

Voorkomen van erger

Signalement voor het ZonMw
Onderzoeksprogramma ggz

April 2026



Tim van de Grift

Impact leader
Voorkomen van erger en
wachtlijstproblematiek



Inleiding



- Groeiende zorgvraag en beperkte capaciteit vragen om preventie en passende zorg.
- Innovaties zoals contextgedreven preventie en mentale gezondheidsnetwerken moeten wetenschappelijk onderbouwd worden.

Tien jaar Onderzoeksprogramma ggz



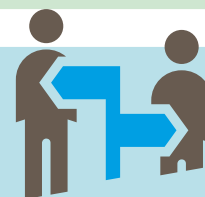
- De oogst: 55 projecten binnen het thema, gericht op preventie, behandel-effectiviteit, organisatie van zorg en wachtlijst-interventies. Vaak werd iets nieuws ontwikkeld.
- Meestal door academische onderzoeksteams, voor specifieke klinische doelgroepen.
- Ervaringsdeskundigen waren vaak betrokken, het sociaal domein zelden.

Huidige stand van zaken



- We weten nog niet volledig wat concepten zoals 'veerkracht' of 'zelfredzaamheid' inhouden, of wat de effectiefste manier is om ondersteuning te bieden via ervaringsdeskundigheid of het sociaal domein.
- Veel initiatieven van passende en contextgedreven zorg dienen nog geëvalueerd te worden.

Vooruitblik en aanbevelingen



In een nieuw Onderzoeksprogramma kan de impact worden vergroot door te werken aan:

- Prioritering van onderzoek dat diagnosecategorieën overstijgt (transdiagnostisch)
- Inzetten op lange termijn onderzoek, kennissynthese en implementatie
- Stimuleren van passende onderzoeksmethoden
- Verminderen van barrières voor projecten van buiten de academische of ggz-organisaties.

1. Inleiding

Psychische problematiek komt veel voor en kan grote effecten hebben op de kwaliteit van leven. De afgelopen jaren werden gekenmerkt door een stijgende ggz-zorgvraag en maatschappelijke ontwikkelingen die de kans op psychische problematiek vergroten. Dit heeft geleid tot de bekende wachtlijstproblematiek en hoge werkdruk in de ggz. Mede daarom is er groeiende aandacht voor preventie en beschermende factoren zoals veerkracht. Ook factoren zoals kenmerken van het zorgstelsel, digitalisering en arbeidsmarktkrapte beïnvloeden de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Het inzicht groeit dat verbetering van psychisch welzijn vraagt om een integrale benadering op verschillende niveaus en om een samenwerking tussen eerste lijn, ggz en sociaal domein (1,2). Enkele van deze ontwikkelingen worden ook beschreven in de signaleringen 'jongeren', 'zelfregie' en 'digitalisering'.

Voorkomen van erger

Onder het 'voorkomen van erger' kan zowel primaire als secundaire preventie van psychische problematiek vallen, naast het voorkomen van terugval. In dit kader wordt steeds meer bekend hoe maatschappelijke factoren, zoals de 'hypernerveuze samenleving' en veranderde sociale cohesie, bepalend zijn voor gezondheid (3). Daarmee is voorkomen van erger een doelstelling op meerdere beleidsterreinen (2), en niet alleen een doelstelling van ggz zorgverleners en onderzoekers. Ook op bijvoorbeeld het gebied van zelfregie is het inzicht dat interventies op meerdere lagen in de maatschappij en zorgverlening begrepen moeten worden (zie signalement 'zelfregie'). Meerdere aanbevelingen uit het 'Perspectief op een mentaal gezonder 2035' van veldpartijen uit de ggz, zoals inzet op preventie en passende zorg zijn gericht op het voorkomen van erger (4). Ook zijn er verschillende initiatieven om het overheidsbeleid ondersteunend te maken aan deze ontwikkelingen, waaronder de ontwikkeling van Mentale

Gezondheidsnetwerken (5,6) en zorg die meer aandacht heeft voor de leefomgeving (contextgedreven zorgverlening).

