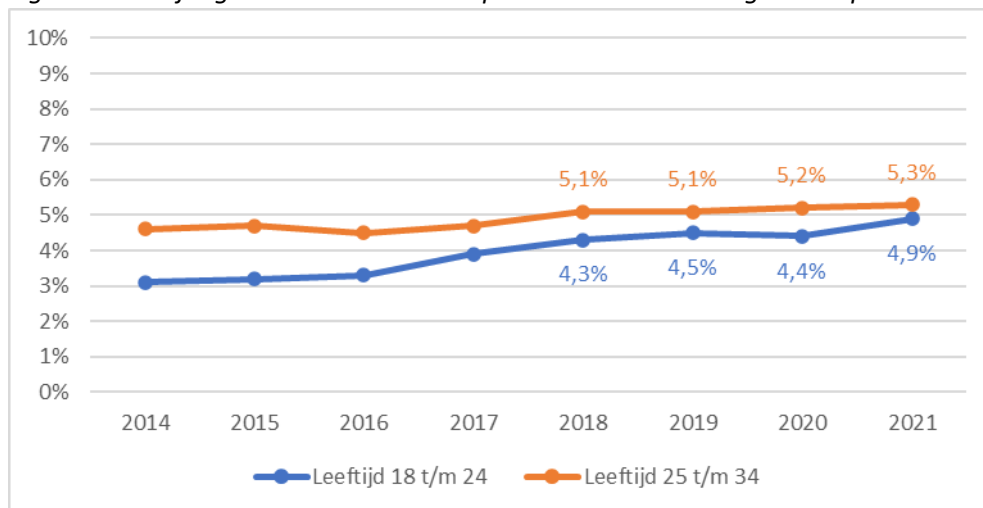
In 2020⁷ lijkt de stijging voor het percentage jongvolwassen huisartsenpatiënten met een diagnose depressie en diagnose angststoornis te stabiliseren of af te vlakken. In 2021 zet de stijging weer licht door, waarbij de stijging wat sterker is voor 18- tot 25-jarigen. Het percentage huisartsenpatiënten met een angststoornis blijft in 2020 stabiel voor beide leeftijdsgroepen. Voor het percentage huisartsenpatiënten met enigerlei psychische diagnose daalt het percentage licht in 2020 voor de 18- tot 25-jarigen.

Figuur 12a. % jongvolwassen huisartsenpatiënten met enigerlei psychische diagnose



Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

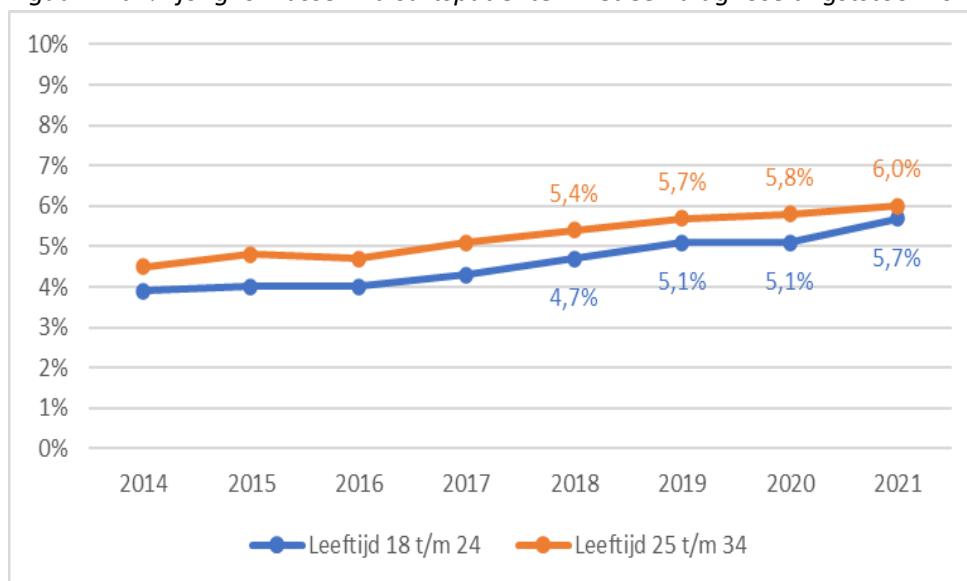
Figuur 13a. % jongvolwassen huisartsenpatiënten met een diagnose depressie



Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

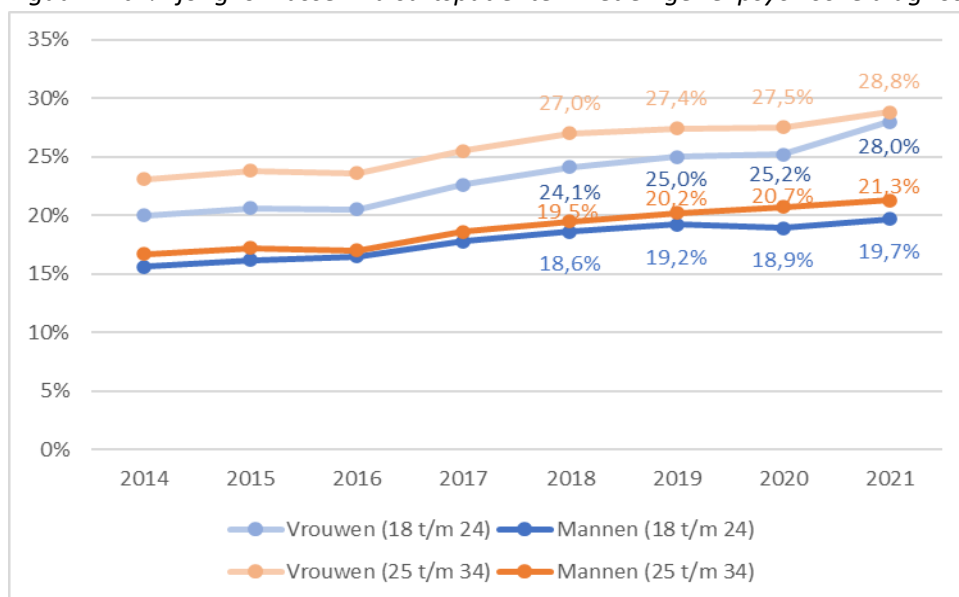
⁷ Voor de huisartsenpatiënten met een diagnose depressie blijft het percentage al vanaf 2019 gelijk

Figuur 14a. % jongvolwassen huisartspatiënten met een diagnose angststoornis



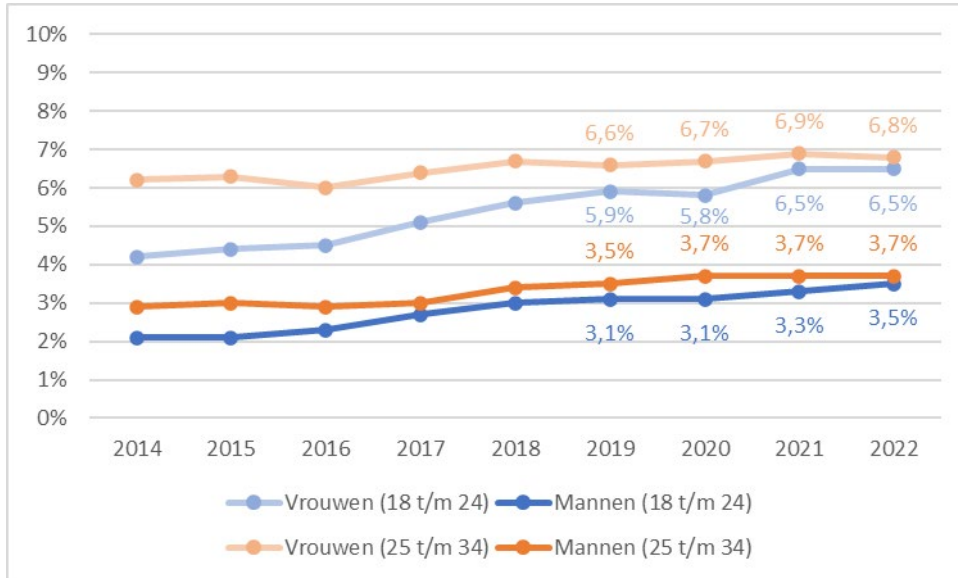
Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Figuur 12b. % jongvolwassen huisartspatiënten met enigerlei psychische diagnose naar geslacht



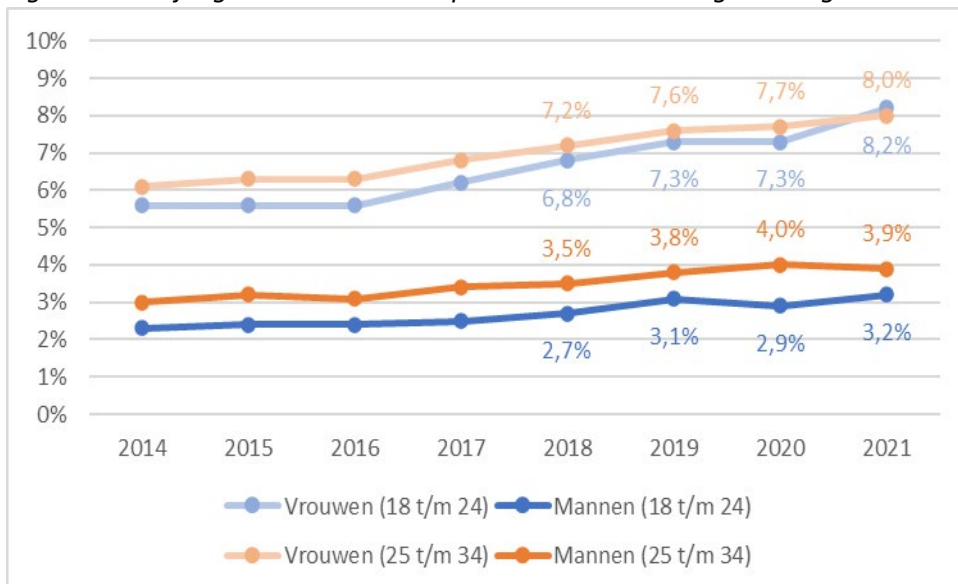
Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Figuur 13b. % jongvolwassen huisartsenpatiënten met een diagnose depressie naar geslacht



Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Figuur 14b. % jongvolwassen huisartspatiënten met een diagnose angststoornis naar geslacht

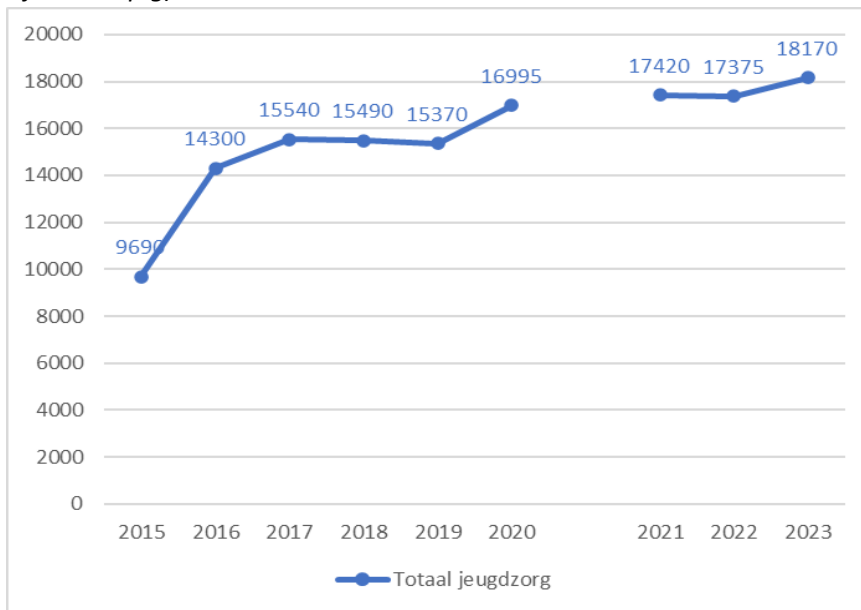


Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Trends in het gebruik van jeugdzorg

Het aantal 18- tot 23-jarigen dat jeugdzorg ontvangt laat een stijgende trend zien (Figuur 15). In 2018 en 2019 wordt de deze onderbroken met een lichte daling, waarna de stijging in 2020 weer verder doorzet. In 2023 ontvingen 18.170 jongeren jeugdzorg. De cijfers vanaf 2021 en later zijn vanwege een trendbreuk echter niet te vergelijken met cijfers over 2020 en eerder.

Figuur 15. Aantal jongeren tussen de 18 en 23 jaar die jeugdzorg hebben ontvangen (cijfers over 2023 zijn voorlopig)



Bron: CBS Jeugdzorgcijfers

Trends in het gebruik van ggz

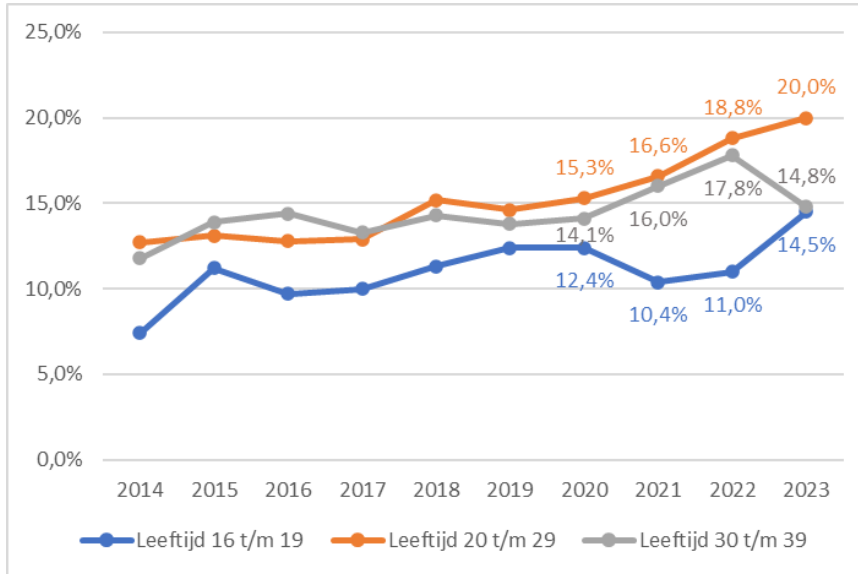
Gegevens van de Gezondheidsenquête laten zien dat het percentage 20- tot 30-jarigen dat aangeeft in de afgelopen 12 maanden contact te hebben gehad met een psycholoog/psychiater⁸ stijgt van 12,7% in 2014 naar 20,0% in 2023 (Figuur 16)⁹. Voor 16- tot 20-jarigen en 30- tot 40-jarigen zijn meer onregelmatige stijgende trends te zien tussen 2014 en 2023.

Het valt op dat de gerapporteerde percentages relatief hoog zijn ten opzichte van andere cijfers over ggz gebruik. Dit kan worden verklaard doordat het niet per se hoeft te gaan om zorg zoals geboden door psychologen of psychiaters in de (generalistische basis of specialistische) ggz. Het kan deels gaan om psychologen die werkzaam zijn als individuele coach, of psychologen die voor bijvoorbeeld bedrijven, universiteiten of scholen werken. Verder zijn sommige psychologen (ook) werkzaam als praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz (POH-ggz).

⁸ Het kan gaan om generalistische basis-ggz of specialistische ggz.

⁹ Deze cijfers zijn hoger in vergelijking met andere cijfers over ggz-gebruik (in o.a. NEMESIS). Mogelijk komt dit doordat de vraagstelling van de Gezondheidsenquête ook professionals buiten de ggz meerekent (bv. POH-GGZ, coaches, studentpsycholoog).

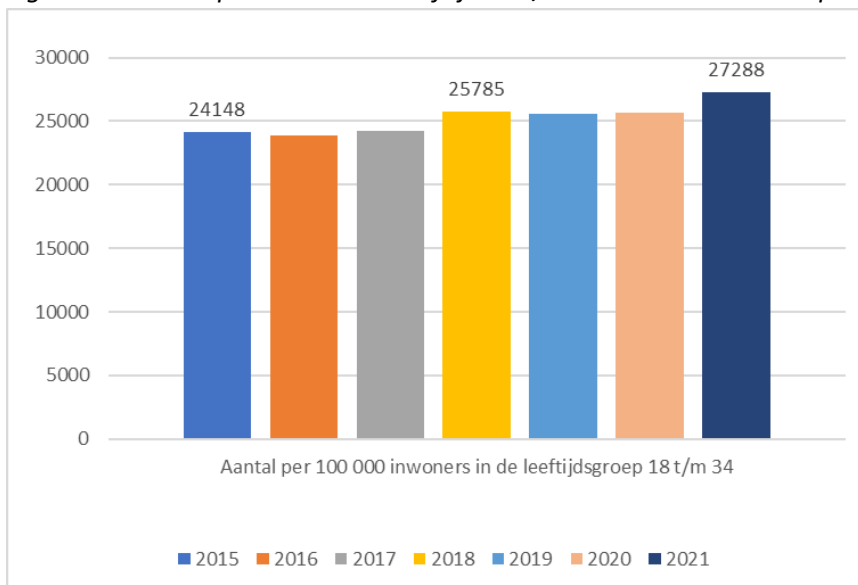
Figuur 16. % jongvolwassenen dat contact heeft gehad met een psycholoog of psychiater



Bron: Gezondheidsenquête (CBS)

Van 2015 (222.440 18- tot 35-jarigen) tot 2021 (273.875 18- tot 35-jarigen) is een stijging te zien in het aantal personen met een behandeling in de specialistische ggz (Figuur 17).

Figuur 17. Aantal personen in de leeftijd 18 t/m 34 behandeld in de specialistische ggz¹⁰



Bron: CBS (DBC-gefinancierde geestelijke gezondheidszorg, hoofddiagnoses)

2.4 Conclusie

In het algemeen laten de indicatoren van mentaal welbevinden en mentale problemen tot 2020 vrij stabiele trends zien. In enkele gevallen is er al wel een 'negatieve' verandering vóór 2020 te zien. Zo is er al vóór 2020 sprake van een dalend percentage 18- tot 25-jarigen dat aangeeft tevreden te zijn

¹⁰ Het gaat om jongeren in de DBC-gefinancierde geestelijke gezondheidszorg met ten minste één in het verslagjaar lopende DBC (totaal alle diagnoses). De gegevens over de laatste jaren zijn minder betrouwbaar doordat deze gebaseerd zijn op een minder volledig bestand.

met de eigen psychische gezondheid. Ook stijgt de prevalentie van burn-outklachten reeds vanaf 2016 onder jongvolwassen werknemers.

Vanaf 2020 is over het algemeen wel een afname van mentaal welbevinden en een toename van mentale problemen te zien. Dit kan wijzen op een effect van de coronacrisis. Dit wordt bevestigd door beschikbare gegevens over 2023 (voorjaar 2023 was de coronacrisis ten einde), die meestal een verbeterde mentale gezondheid of een lagere prevalentie van mentale problemen aangeven ten opzichte van 2022. Een wat ander beeld is te zien bij de prevalentie van burn-outklachten: terwijl er in 2020 en 2021 sprake is van een afvlakking van de al langer bestaande stijgende trend, neemt de prevalentie in 2022 relatief sterk toe. Wanneer gegevens beschikbaar zijn over mentale gezondheid naar geslacht, is te zien dat mentale problemen onder vrouwen sterker zijn toegenomen in de laatste jaren dan onder mannen. Voor het aantal zelfdodingen is een ander beeld te zien: terwijl dit onder 20- tot 30-jarige mannen in 2021 en 2022 toeneemt in vergelijking met 2020, blijft dit onder hun vrouwelijke leeftijdsgenoten in deze jaren stabiel.

Kijkend naar het vóórkomen van een psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden, is er sprake van een sterke toename tussen 2007-2009 en 2019-2022. Uit aanvullend onderzoek is gebleken dat de coronacrisis niet heeft bijgedragen aan deze sterke stijging. Er zijn aanwijzingen gevonden dat de stijgende prevalentie al ruim voor 2019 lijkt te zijn ingezet (Ten Have et al., 2023)¹¹. Wat betreft zorggebruik laten de beschikbare indicatoren in meer of mindere mate stijgende trends zien vanaf 2014/2015. Dit geldt voor het gebruik van huisartsenzorg, jeugdzorg en ggz.

¹¹ Dit onderzoek gaat niet over de specifieke doelgroep jongvolwassenen, maar heeft betrekking op de algemene bevolking (18-75 jaar).