WachtlIJstproblematiek

Een belangrijk onderdeel van voorkomen van (verergering van) psychische problematiek is het waarborgen van adequate toegang tot passende zorg. Onderzoek toont aan dat ggz-wachttijden al jaren te lang zijn en een sterke negatieve impact hebben, waaronder verslechtering van psychische problemen (7,8). Er is vaak maar beperkte ondersteuning beschikbaar tijdens het wachten. Huisartsen en andere verwijzers ervaren daardoor een hoge belasting. Eén van de aanbevelingen van het Perspectiefdocument van veldpartijen is daarom ook het verminderen van wachtlIJstproblematiek (4). Interventies rondom wachtlIJstproblematiek zouden zich kunnen richten op de vermindering van wachtlijsten, maar ook ondersteuning tijdens het wachten, en effectievere triage van zorgvragen naar peer-support en interventies in het sociaal domein (7,8). Het signalement 'digitalisering' beschrijft ook waar digitale interventies een substituut of ondersteuning kunnen zijn in deze ontwikkelingen.

“Het inzicht groeit dat verbetering van psychisch welzijn vraagt om een integrale benadering op verschillende niveaus en om een samenwerking tussen eerste lijn, ggz en sociaal domein.”

Ook de Versterkingsagenda Mentale gezondheid & ggz (2025; 9) van het Ministerie van VWS adresseert een aantal onderwerpen gerelateerd aan het thema 'voorkomen van erger', inclusief wachtlijstproblematiek. Onderdeel van de Versterkingsagenda is onder andere preventie door het versterken van veerkracht, inzetten op ondersteuning in het sociaal domein en tijdens wachttijd. Ook is in het kader van de zorgakkoorden een beweging ingezet in de richting van Mentale Gezondheidsnetwerken (5). ZonMw ondersteunt onderzoeken en implementatie-initiatieven die deze agenda voorzien van kennis over de onderliggende mechanismen en de effectiviteit van interventies. Een deel van de kennis of/hoe deze interventies leiden tot het 'voorkomen van erger' is echter nog niet beschikbaar en/of niet specifiek voor de Nederlandse context. Ook liggen er vraagstukken op het gebied van implementatie van deze werkwijze en hoe deze systemische benadering slim georganiseerd moet worden.

Onderzoeksprogramma ggz

Het ZonMw Onderzoeksprogramma ggz kreeg in 2016 de opdracht bij te dragen aan het terugdringen van de prevalentie van psychische aandoeningen, het voorkomen van chroniciteit en het verhogen van kwaliteit van leven via zelfregie (10). Deze opdracht is door ZonMw vertaald naar een aantal specifiekere doelstellingen en financieringsinstrumenten (11).

Gegeven de actuele maatschappelijke ontwikkelingen, het aflopen van het Onderzoeksprogramma en het ontwerp van een vervolgprogramma beoogt dit signalement een analyse te geven van de opbrengst van het Onderzoeksprogramma op het thema 'Voorkomen van erger', inclusief wachtlijstproblematiek. In het kader van het Impact leader programma is dit een interpretatie van verschillende informatiebronnen en daarmee een persoonlijk signalement. Dit signalement raakt op onderdelen aan de signaleringen op de thema's van de drie andere Impact leaders; hier zal zo nodig naar verwezen worden.

2. Werkwijze

Voor de analyse van de uitkomsten van 10 jaar Onderzoeksprogramma ggz op het thema 'Voorkomen van erger', inclusief wachtlijstproblematiek werden drie bronnen gebruikt:

1. Een oriënterend literatuuronderzoek naar relevante (onderzoeks)rapporten en beleidsdocumenten op het thema in de afgelopen 3 jaar, en de opdrachtbrief van VWS aan ZonMw (10);
2. Een systematische analyse van gehonoreerde projecten binnen het Onderzoeksprogramma ggz. Hierbij werd gebruik gemaakt van databestanden van ZonMw en van 'ZonMw Projecten', de informatie op de projectpagina's met daarop links naar eindverslagen, producten en overige projectoutput;
3. Interviews met 10 projectleiders en onderzoekers van gehonoreerde projecten binnen het onderzoeksprogramma, waarbij werd gevraagd naar de impact van het project op het thema, ervaringen met ZonMw, en behoeften ten aanzien van een vervolgprogramma (inhoudelijk en procesmatig).