3. Verklaringen voor gevonden trends

3.1 Verklaringen voor trends in mentale gezondheid

Zoals beschreven in paragraaf 2.4 wijzen de meeste cijfers over mentaal welbevinden en mentale problemen bij jongvolwassenen op enigszins horizontale trends vóór 2020, gevolgd door een verslechtering vanaf 2020. Het vóórkomen van een psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden is tussen 2007-2009 en 2019-2022 duidelijk toegenomen onder jongvolwassenen. De gevonden literatuur wijst op diverse (mogelijke) verklaringen voor de trends in mentale gezondheid, die kunnen worden ingedeeld naar 1) individuele factoren, 2) factoren in de directe leefomgeving (gezin, onderwijs, werk, woon- en leefomgeving) en 3) maatschappelijke factoren. In de literatuur worden verklaringen gegeven voor verschillende uitkomstmaten van mentale gezondheid (i.e. psychische problemen, mentale problemen, mentaal welbevinden). Om de tekst leesbaar te houden zullen we dit onderscheid niet maken in dit hoofdstuk en zal bij het omschrijven van de verklaringen gesproken worden over 'mentale gezondheid'.

Bedacht moet worden dat voor deze QuickScan geen systematische literatuurreview is uitgevoerd. Dat betekent dat deze QuickScan geen uitputtend overzicht geeft van alle mogelijke verklaringen. Verder dient te worden benadrukt dat het dikwijls gaat om *mogelijke* verklaringen (oftewel het zijn hypothesen die nog niet goed zijn getoetst door wetenschappelijk onderzoek). Ook is het onduidelijk hoe de diverse mogelijke verklaringen zich onderling tot elkaar verhouden.

Maatschappelijke factoren

Coronacrisis

In meerdere artikelen is gekeken naar de (mogelijke) invloed van de coronacrisis op verschillende aspecten van mentale gezondheid van jongvolwassenen. De resultaten laten een gemengd beeld zien, waarbij de meeste studies wijzen op een afname van mentale gezondheid tijdens de coronacrisis.

Coronacrisis als mogelijke verklaring

Verschiedende studies geven aan dat de mentale gezondheid van jongvolwassenen verslechterd is door de coronacrisis (CBS, 2021; Luijten et al., 2021; Pan et al., 2021; Stevens et al., 2023; van den Boom et al., 2023; van der Laan et al., 2021, 2022). Zo gaven jongeren vaker aan zich eenzaam te voelen en rapporteerden ze meer gevoelens van angst, somberheid en stress (CBS, 2021). Deze studies geven als hypothese dat dit vooral komt door de maatregelen die van toepassing waren. Het werk- en sociale leven (verminderd sociaal contact) veranderde door de maatregelen, zoals het sluiten van scholen, universiteiten, cafés en uitgaansgelegenheden. Geconstateerd werd dat wanneer de maatregelen opgeheven of minder strikt werden, de mentale gezondheid verbeterde (van den Boom et al., 2023).

Opvallend is dat meerdere artikelen aangeven dat, hoewel de mentale gezondheid van meisjes over het algemeen slechter is dan die van jongens, jongens in deze periode relatief een sterkere verslechtering van hun mentale gezondheid ervoeren (van der Laan et al., 2021, 2022). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de maatregelen voornamelijk gericht waren op het afspreken in grote groepen en dat jongens vaker in grotere groepen afspreken, terwijl meisjes meer online contact hebben met vriendinnen. Een tweede mogelijke verklaring die wordt geopperd is dat meisjes betere coping tools hebben dan jongens. Zo zijn ze meer geneigd om hulp te vragen, hebben ze een positievere connectie met ouders en kunnen ze beter communiceren (van der Laan et al., 2021, 2022).

Coronacrisis niet als verklaring

Andere studies laten daarentegen geen significante verslechtering zien (van der Velden et al., 2020) of maar een lichte verslechtering (van der Velden et al., 2022) van de mentale gezondheid in de periode van coronacrisis in vergelijking met vóór de coronacrisis. Deze studies richtten zich op gebrek aan emotionele steun (van der Velden et al., 2020), angst- en depressiesymptomen (van der Velden et al., 2020, 2022), slaapproblemen en vermoeidheid (van der Velden et al., 2022). Van der Velden et al. (2020) geven als verklaring dat de manier waarop de Nederlandse overheid heeft gereageerd op de pandemie (bijvoorbeeld elke dag speciale persconferenties), hoe de Nederlandse maatschappij is ingericht (bijvoorbeeld het hebben van uitkeringen voor werklozen en het gezondheidssysteem) en de digitale infrastructuur (bijvoorbeeld het houden van sociaal contact via WhatsApp en FaceTime met familie en vrienden) mogelijk de zorgen en stress van mensen heeft verminderd.

Verder blijkt uit een nadere analyse dat de duidelijke toename in het vóórkomen van psychische aandoeningen in de afgelopen 12 maanden onder jongvolwassenen niet kan worden verklaard door de coronacrisis. Deze analyses geven aan dat de verslechtering niet toe te wijzen is aan de coronacrisis, gezien de stijgende prevalentie al ruim voor 2019 lijkt te zijn ingezet (Ten Have et al., 2023)¹². Deze bevindingen sluiten aan bij een review van de internationale literatuur en waaruit blijkt dat de coronacrisis wel heeft bijgedragen aan een stijgende prevalentie van psychische *klachten* (zoals vastgesteld op basis van korte zelfrapportagevragenlijsten), maar dat dit effect niet wordt gevonden wanneer wordt gekeken naar psychische *aandoeningen* (zoals vastgesteld met een klinisch interview en conform standaard classificatiecriteria) (Penninx et al., 2022).

Prestatiedruk

De afgelopen jaren is er een toename te zien van prestatiedruk bij jongeren. Deze stijging in ervaren prestatiedruk hangt volgens de literatuur samen met de afname mentale gezondheid (Arslan et al., 2024; ten Have et al., 2023; Valkenburg et al., 2023).

Maatschappelijke stressbronnen

Mogelijk kan de stijging in psychische aandoeningen onder jongvolwassenen (deels) verklaard worden doordat jongvolwassenen getroffen worden door groeiende maatschappelijke onzekerheden (ten Have et al., 2023). Zo geven studenten in het hoger onderwijs aan dat de kosten van het dagelijks leven, de krappe woningmarkt, de klimaatverandering en de polarisatie in de samenleving belangrijke stressbronnen voor hen zijn (Nuijen et al., 2023).

'Besmettelijkheid' van mentale problemen

Ook blijkt er enige mate van 'besmettelijkheid' van mentale problemen te zijn. Zo hebben studies onder adolescenten (Alho et al., 2024) en 'college roommates' (Eisenberg et al., 2013) laten zien dat de kans groter is een psychiatrische diagnose te krijgen wanneer iemand in de sociale omgeving die diagnose ontvangt. Dit kan doordat mensen zich slechter gaan voelen wanneer iemand in de sociale omgeving mentale problemen heeft. Het proces van 'co-rumineren' kan hierin een rol spelen: het excessief bespreken van mentale problemen, dat vooral onder meisjes vaak voorkomt (Vuijk et al., 2024).

Grotere bekendheid mentale gezondheid

Foulkes & Andrews (2023) beschrijven dat initiatieven om bewustwording over mentale gezondheid te vergroten bij kunnen dragen aan de stijging van mentale problemen. Dit wordt de *prevalence*

¹² Dit onderzoek gaat niet alleen over de specifieke doelgroep jongvolwassenen, maar heeft betrekking op de algemene bevolking (18-75 jaar).

inflation hypothesis genoemd. Initiatieven gericht op meer bewustwording zouden op twee manieren invloed hebben. Zo zouden deze initiatieven bijdragen aan betere herkenning en nauwkeurigere rapportage van mentale problemen. Dit wordt *improved recognition* genoemd en is een resultaat wat deze initiatieven ook beogen. Anderzijds kunnen deze initiatieven ook leiden naar het verkeerd interpreteren van mildere en tijdelijke vormen van stress als psychische problemen. Dit wordt *overinterpretation* genoemd en is een meer problematisch resultaat van deze initiatieven. De *prevalence inflation hypothesis* moet nog getest worden.

Individualisering van de samenleving

Voortschrijdende individualisering van de samenleving is een andere mogelijke verklaring die genoemd wordt voor het verslechteren van de mentale gezondheid van jongvolwassenen (Valkenburg et al., 2023; ten Have et al., 2023). Individualisme wordt verondersteld gepaard te gaan met het verlies van zekerheden en duidelijke kaders, wat voor sommigen lastig kan zijn om mee om te gaan.

Factoren in de directe leefomgeving

Sociale media

De opkomst van sociale media wordt door meerdere artikelen aangehaald als een mogelijke verklaring voor de dalende trend in mentale gezondheid (Arslan et al., 2024; Keyes & Platt, 2024; ten Have et al., 2023). De gevonden artikelen laten echter een wisselend beeld zien. Op dit moment is er dus nog geen consensus in de wetenschap over hoe en in welke mate sociale media precies bijdragen aan de mentale gezondheid van jongeren en jongvolwassenen.

Eenzijds wordt in de literatuur gewezen op negatieve effecten van sociale media, welke een mogelijke verklaring kunnen geven voor de gevonden trends in deze QuickScan. Zo zou sociale media zowel op mentaal welbevinden en mentale problemen invloed hebben (Valkenburg et al., 2023), als mogelijk ook op de prevalentie van psychische aandoeningen bij 18- tot 34-jarigen (ten Have et al., 2023). De wijze hoe sociale media en platforms gebruikt worden, zijn van invloed op het effect. *Problematisch* en *passief* mediagebruik zijn in Nederland in verband gebracht met meer mentale problemen (Arslan et al., 2024). Met problematisch mediagebruik wordt bedoeld dat sociale media op zo'n manier worden gebruikt dat het zorgt voor problemen die vergelijkbaar zijn met verslavingsgedragingen. Problematisch mediagebruik is bij tieners gestegen tussen 2017 en 2021 (Boer et al., 2022). Passief mediagebruik betekent dat iemand op sociale media zit zonder actief bij te dragen aan de content. Internationale literatuur laat zien dat mensen die meer actief gebruik maken van sociale media (door het plaatsen van content op sociale media) meer mentale problemen ervaren (Arslan et al., 2024).

Anderzijds wijst onderzoek er juist op dat het niet eenvoudig te stellen is dat sociale media tot een slechtere mentale gezondheid leidt (Valkenburg et al., 2023). Het kan namelijk ook zo zijn dat jongeren met mentale problemen meer op sociale media zitten om informatie te vinden. Mentale gezondheid kan dus ook het gebruik van sociale media beïnvloeden. Daarbij kunnen sociale media een positieve invloed hebben op mentale gezondheid. Het kan ontspannend zijn en bijdragen aan de sociale steun die jongeren ervaren (Veul, 2023). Op sociale media kunnen jongeren namelijk contact maken met mensen die dezelfde interesses hebben. Het kan daarmee jongeren een *sense of belonging* geven: het gevoel ergens bij te horen (Smith, Leonis & Anandavalli, 2021). Dit kan voor jongeren die minder aansluiting vinden in de offline wereld extra belangrijk zijn.

Discriminatie

Tussen 2017 en 2021 is het percentage leerlingen op het voortgezet onderwijs die discriminatie ervaart gestegen. De literatuur laat zien dat ervaringen met discriminatie een negatieve impact hebben op het welzijn van mensen (Arslan et al., 2024).

Echtscheidingen en eenoudergezinnen

Er is een duidelijke relatie tussen (echt)scheidingen en mentale gezondheid bij kinderen en adolescenten, die vaak voortduurt tot in de volwassenheid (Tullius et al., 2022). Ook zijn echtscheidingen gerelateerd aan toegenomen jeugdzorggebruik (Batterink & van Plaggenhoef, 2022). Het opgroeien in een eenoudergezin is ook gerelateerd aan een lagere kwaliteit van leven bij kinderen, waarbij ervaren steun van de familie wel als buffer kan optreden (Erdoğan, Hammami & Elgar, 2023).

In de afgelopen jaren (na 2001) is er geen toename in het aandeel echtscheidingen te zien (CBS, z.d.). Het aandeel echtscheidingen zegt echter niets over ouders die uit elkaar gaan zonder getrouwd te zijn geweest. Wel zijn er cijfers over de hoeveelheid kinderen die (om diverse redenen) bij één ouder opgroeien. Die cijfers laten wel een duidelijke toename zien (NJI, 2024). Mogelijk speelt deze ontwikkeling een rol in de toename in mentale problemen bij jongvolwassenen.

Individuele factoren

Meer moeite met omgaan met tegenslagen

Jongvolwassenen hebben mogelijk meer moeite met omgaan met tegenslagen. Denk aan tegenslagen zoals het niet gelijk hebben van een succesvolle baan of het niet hebben van een eigen huis. Dit gaat mogelijk gepaard met de sterkere stijging van mentale problemen bij jongvolwassenen in vergelijking met oudere volwassenen (ten Have et al., 2023). Dit is echter niet breed onderzocht in de gevonden literatuur.

3.2 Verklaringen voor trends in zorggebruik

Zoals beschreven in paragraaf 2.4 zien we in de cijfers min of meer stijgende trends in het gebruik van respectievelijk huisartsenzorg, jeugdzorg en ggz. In deze paragraaf worden mogelijke verklaringen hiervoor gegeven. Ook hier geldt dat het niet gaat om uitputtend overzicht. Bovendien is het onduidelijk hoe de verklaringen zich tot elkaar verhouden.

Maatschappelijke factoren

Afname van mentale gezondheid

Een belangrijke verklaring voor trends in zorggebruik is uiteraard de afname van mentale gezondheid, die op hun beurt weer te maken hebben met bovengenoemde verklaringen. Daarnaast zijn er enkele factoren die mogelijk uniek zijn voor het verklaren van het toegenomen zorggebruik, ongeacht de verandering in mentale gezondheid. Die bespreken we hieronder.

Coronacrisis

De coronacrisis heeft mogelijk meerledige effecten op het zorggebruik gehad. Aan de ene kant was, zeker in het begin van de coronacrisis, toegang tot zorg beperkt. Aan de andere kant was er tijdens de latere fasen van de coronacrisis meer aandacht voor mentale gezondheid, wat mogelijk tot meer zorggebruik heeft geleid.

Afname stigma

Mogelijk speelt een afname in stigma een rol in toegenomen zorggebruik, omdat mensen steeds minder een drempel ervaren om hulp te zoeken voor hun psychische problemen. Er is echter niet veel literatuur waarmee deze hypothese kan worden gestaafd. Een Duitse studie vond dat er steeds

meer aandacht lijkt te zijn voor mentale problematiek, en dat negatieve stigma's rondom mentale problemen de laatste twee decennia zijn afgenomen (Angermeyer et al., 2014).

Nederlandse cijfers uit 2010 over volwassenen (Van Erp, z.d.) zagen geen verandering in de bereidheid om mensen met psychiatrische stoornissen in het leven toe te laten. Een Duitse studie (Schomerus et al., 2022) onder volwassenen liet tussen 1990 en 2020 een lichte afname in stigma zien met betrekking tot depressie, maar juist een toename van stigma als het ging om schizofrenie. Het zou kunnen dat het stigma rondom veelvoorkomende, mildere psychische problemen (zoals burn-out-, somberheids- en angstklachten) wel aan het afnemen is (mede onder invloed van mediacampagnes gericht op het bespreekbaar maken van mentale gezondheid), maar dat dit niet het geval is voor complexere en ernstigere psychische aandoeningen (Foulkes, 2024).

Toenemende medicalisering van psychische klachten

Een andere mogelijke factor is de ontstane neiging om mentale ongezondheid minder als maatschappelijk probleem en meer als individueel probleem te zien en te behandelen. Veel mentale problematiek ontstaat door maatschappelijke problemen (zoals schulden of eenzaamheid). Maar vervolgens worden die problemen in de zorg in het algemeen, en in de ggz in het bijzonder, op individueel niveau behandeld vanuit een medisch-curatief perspectief, met bijbehorend DSM-5 label om de zorg vergoed te krijgen door de zorgverzekering (Boumans, Kroon & van der Hoek, 2023; Smit & van Os, 2023).

Hoge geluksnorm, hoge eisen aan zelfredzaamheid van individu en gezin

Een hypothese die hieraan in het verlengde ligt is dat de toename in hulp zoeken onder jongvolwassenen mogelijk te maken heeft met de huidige impliciete normen in onze huidige, individualistische maatschappij waarin veel nadruk ligt op zelfredzaamheid en maakbaarheid, met een hoge geluksnorm (Van Yperen et al., 2023). Jongeren voelen dat zij continue het beste uit zichzelf en hun leven moeten halen. Als bestaande normen voor jongeren onrealistisch zijn, kan een kloof ontstaan tussen verwachtingen versus de realiteit (Valkenburg et al., 2023). Daarom zouden jongeren sneller het gevoel kunnen hebben in actie te moeten komen en hulp te zoeken als zij even niet lekker in hun vel zitten.

Dit geldt mogelijk ook voor de gezinssituatie bij de jongere doelgroep. Individuele gezinnen staan onder grote druk om te voldoen aan de hoge eisen aan opgroeien en onderwijs. Dit wordt steeds minder gezien als gedeelde verantwoordelijkheid van de samenleving. Bij de problemen die dat oplevert, kan sneller gezocht worden naar professionele zorg (Van Yperen, van de Maat & Prakken, 2019).

Zelfdiagnoses door sociale media

Ook is onderzoek gedaan naar de vele filmpjes die sommige jongeren aangeven te zien op bijvoorbeeld TikTok, met 'veelvoorkomende' symptomen van bijvoorbeeld ADHD of andere stoornissen. Het onderzoek laat zien dat dit ook leidt tot meer 'zelfdiagnoses' en zoeken van professionele hulp onder jongeren (Gilmore et al., 2022). Wanneer stoornissen hierdoor beter en eerder herkend worden is dit positief. Maar dit zou ook kunnen bijdragen aan *overinterpretation* van 'normale' symptomen en hulpzoekgedrag voor jongeren bij wie symptomen geen negatief effect hebben op de kwaliteit van leven.

Decentralisatie jeugdzorg

Voor de jongere doelgroep worden de decentralisaties in de jeugdzorg regelmatig genoemd in relatie tot zorggebruik (Van Yperen et al., 2019; 2023). Want één van de ideeën achter het overhevelen van de verantwoordelijkheid voor jeugdzorg naar gemeenten in 2015 was dat zorg laagdrempeliger en beter bereikbaar moest zijn, met huisartsen en lokale teams als voornaamste aanspreekpunten. Een

mogelijk risico hierbij is dat de nabijheid ook leidt tot hoger zorggebruik, in plaats van beperking van zorggebruik. Bijvoorbeeld wanneer te weinig wordt ingezet op preventie en snel wordt doorverwezen naar zwaardere zorg (NJI, 2019). De trends in zorggebruik laten zien dat ook de 'formele' vormen van zorg meer gebruikt worden. Onderzoek naar de jeugdzorg (Folsche, 2018) in zes gemeenten laat inderdaad zien dat laagdrempelige wijkteams een groter zorggebruik in de hand werkten. Dit kan positief zijn wanneer lichte problemen snel worden aangepakt voor deze verergeren, maar kan ook onnodige zorg tot gevolg hebben. In dit onderzoek was er een toename in zowel lichte als zware vormen van jeugdzorg.

Landelijke uitrol functie POH-ggz in huisartsenzorg

De functie praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz (POH-ggz) werd in 2008 geïntroduceerd. De POH-ggz biedt hulp aan personen met (lichte) psychische problemen. Daarbij gaat het primair om het nader analyseren en uitdiepen van de hulpvraag en klachten, begeleiding en kortdurende behandeling. Zo nodig vindt er verwijzing plaats. De POH-ggz werkt onder eindverantwoordelijkheid van de huisarts. Vooral vanaf 2014 heeft de functie POH-ggz een grote vlucht genomen. In dat jaar is een stelselwijziging van de ggz doorgevoerd, waarvan onderdeel was dat de huisartsenzorg een grotere rol toebedeeld kreeg in de zorgverlening aan mensen met psychische problemen. In 2023 was in 85% van de huisartsenpraktijken in Nederland ten minste één POH-ggz werkzaam (Flinterman e.a., 2023). De toegenomen beschikbaarheid van de POH-ggz kan eraan hebben bijgedragen dat jongvolwassenen in de afgelopen jaren toenemend gebruik hebben gemaakt van huisartsenzorg vanwege psychische problemen.

4. Beschouwing

Er is veel aandacht voor de afnemende mentale gezondheid van jongvolwassenen. Het algemene beeld is dat deze afnemende trend al zichtbaar was vóór de coronacrisis, en dat de coronacrisis deze afname verder heeft versterkt. De cijfers uit deze QuickScan geven een minder eenduidig beeld. Hoewel we zien dat vanaf 2020 (ten tijde van de coronacrisis) over het algemeen de mentale gezondheid afneemt, zijn de trends vóór 2020 vrij stabiel.

Deze QuickScan brengt, naast de coronacrisis, een veelheid aan diverse mogelijke verklaringen in kaart die in diverse onderzoeken en literatuur worden gegeven voor de afnemende mentale gezondheid onder jongvolwassenen. Dat is niet verrassend omdat bekend is dat mentale gezondheid wordt beïnvloed door een ingewikkeld samenspel van individuele-, omgevings- en maatschappelijke factoren. De gevonden verklaringen in deze QuickScan geven een overzicht van wat een invloed kán hebben (gehad) op de afnemende mentale gezondheid van jongvolwassenen. Het is veelal onduidelijk in hoeverre deze factoren daadwerkelijk een rol spelen. Meestal wordt ook niet aangegeven in hoeverre deze factoren mogelijk onderling overlappend zijn, met elkaar interacteren of zelfs wederkerig gerelateerd zijn aan mentale (on)gezondheid.