Op basis van bovenstaande bronnen heeft de impact leader trends en breder generaliseerbare inzichten geïdentificeerd. Deze bevindingen relateren zowel inhoudelijk aan het thema als aan de ervaringen met ZonMw financiering. Tijdens de dataverzameling is gepoogd een diverse steekproef van projecten en onderzoekers te betrekken voor bredere generaliseerbaarheid van de bevindingen. Ook werden de inzichten afgestemd met de signaleringen van andere impact leaders. Hiermee is het signalelement een globale interpretatie van deze drie informatiebronnen.

3. Tien jaar Onderzoeksprogramma ggz

Kwantitatieve beschouwing

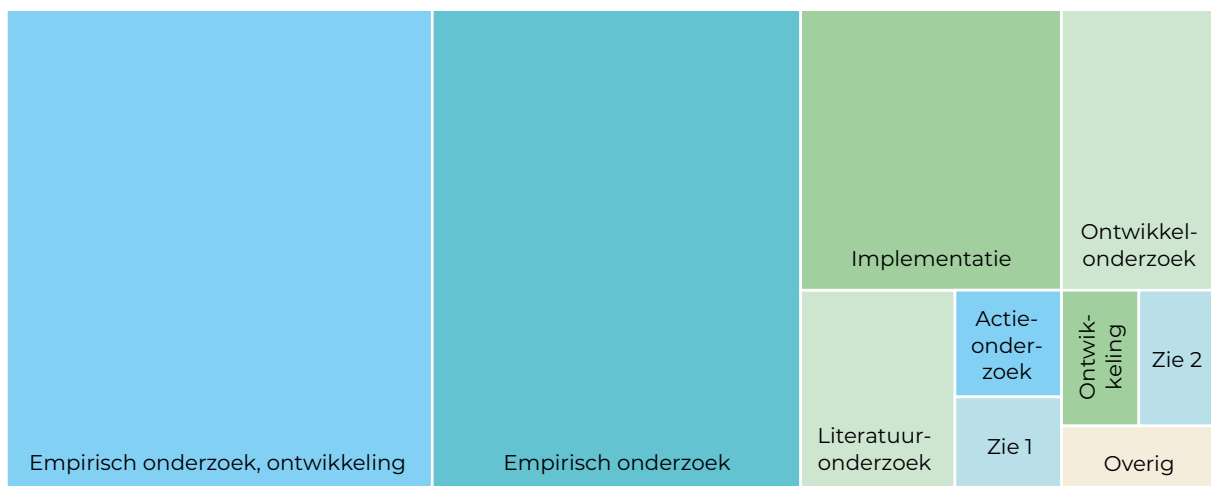
Er werden 55 projecten binnen het Onderzoeksprogramma gefinancierd die relateerden aan 'voorkomen van erger' en/of wachtlijstproblematiek. In vrijwel alle financieringsrondes en -instrumenten werden projecten op dit thema gefinancierd. Van deze projecten waren er 31 monocenter en 22 multicenter. In de meeste gevallen was de aanvragende instelling een umc (40%) of universiteit (25%). Een minderheid van de projecten werd primair uitgevoerd door een ggz-instelling. Er waren enkele projecten die primair in de eerste lijn werden uitgevoerd en geen projecten die primair binnen het sociaal domein werden uitgevoerd. Veel projecten hadden samenwerkingspartners (Figuur 1). Samenwerking met belangenorganisaties kwam veel voor, maar samenwerking met de eerste lijn, sociaal domein of maatschappelijke organisaties minder vaak.