De diversiteit aan verklaringen onderstreept het belang van een integrale aanpak met oog voor alle verschillende factoren op het niveau van de jongvolwassene zelf, diens directe leefomgeving, en de maatschappij. Dit vraagt om een verschuiving van het idee dat het oplossen van mentale problemen uitsluitend de verantwoordelijkheid is van het individu, naar een aanpak waarin de samenleving als geheel een grotere rol speelt in het bevorderen van mentale gezondheid en het bieden van steun.

Dit is relevant voor het programma GeestKracht, dat zou kunnen nadenken over manieren om deze bredere aanpak te stimuleren. Voor een effectieve promotie van mentaal welbevinden en preventie van mentale problemen en psychische aandoeningen is aanvullend meer mogelijk én nodig op sociaal en maatschappelijk niveau om daarmee belangrijke achterliggende factoren voor mentale gezondheid aan te pakken. Denk bijvoorbeeld aan het versterken van sociale steun, of het verbeteren van het sociale klimaat of de ervaren druk op scholen, universiteiten en op werk. Ook gezinnen en gemeenschappen kunnen een rol spelen in het verbeteren van mentale gezondheid. Dit kan bijvoorbeeld via het verminderen van eenzaamheid en het bevorderen van een gevoel van zingeving en verbondenheid ('belonging'). Daarnaast zou er aandacht moeten zijn voor bredere maatschappelijk factoren zoals prestatiedruk en maatschappelijke stressbronnen waar jongvolwassenen mee te maken hebben. Tot slot moet gekeken worden naar een goede balans in het tegengaan van stigma en het creëren van bewustwording. Het risico wat hieruit kan voortvloeien is dat 'normale', voorbijgaande symptomen, zoals tijdelijke stress of somberheid, worden overgeïnterpreteerd. Ook kan co-ruminatie¹³ (op zichzelf of in combinatie met overinterpretatie van 'normale' symptomen) leiden tot het elkaar onbedoeld in de put praten, met als gevolg een slechtere mentale gezondheid en mogelijk onnodig zorggebruik.

Ook voor het toenemend zorggebruik van jongvolwassenen vanwege mentale gezondheid, is via deze QuickScan een divers palet aan mogelijke verklaringen naar voren gekomen. De samenhang tussen mentale gezondheid en zorggebruik is complex en vraagt om een gebalanceerde aanpak. Het is belangrijk om vroeg ingrijpen te bevorderen, zodat mentale gezondheidsproblemen tijdig worden gesignaleerd en behandeld. Het blijft hierbij cruciaal dat jongvolwassenen met complexe psychische problematiek tijdig passende zorg of ondersteuning ontvangen. Er zijn aanwijzingen dat juist deze meest kwetsbare groep te maken heeft met de langste wachttijden, met alle negatieve gevolgen van

¹³ Het herhaaldelijk bespreken van problemen zonder oplossing.

dien, zoals verergering van klachten, verlies van motivatie voor behandeling en verminderde participatie in de samenleving (Algemene Rekenkamer, 2020; Vos de Wael, 2023; Schultjens et al., 2024). Het oplossen van de wachttijden is een ingewikkelde opgave, omdat wachttijden in stand worden gehouden door een complex samenspel van problemen en factoren in de samenleving en in de financiering en organisatie van zorg en ondersteuning, zowel binnen als buiten de ggz. Zo staat de verkokering en fragmentatie van zorg en ondersteuning de benodigde integrale aanpak bij complexe problematiek in de weg. Er is een transformatie nodig naar netwerkzorg waarin professionals uit het zorgdomein, professionals uit het sociaal domein, ervaringsdeskundigen en andere betrokkenen samen optrekken in het bieden van geïntegreerde zorg en ondersteuning, gericht op maatschappelijke inclusie en participatie van kwetsbare jongvolwassenen met complexe problematiek (Dijkshoorn et al., 2020; Boumans et al, 2023). Het programma GeestKracht zou kunnen nadenken over hoe deze transformatie te stimuleren.

Deze QuickScan kent enkele beperkingen. Door het gebrek aan cijfers over de mentale gezondheid van de specifieke doelgroepen van het programma GeestKracht, bestaat er een kennishiaat rondom de omvang, aard en complexiteit van de problematiek binnen deze groepen en de trends hierin. Vergelijkbare gegevenslacunes gelden ook voor het zorggebruik van deze doelgroepen. Dit maakt het moeilijker om gericht beleid en effectieve interventies en aanpakken in te zetten die zich richten op het versterken van de mentale gezondheid en het bevorderen van participatie in de samenleving. Het beter monitoren van de mentale gezondheid en het zorggebruik van deze doelgroepen zou het mogelijk maken om trends en ontwikkelingen sneller te signaleren. Daarnaast zou het meer inzicht geven in de risico- en beschermende factoren voor het ontstaan, het voortduren en het verergeren van mentale problemen en psychische aandoeningen, en welke jongvolwassenen wel of niet zorg of ondersteuning ontvangen voor hun problemen, en wat hiervan de kwaliteit is.

Literatuur

- Algemene Rekenkamer. (2020). *Geen plek voor grote problemen: Aanpak van wachttijden in de specialistische ggz*. Den Haag: Algemene Rekenkamer.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., Carta, M. G., & Schomerus, G. (2014). Changes in the perception of mental illness stigma in Germany over the last two decades. *European Psychiatry*, 29(6), 390-395.
- Arslan, I., Distelbrink, M., & Yassine, D. (2024). *Mentale gezondheid van jongeren en studenten in Nederland. Een overzicht van trends en verklarende factoren*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Alho, J., Gutvilig, M., Niemi, R., Komulainen, K., Böckerman, P., Webb, R. T., ... & Hakulinen, C. (2024). Transmission of Mental Disorders in Adolescent Peer Networks. *JAMA Psychiatry*, 81(9), 882-888.
- Batterink, M., & van Plaggenhoef, W. (2022). Relatie tussen scheidingen, GGZ-gebruik en jeugdzorggebruik: nader onderzoek. Utrecht: Significant Public.
- Boer, M., Dorselaer, S. van, Looze, M. de, Roos, S. de, Brons, H., Eijnden, R. van den, Monshouwer, K., Huijnk, W., Bogt, T. ter, Vollebergh, W. & Stevens, G. (2022). *HBSC 2021. Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Boumans, J., Kroon, H., & van der Hoek, B. (2023). *Ggz uit de knel*. Utrecht: Trimbos instituut.
- Vos de Wael, N. (2023). *Toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg*. Dordrecht: Bureau Lenz.
- CBS (z.d.). *Scheiden*. Geraadpleegd van <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/levensloop/scheiden>.
- CBS (2018c). *Jaarrapport Integratie 2018*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- CBS (2021). *Mentale gezondheid in eerste helft 2021 op dieptepunt*. Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/35/mentale-gezondheid-in-eerste-helft-2021-op-dieptepunt>
- Delespaul, P.H., et al. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 55(6), 427-438.
- Dijkshoorn, P., Popma, A., & Scholten, M. (2020). *StroomOpwaarts beter in complexe jeugdproblematiek door netwerkjeugdhulp*. Geraadpleegd van https://www.zorgvisie.nl/content/uploads/sites/2/2020/04/Pamflet_StroomOp_Netwerkjeugdhulp_def.pdf.
- Douma, J. (2018). Jeugdigen en (jong) volwassenen met een licht verstandelijke beperking. *Kenmerken en de gevolgen voor diagnostisch onderzoek en (gedrags) interventies*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB/Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra, 344.
- Eisenberg, D., Golberstein, E., Whitlock, J.L., & Downs, M.F. (2013) Social contagion of mental health: evidence from college roommates. *Health Economics*, 22(8), 965-986.

- Erdogan, Y., Hammami, N., & Elgar, F. J. (2023). Bullying, family support, and life satisfaction in adolescents of single-parent households in 42 countries. *Child indicators research*, 16(2), 739-753.
- Landelijk Kenniscentrum LVB. (z.d.). *Over LVB*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB. Geraadpleegd van <https://www.kenniscentrumlvb.nl/over-lvb/>
- Flinterman, L. E., Vis, E. B. A., Noordman, J., & Batenburg, R. S. (2023). *De praktijkondersteuner en praktijkverpleegkundige (POH) in beeld: Inzicht in de omvang en samenstelling van de POH-beroepsgroep in Nederland*. Utrecht: Nivel.
- Folsche e.a. (2018). *Onderzoek naar toename jeugdhulp wijkteams*. Amsterdam/Den Haag: I&O Research/ Ministerie van VWS.
- Foulkes, L., & Andrews, J. L. (2023). Are mental health awareness efforts contributing to the rise in reported mental health problems? A call to test the prevalence inflation hypothesis. *New Ideas in Psychology*, 69, 101010.
- Gilmore, R., Beezhold, J., Selwyn, V., Howard, R., Bartolome, I., & Henderson, N. (2022). Is TikTok increasing the number of self-diagnoses of ADHD in young people?. *European Psychiatry*, 65(S1), S571.
- Jeeninga, W. (2010). *Zwerfjongeren: omvang, kenmerken en zorgbehoeften. Een literatuurstudie in het kader van het project 'Kennismakelaar'*. Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Brabant, Tilburg: Tranzo.
- Keyes, K. M., & Platt, J. M. (2024). Annual Research Review: Sex, gender, and internalizing conditions among adolescents in the 21st century - trends, causes, consequences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 65(4), 384-407.
- Leger des Heils (2022). *Stijging dakloosheid 2022*. Almere: Leger des Heils.
- Luijten, M. A. J., van Muilekom, M. M., Teela, L., Polderman, T. J. C., Terwee, C. B., Zijlmans, J., Klaufus, L., Popma, A., Oostrom, K. J., van Oers, H. A., & Haverman, L. (2021). The impact of lockdown during the COVID-19 pandemic on mental and social health of children and adolescents. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 30(10), 2795-2804.
- Movisie. (2020). *Feiten en cijfers dak- en thuisloze jongeren in Nederland*. Movisie. Geraadpleegd van <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2020-03/Feiten-cijfers-dak-thuisloze-jongeren-Nederland.pdf>
- Nieuwenhuis, J. (2022). *A Blind Spot?: Screening for Mild Intellectual Disabilities and Borderline Intellectual Functioning in Psychiatric Patients in Specialized Mental Health Care in the Netherlands: Prevalence and Associations*. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- NJI (2024). *Cijfers over eenoudergezinnen*. Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd van <https://www.nji.nl/cijfers/eenoudergezinnen#aantal-kinderen-en-jongeren-in-een-oudergezin>
- Nuijen, J., Verweij, A., Dopmeijer, J. M., van Wamel, A., Schouten, F., Buijs, M., van der Horst, M., van den Brink, C. (2023). *Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs 2023*. Den Haag: RIVM.

- Pan, K. Y., Kok, A. A. L., Eikelenboom, M., Horsfall, M., Jörg, F., Luteijn, R. A., Rhebergen, D., Oppen, P. van, Giltay, E. J., & Penninx, B. W. J. H. (2021). The mental health impact of the COVID-19 pandemic on people with and without depressive, anxiety, or obsessive-compulsive disorders: a longitudinal study of three Dutch case-control cohorts. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 121–129.
- Penninx, B. W., Benros, M. E., Klein, R. S., & Vinkers, C. H. (2022). How COVID-19 shaped mental health: from infection to pandemic effects. *Nature medicine*, 28(10), 2027-2037.
- Pouls, K. P. M., Koks-Leensen, M. C. J., Assendelft, W. J. J., Mastebroek, M., & Leusink, G. L. (2022). Primary mental healthcare for adults with mild intellectual disabilities: a Dutch database study. *European Journal of General Practice*, 28(1), 234–241.
- Schomerus, G., Schindler, S., Sander, C., Baumann, E., & Angermeyer, M. C. (2022). Changes in mental illness stigma over 30 years—Improvement, persistence, or deterioration?. *European Psychiatry*, 65(1), e78.
- Schutjens, V., Nuijen, J., & Magnée, T. (2024). *In de wachtstand. Een literatuurinventarisatie naar de impact van wachttijden op patiënten, naasten, huisartsen en POH's-GGZ*. Utrecht: Trimbos instituut.
- Smit, D., & van Os, J. (2023). Het moet beter, het kan beter, maar gaan we het ook beter doen?. *GGZ Vaktijdschrift*, 1(6), 2-19.
- Smith, D., Leonis, T., & Anandavalli, S. (2021). Belonging and loneliness in cyberspace: impacts of social media on adolescents' well-being. *Australian Journal of Psychology*, 73(1), 12-23.
- Stevens, G. W. J. M., Buyukcan-Tetik, A., Maes, M., Weinberg, D., Vermeulen, S., Visser, K., & Finkenaer, C. (2023). Examining socioeconomic disparities in changes in adolescent mental health before and during different phases of the coronavirus disease 2019 pandemic. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 39(1), 169–181.
- Ten Have, M., Tuithof, M., van Dorsselaer, S., Schouten, F., Luik, A. I., & de Graaf, R. (2023). 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: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 22(2), 275–285.
- Tullius, J. M., De Kroon, M. L., Almansa, J., & Reijneveld, S. A. (2022). Adolescents' mental health problems increase after parental divorce, not before, and persist until adulthood: a longitudinal TRAILS study. *European child & adolescent psychiatry*, 31(6), 969-978.
- Ungar, M., & Theron, L. (2020). Resilience and mental health: How multisystemic processes contribute to positive outcomes. *The Lancet Psychiatry*, 7(5), 441-448.
- UNHCR Nederland (2023). Cijfers: Aantal vluchtelingen Wereldwijd. UNHCR. Geraadpleegd van <https://www.unhcr.org/nl/wie-weg-zijn/cijfers/#:~:text=Het%20aantal%20herhaalde%20asielaanvragen%20lag,naar%20Nederland%20te%20laten%20komen>.
- Valkenburg, P. M., Van der Wal, A., & Beyens, I. (2023). *Schermgeluk en schermverdriet: de invloed van social media op de mentale gezondheid van jongeren*. Den Haag: UNICEF.

- Van Bon-Martens, M., Verweij, A., Luijten, C., Hartstra, E., Tak, N., & van den Brink, C. (2023). *Monitor mentale gezondheid. Advies voor het monitoren van mentale gezondheid als ondersteuning van landelijk en lokaal gezondheidsbeleid*. Bilthoven: RIVM.
- Van den Boom, W., Marra, E., van der Vliet, N., Elberse, J., van Dijken, S., van Dijk, M., Euser, S., Derks, M., Leurs, M., Albers, C., Sanderman, R., & de Bruin, M. (2023). General Mental Health, Loneliness, and Life Satisfaction in the Context of COVID-19 Policies: A 2-Year Cohort Study in the Netherlands, April 2020-January 2022. *Public Health Reports*, 138(5), 812–821.
- Van der Laan, S. E. I., Finkenauer, C., Lenters, V. C., van Harmelen, A. L., van der Ent, C. K., & Nijhof, S. L. (2021). Gender-Specific Changes in Life Satisfaction After the COVID-19-Related Lockdown in Dutch Adolescents: A Longitudinal Study. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 69(5), 737–745.
- Van der Laan, S. E. I., Lenters, V. C., Finkenauer, C., van Harmelen, A. L., van der Ent, C. K., & Nijhof, S. L. (2022). Tracking Mental Wellbeing of Dutch Adolescents During the First Year of the COVID-19 Lockdown: A Longitudinal Study. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 71(4), 414–422.
- Van der Velden, P. G., Contino, C., Das, M., van Loon, P., & Bosmans, M. W. G. (2020). Anxiety and depression symptoms, and lack of emotional support among the general population before and during the COVID-19 pandemic. A prospective national study on prevalence and risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 277, 540–548.
- Van der Velden, P. G., van Bakel, H. J. A., & Das, M. (2022). Mental health problems among Dutch adolescents of the general population before and 9 months after the COVID-19 outbreak: A longitudinal cohort study. *Psychiatry Research*, 311.
- Van Dorsselaer S, Ramaker V, De Gee A, ten Have M. (z.d.) *KOPP/KOV: Feiten en cijfers. Landelijke omvang KOPP/KOV-groep*. Trimbos-instituut. Geraadpleegd van <https://www.trimbos.nl/kennis/kopp-kov/feiten-en-cijfers/>
- Van Erp, N. (z.d.) *Stigmatisering: feiten en cijfers*. Trimbos-instituut. Geraadpleegd van <https://www.trimbos.nl/kennis/zorg-en-participatie/destigmatisering/feiten-en-cijfers-stigma-en-inclusie/>
- Van Yperen, T., van de Maat, A., & Prakken, J. (2019). *Het groeiend jeugdzorggebruik: Duiding en aanpak*. Utrecht: NJI.
- Van Yperen, T., Hofstede, K., Hageraats, R., & van de Maat, A. (2021). *Andere kijk op groeiend jeugdzorggebruik. Voor een hoopvolle wereld om in op te groeien*. Utrecht: NJI.
- Vektis (2022). *Factsheet ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA)*. Zeist: Vektis.
- Veul, R. (2023). *Niet alleen maar zorgwekkend: sociale media hebben ook positieve impact op ons welzijn*. Maastricht Universiteit. Geraadpleegd van <https://www.maastrichtuniversity.nl/nl/nieuws/niet-alleen-maar-zorgwekkend-sociale-media-hebben-ook-positieve-impact-op-ons-welzijn>
- VluchtelingenWerk Nederland (2023). *Cijfers over vluchtelingen in Nederland*. Amsterdam: VluchtelingenWerk Nederland. VluchtelingenWerk Nederland. Geraadpleegd van

<https://www.vluchtelingenwerk.nl/nl/nieuws-en-kennis/cijfers-over-vluchtelingen-nederland-europa-wereldwijd/cijfers-over-vluchtelingen-nederland>.

Vuijk, P., Bul, K., Buil, M., Rauws, M., Curie, K., Amesz, C., ... & Riper, H. (2024). Effectiveness of a blended school-based mindfulness program for the prevention of co-rumination and internalizing problems in Dutch secondary school girls: a cluster randomized controlled trial. *Trials*, 25(1), 40.

Woittiez, I., Eggink, E., & Ras, M. (2022). *Het aantal mensen met een licht verstandelijke beperking: een schatting*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Bijlagen

Bijlage 1a. Cijfers over de doelgroepen van het programma GeestKracht

Hieronder wordt omschreven wat voor iedere doelgroep¹⁴ van het programma GeestKracht de omvang is in de Nederlandse samenleving. De hypothese is dat de trends die we bij jongvolwassenen zien voor mentale gezondheid en zorggebruik, ook in meer of mindere mate te zien zullen zijn bij onderstaande doelgroepen. Wel moet worden opgemerkt dat we niet weten wat de trends in mentale gezondheid en zorggebruik zijn voor deze doelgroepen. Ook kunnen bij deze doelgroepen bepaalde mentale problemen en risicofactoren vaker voorkomen dan bij de totale groep jongvolwassenen. We geven echter geen informatie over de trends van deze factoren en hoe deze samenhangen met mentale gezondheid. Informatie over de grootte van deze doelgroepen geeft wel meer inzicht in het aantal jongvolwassenen die te maken kunnen hebben met een hoger risico op mentale problemen. In bijlage 1b staat een voorzichtige schatting van de omvang van mentale problemen voor de verschillende groepen jongvolwassenen.

Jongvolwassenen met een praktische opleiding en/of migratieachtergrond

Jongvolwassenen met een migratieachtergrond

- In 2023 (peildatum 1 januari) waren er 1.517.438 Nederlanders met een migratieachtergrond in de leeftijd van 15 tot 35 jaar. Hiervan hadden 912.534 een niet-westerse migratieachtergrond (CBS Statline).
- Van de Nederlanders (15 tot 35 jaar) met een migratieachtergrond was 755.173 (49,8%) vrouw en 762.265 (50,2%) man. Voor Nederlanders met een niet-westerse migratieachtergrond is deze verdeling naar geslacht ongeveer hetzelfde (48,7% vrouw; 51,3% man).
- Personen met een migratieachtergrond zijn oververtegenwoordigd in grote steden. In 2018 had Rotterdam het grootste aandeel inwoners met een niet-westerse achtergrond (38%), gevolgd door Amsterdam en Den Haag (35%). Van alle personen met een Surinaamse of Marokkaanse achtergrond woont bijna de helft in één van de vier grote steden. Bij personen met een Turkse en Antilliaanse achtergrond is dat ruim een derde (CBS, 2018c).

Jongvolwassenen met een praktische opleiding

- In 2023 zijn 2.926.000 jongeren in de leeftijd van 15 tot 35 jaar praktisch opgeleid. Dit aantal blijft door de jaren heen redelijk stabiel (CBS Statline).¹⁵
- Hieronder waren 1.373.000 (46,9%) vrouwen en 1.553.000 (53,1%) mannen (CBS Statline).

Jonge statushouders¹⁶

- In 2022 ontvingen 13.900 mensen een verblijfsvergunning.
- Eind 2023 zijn er 237.767 mensen in Nederland met een vluchtelingenstatus, ook wel statushouders genoemd (VluchtelingenWerk, 2023). Ongeveer 105.000 statushouders komen uit Oekraïne (UNHCR Nederland, 2023).

¹⁴ Twintigers met psychische problemen met een praktische opleiding en/of migratieachtergrond; jonge statushouders; zwervjongeren; KOPP/KOV jongvolwassenen; jongvolwassenen met EPA; jongvolwassenen met een chronische psychische aandoening; en jongvolwassenen met een combinatie van psychische problemen en een licht verstandelijke beperking.

¹⁵ Bijvoorbeeld in 2014 en 2020: 2.930.000; in 2021: 2.808.000; en in 2022: 2.834.000.

¹⁶ De cijfers die hier worden gepresenteerd gaan niet alleen over jongvolwassenen, maar hebben betrekking op de algemene bevolking.

- In 2023 vroegen 38.377 mensen asiel aan in Nederland. Dit is een stijging ten opzichte van 2022 (35.535) en 2021 (24.740) (VluchtelingenWerk, 2023).

Zwerfjongeren

- In 2021 waren er volgens het CBS ongeveer 5.700 dak- of thuisloze jongeren tussen de 18 en 27 jaar.¹⁷ In 2020 was dit aantal 8.500 (CBS Statline). In 2018 was de schatting van het CBS dat er 12.600 jongeren tussen de 18 en 30¹⁸ jaar dak- of thuisloos zijn.
- Volgens onderzoek vormen dak- en thuisloze jongeren tussen de 16 en 21 jaar de grootste groep onder dak- en thuislozen (Jeeninga, 2010). Onder de 18 jaar is echter weinig recente data over deze groep. In 2016 werd het aantal dak- en thuisloze jongeren onder de 18 geschat op 3.960.
- Eind 2022 signaleerde het Leger des Heils dat het aantal daklozen onder jongeren tussen 18 en 22 jaar met 108 jongeren (50%) was gestegen ten opzichte van het jaar ervoor.¹⁹ Over het totale aantal dakloze mensen was een stijging van ongeveer 25%.

KOPP/KOV jongvolwassenen

- Het Trimbos-instituut schat dat in Nederland ongeveer 900.000 thuiswonende kinderen tot en met 17 jaar minstens één ouder hebben met een psychische aandoening of een verslavingsstoornis. Dit komt neer op ongeveer een kwart (27,9%) van alle thuiswonende kinderen tot en met 17 jaar in Nederland (van Dorsselaer et al., z.d.).
- Er zijn geen data beschikbaar over de precieze omvang van de doelgroep KOPP-KOV jongvolwassenen. Wel geven bovenstaande cijfers een zeer voorzichtige indicatie van de omvang van de doelgroep.

Jongvolwassenen met EPA (ernstige psychische aandoening) en/of met een chronische psychische aandoening

In het programma GeestKracht is onderscheid gemaakt tussen de doelgroep *jongvolwassenen met EPA* en *jongvolwassenen met een chronische psychische aandoening*. Eén van de kenmerken van iemand met EPA is dat diegene gedurende langere tijd met psychische klachten te maken heeft. Gezien dat deze twee doelgroepen sterk met elkaar verbonden zijn, is besloten om de twee doelgroepen samen te voegen tot één doelgroep: jongvolwassenen met EPA. In bijlage 2 staat de definitie per doelgroep omschreven.

- Gegevens van Vektis tussen 2015 en 2019 laten zien dat het aantal patiënten met EPA in de totale bevolking licht is gestegen van 214 duizend (2015) tot 218,2 duizend personen (2019).
- Gegevens van Vektis laten zien dat in 2016 naar schatting 55.000 jongvolwassenen in de leeftijd van 18-35 jaar EPA zorg bij de ggz krijgen. De verdeling tussen man en vrouw was hierin vrijwel gelijk. Een onbekend deel van de mensen met EPA is niet in zorg bij de ggz. Dit wordt geschat op 25% van de totale populatie (Delespaul e.a., 2013).
- In 2023 is de geschatte omvang van het aantal 18- tot 34-jarigen met een EPA ongeveer 77.000 personen (tabel 2, bijlage 1b).

¹⁷ Zie bijlage 2 voor een toelichting op deze leeftijdsgrens.

¹⁸ Vanaf 2020 is de leeftijdsgrens aangepast naar 18 tot 27 om aan te sluiten bij het landelijke beleid.

¹⁹ Het is lastig de betrouwbaarheid van deze data te beoordelen. Deze dient daarom met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

Jongvolwassenen met een combinatie van psychische problemen en een lichtverstandelijke beperking (LVB)

- Van het aantal mensen met een LVb zijn geen registratiegegevens. Afhankelijk van de gehanteerde definitie loopt de omvang sterk uiteen (Nieuwenhuis, 2022). Het SCP schat dat 6,4% van de bevolking een LVb heeft. In 2023 komt dit neer op ongeveer 1,14 miljoen (naar beneden afgerond) mensen in de totale bevolking (Woittiez, Eggink & Ras, 2022). Daaronder vallen mensen met IQ tussen de 50 en 70 en tussen de 70 en 85 die moeite hebben met sociale redzaamheid.
- Uitgaande van het aandeel 15- tot 34-jarigen in 2023 (25,2%), kan het aantal jongvolwassenen met een LVb geschat worden op 289.384 personen.
- Cijfers over het aantal jongvolwassenen met een combinatie van psychische problemen en LVb zijn lastig te vinden. In een onderzoek met data uit 2015 naar personen met een LVb, kwam 49% bij de huisarts met psychische problemen (Pouls et al., 2022).

Bijlage 1b. Indicaties omvang doelgroepen programma GeestKracht

Tabel 2 Indicaties van de omvang van verschillende groepen jongvolwassenen op landelijk niveau in 2023 (zie 3^e kolom, bron CBS tenzij anders vermeld).

| | Leeftijdsklasse | Aantal (in 2023) | Aantal met angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken (1) | Aantal met stemmings- of angststoornis in de afgelopen 12 maanden (2) | Aantal met enigerlei psychische stoornis in de afgelopen 12 maanden (3) |
|--|------------------------------------|------------------|---|---|---|
| Jongvolwassenen met een laag onderwijsniveau (4) | 15 tot 25 jaar | 908.000 | ± 425.900 (5) | n.b. | n.b. |
| | 25 tot 35 jaar | 249.000 | ± 134.800 (5) | n.b. | n.b. |
| Jongvolwassenen met een niet-westerse migratieachtergrond | 15 tot 35 jaar | 912.500 | ± 471.600 (5) | n.b. | n.b. |
| Mbo-studenten | Varieert, merendeel 16 t/m 27 jaar | 469.600 (6) | ± 221.900 (7) | n.b. | n.b. |
| Hbo-/wo-studenten | Varieert, merendeel 16 t/m 27 jaar | 804.460 (6) | ± 388.100 (7) | n.b. | n.b. |
| Jongvolwassenen statushouders | 15 tot 35 jaar | 13.900 (8) | ± 6.800 (9) | n.b. | n.b. |
| Jongvolwassenen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) | 18 tot 35 jaar | ±77.200 (10) | n.b. | n.b. | ±77.200 (10) |
| Algemene jongvolwassen bevolking | 15 tot 35 jaar | 4.527.700 | ± 2.220.200 | n.b. | n.b. |
| | 18 tot 35 jaar | 3.942.000 | ± 1.988.300 | Angststoornis: ±740.000 Stemmingsstoornis: ± 494.200 (11) | ±1382.500 (11) |

n.b. niet bekend

- (1) Zoals vastgesteld op basis van de vragenlijst *Mental Health Inventory-5* (somscore MHI-5 ≤ 76).
- (2) Zoals vastgesteld conform criteria van het standaard classificatiesysteem van psychische aandoeningen, de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) én op basis van een diagnostisch interview *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI 3.0), aangepast voor de DSM-5. Jongvolwassenen met een stemmingsstoornis en jongvolwassenen met een angststoornis zijn geen uitsluitende categorieën; de combinatie stemmings- en angststoornis komt relatief vaak voor.
- (3) Zoals vastgesteld conform criteria van het standaard classificatiesysteem van psychische aandoeningen, de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) en op basis van een diagnostisch interview *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI 3.0), aangepast voor de DSM-5). Het gaat om één of meer aandoeningen uit de hoofdgroepen angststoornis, stemmingsstoornis, middelenstoornis of ADHD (aandachtstekort/hyperactiviteitstoornis).
- (4) Laag onderwijsniveau omvat onderwijs op het niveau van basisonderwijs, het vmbo, de eerste 3 leerjaren van havo/vwo en de entreeopleiding, de voormalige assistentenopleiding (mbo1).
- (5) Voorzichtige schatting op basis van openbare gegevens van de CBS gezondheidsenquête.
- (6) Voorlopig cijfer over het aantal studenten in het school-/studiejaar 2023/'24 (bron: CBS).
- (7) Er zijn geen landelijk representatieve cijfers voor het voorkomen van angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken in de groepen studenten. Deze voorzichtige schatting is gebaseerd op de openbare gegevens van de CBS gezondheidsenquête voor mannen en vrouwen onder 25 jaar.

- (8) Voorlopig cijfer betreft de instroom (cohort) in 2022, dat wil zeggen iedereen die in het betreffende jaar (2022) een verblijfsvergunning kreeg.
- (9) Er zijn geen landelijk representatieve cijfers voor het voorkomen van angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken in de groep statushouders. Deze voorzichtige schatting is gebaseerd op de openbare gegevens van de CBS gezondheidsenquête, rekening houdend met de leeftijdsverdeling (5-jaars groepen).
- (10) Het betreft een voorzichtige schatting gebaseerd op landelijke gegevens over zorggebruik uit 2019 (bron: Vektis) en informatie uit Delespaul e.a. (2013) over het aandeel EPA-patiënten dat niet in zorg is (naar schatting 25%).
- (11) Voorzichtige schatting op basis van gegevens van NEMESIS-3 (*Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-3*) uit 2019-2022.

Bijlage 2. Omschrijving doelgroepen programma GeestKracht

| Doelgroep | Omschrijving |
|--|--|
| Algemeen | |
| Jongvolwassenen (16-35 jaar) met psychische problematiek | <p>Dit programma gaat over jongvolwassenen van 16 tot en met 35 jaar. Mits onderbouwd kan van de benedengrens worden afgeweken (naar 12 jaar).</p> <p>Bij psychische problematiek gaat het om psychische klachten óf psychische aandoeningen (ook wel psychische stoornissen genoemd). Psychische klachten worden bepaald op basis van een (doorgaans korte) vragenlijst of een enkelvoudige vraag. Een psychische aandoening conform standaard psychiatrische criteria kan uitsluitend worden vastgesteld door het afnemen van een diagnostisch interview.</p> |
| Specifiek | |
| Jongvolwassen twintigers met een lage opleiding | <p>Met een praktisch opleidingsniveau wordt in het FNO programma bedoeld: onderwijs op het niveau van basisonderwijs, het vmbo, de eerste drie leerjaren van havo/vwo en de entreeopleiding²⁰ en de bovenbouw van havo/vwo en het MBO.</p> <p><i>N.b. met oog op consistentie hebben we hier naar de gehele groep jongvolwassenen gekeken (ook onder <20) i.p.v. jongvolwassen twintigers.</i></p> |
| Jongvolwassen twintigers met een migratieachtergrond | <p>Jongvolwassenen waarvan minstens één ouder in het buitenland is geboren.</p> <p><i>N.b. met oog op consistentie hebben we hier naar de gehele groep jongvolwassenen gekeken (ook onder <20) i.p.v. jongvolwassen twintigers.</i></p> |
| Jongvolwassenen met KOPP/KOV | Jongvolwassenen die als kinderen zijn opgegroeid in een gezin waarvan de ouders psychische problematiek of verslavingsproblematiek hadden. |
| Jonge statushouders | Een statushouder is iemand met een verblijfsvergunning. Wanneer in Nederland de status van een asielzoeker als vluchteling wordt erkend, is hij/zij een statushouder (ook wel vergunninghouder genoemd). Zij mogen werken en een opleiding volgen in Nederland. |
| Zwerfjongeren | Zwerfjongeren zijn, volgens de opgestelde definitie door o.a. het Ministerie van VWS, Federatie Opvang, SZN, feitelijk of residentieel daklozen onder de 23 jaar met meervoudige problemen. Een jongere is residentieel dakloos als die geen eigen woonruimte heeft en zelfstandig ingeschreven staat bij een maatschappelijke opvang. Een jongere is feitelijk dakloos als die geen eigen woonruimte heeft en hier ook geen zicht op is (Movisie, 2020). In het actieprogramma Dak- en Thuisloze jongeren 2019-2021 wordt voor deze doelgroep de leeftijdsgrens tussen de 18 en 27 jaar gehanteerd. |

²⁰ Dit is een MBO-opleiding op maat, waarnaar iemand zonder middelbare school diploma kan instromen.

| | |
|--|---|
| Jongvolwassenen met EPA | <p>Er wordt van een ernstige psychische aandoening gesproken wanneer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • er sprake is van een psychische stoornis (inclusief middelenmisbruik en verslaving) die zorg/behandeling noodzakelijk maakt (niet in symptomatische remissie); • die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat (niet in functionele remissie); • waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van een psychische stoornis; • die niet van voorbijgaande aard is (structureel c.q. langdurig, ten minste enkele jaren); • en waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren. |
| Jongvolwassenen met een combinatie van psychische problemen en een LVB | <p>Het gemiddelde IQ bij licht verstandelijk beperkten ligt tussen de 50 en 70. Daarbij moet naast het IQ ook gekeken worden in hoeverre iemand adaptieve vaardigheden heeft. Deze vaardigheden kunnen betrekking hebben op conceptuele (lezen, schrijven, rekenen), sociale en praktische vaardigheden (Kenniscentrum LVB, z.d.). In Nederland wordt breder naar personen met LVB gekeken. Daaronder vallen namelijk ook mensen met een IQ tussen de 70-85 in combinatie met beperkingen in sociaal aanpassingsvermogen (Douma, 2018).</p> |
| Jongvolwassenen met een chronische psychische aandoening | <p>Een chronische aandoening is gedefinieerd als een aandoening waarbij over het algemeen geen uitzicht is op volledig herstel.</p> <p><i>N.b. deze doelgroep wordt in deze QuickScan niet apart beschreven, maar als onderdeel van jongvolwassenen EPA.</i></p> |

Bijlage 3. Overzicht indicatoren

De toelichtingen bij de indicatoren zijn veelal gekopieerd van de betreffende monitors waar de data uit is gehaald. Per indicator wordt naar de betreffende bron verwezen waar de toelichting uit is gehaald.

Mentaal welbevinden

| Indicator | Databron | Toelichting (Bron toelichting) |
|------------------------------------|------------------------------------|--|
| Geluk | Sociale Samenhang en Welzijn (CBS) | Het percentage dat een score van 7 tot en met 10 geeft als antwoord op de vraag 'Kunt u op een schaal van 1 tot en met 10 aangeven in welke mate u zichzelf een gelukkig mens vindt. Een 1 staat voor volledig ongelukkig en 10 voor volledig gelukkig?'. Een score van 7 tot en met 10 wordt geclassificeerd als gelukkig (Monitor Mentale Gezondheid). |
| Levenstevredenheid | Sociale Samenhang en Welzijn (CBS) | Het percentage dat een score van 7 of hoger toekent op een schaal van 1 (volledig ontevreden) t/m 10 (volledig tevreden) voor de mate van tevredenheid over het huidige leven (Monitor Mentale Gezondheid). |
| Tevredenheid psychische gezondheid | Sociale Samenhang en Welzijn (CBS) | Het percentage dat een score van 7 tot en met 10 geeft als antwoord op de vraag 'Kunt u op een schaal van 1 tot en met 10 aangeven in welke mate u tevreden bent met uw psychische gezondheid. Een 1 staat voor volledig ontevreden en 10 voor volledig tevreden?'. Een score van 7 tot en met 10 wordt geclassificeerd als tevreden (Monitor Mentale Gezondheid). |

Mentale problemen

| Indicator | Databron | Toelichting |
|--|---|--|
| Eenzaamheid | Sociale Samenhang en Welzijn (CBS) | Het percentage mensen met de score "sterk eenzaam" op de verkorte eenzaamheidsschaal van De Jong Gierveld (2006). Deze schaal benadert eenzaamheid als meerdimensionaal begrip (Monitor Mentale Gezondheid). |
| Angst- of depressiegevoelens (MHI-5) | Gezondheidsenquête (CBS) | Percentage jongeren dat 76 of lager scoort op de Mental Health Inventory (MHI-5), een vragenlijst over hoe men zich in de afgelopen 4 weken voelde (CBS Statline). |
| Risico op een angststoornis of depressie | Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen | Percentage jongeren met een hoog risico op een angststoornis of depressie. Dit is gebaseerd op de Kessler-10 vragenlijst (K10) met 10 vragen over hoe iemand zich voelde in de afgelopen 4 weken. Een somscore van 30 en hoger is een indicatie voor een hoog risico op een angststoornis of depressie (Monitor Mentale Gezondheid). |
| Burn-out klachten | Nationale Enquete Arbeidsomstandigheden | Percentage werknemers en zelfstandig ondernemers met werkgerelateerde psychische vermoeidheid. Dit is gemeten met |

| | | |
|-------------------------------|---|--|
| | (NEA) en Zelfstandigen Enquete Arbeid (ZEA) | een bewerking van vijf items uit de Utrechtse Burn-out Schaal (UBOS) (Monitor Mentale Gezondheid). |
| Zelf gerapporteerde depressie | Gezondheidsenquête (CBS) | Zelfrapportage o.b.v. de vraag: 'Heeft of had u in de afgelopen 12 maanden een depressie?'. Het antwoord hoeft niet overeen te komen met gediagnosticeerde depressie (Methode Gezondheidsenquête). |
| Zelfdoding | CBS Doodsoorzakenstatistieken | Het aantal zelfdodingen onder jongeren per 100.000 inwoners van de gemiddelde bevolking (CBS Statline). |

Psychische aandoeningen

| Indicator | Databron | Toelichting |
|-----------------------------|----------|---|
| Enige psychische aandoening | NEMESIS | <p>Het percentage dat in de afgelopen 12 maanden voldeed aan de DSM-5 criteria voor ten minste één psychische aandoening, zoals stemmingsstoornissen, angststoornissen, middelengerelateerde stoornissen en ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder).</p> <p>Dit is vastgesteld met de CIDI (Composite International Diagnostic Instrument). Dit is een volledig gestructureerd interview, waarin gevraagd wordt naar symptomen van psychische aandoeningen en naar de last die mensen daarvan ondervinden. Uit de antwoorden valt af te leiden of voldaan wordt aan de criteria van een psychische aandoening volgens de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), het standaard classificatiesysteem van psychische aandoeningen (Trimbos-instituut).</p> |

Zorggebruik

| Indicator | Databron | Toelichting |
|---|------------------------------------|---|
| Huisartsenpatiënten met diagnose depressie | Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn | Het percentage huisartspatiënten met een diagnose depressie (volgens huisartsgeneeskundige classificatie ICPC-code P03 of P76) (Landelijke Monitor Depressie). |
| Huisartsenpatiënten met diagnose angst | Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn | Het percentage huisartspatiënten met een diagnose angst (volgens huisartsgeneeskundige classificatie ICPC-code P01 of P74) (Landelijke Monitor Depressie). |
| Huisartsenpatiënten met enigerlei psychische diagnose | Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn | Het percentage huisartspatiënten met enigerlei psychische diagnose. Dit betreft enigerlei code uit het P-hoofdstuk volgens huisartsgeneeskundige classificatie (ICPC) (Landelijke Monitor Depressie). |
| Contact met psycholoog of psychiater | Gezondheidsenquête (CBS) | Percentage personen in de bevolking dat minimaal 1 keer in de 12 maanden voorafgaand aan de enquêtedatum contact heeft gehad (CBS Statline). |

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| Jongeren met jeugdzorg | CBS Jeugdzorgcijfers | Het aantal jongeren met jeugdzorg per jaar. Jeugdzorg heeft betrekking op geheel van jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering dat volgens de Jeugdwet door de gemeente wordt uitgevoerd (CBS Statline). |
| Personen dat is behandeld in SGGZ | DBC-gefinancierde geestelijke gezondheidszorg (GGZ) | Cliënten in de DBC-gefinancierde geestelijke gezondheidszorg met tenminste één in het verslagjaar lopende DBC (totaal alle diagnoses) (CBS Statline). |