Figuur 1: Samenwerkingspartners



Het grootste deel van de gehonoreerde projecten betrof empirisch onderzoek met vaak ook een ontwikkelcomponent. Daarnaast was er sprake van implementatie- en actieonderzoeken (Figuur 2). Bij 16 projecten werd alleen kennis opgeleverd en bij de overige projecten (ook) een andere uitkomst, waaronder voornamelijk (behandel)interventies (36%) en digitale tools (34%), maar ook keuzehulpen, screeningsinstrumenten, platforms en kosteneffectiviteitsberekeningen.

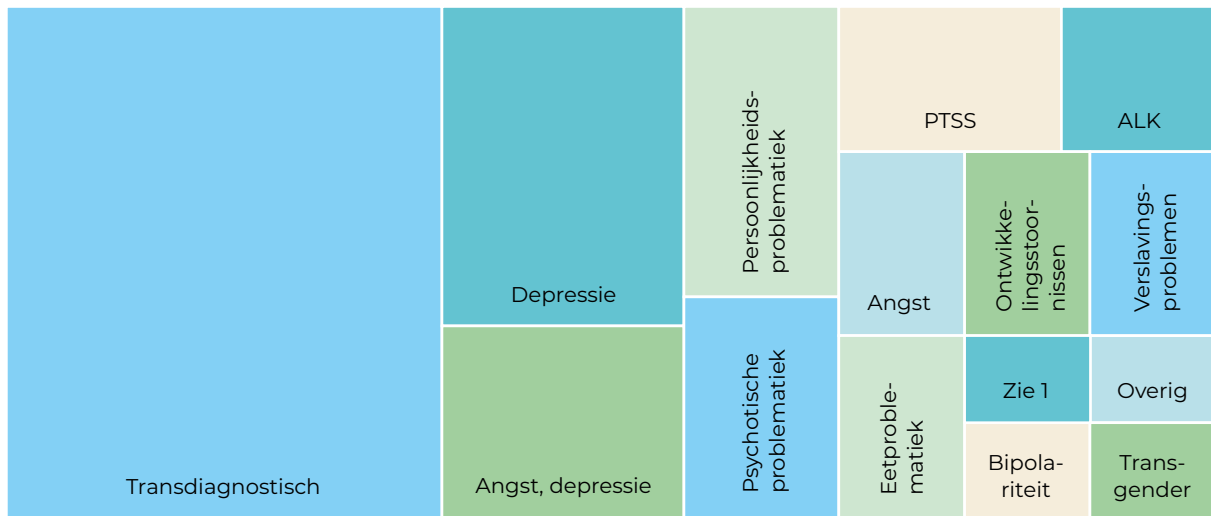
Figuur 2: Type projecten



1. Empirisch onderzoek, implementatie
2. Ontwikkeldonderzoek, implementatie

De meeste van deze projecten richtten zich specifiek op volwassenen (n=27) of jongeren (n=19). Een deel was transdiagnostisch, maar de meerderheid van de projecten was gericht op specifieke diagnostische groepen (Figuur 3). De meeste doelgroepspecifieke projecten waren gericht op depressie en/of angststoornissen. Een aantal initiatieven ontving meerdere subsidies, waaronder MARIO voor literatuuronderzoek en ontwikkeling van een preventiemodule voor kinderen van ouders met een depressie, en ook @ease/ENYOY voor de (door)ontwikkeling van een eHealthplatform en peer-support interventies, maar ook voor kosteneffectiviteitsberekeningen.

Figuur 3: Projectdoelgroepen



1. Angst, depressie, bipolariteit

‘De meeste projecten over ‘voorkomen van erger’ waren gericht op behandeling (n=18), op verschillende type preventie (n=16), en/of op vroege signalering (n=14), waarbij er minder projecten gingen over het leren leven met (chronische) psychische klachten of kwetsbaarheid. Op het gebied van wachtlijstproblematiek waren er enkele projecten die keken naar effectievere triage en instroom in zorg, en 4 projecten die wachtlijstondersteuning ontwikkelden. Veel projecten gingen over preventie (bijv. vroegsignalering of behandeling) en organisatie van zorg. Opvallend was dat er met name veel projecten gericht waren op zelfmanagement, en minder op vormen van veerkracht of herstel (Figuur 4).

“Samenwerking met belangenorganisaties kwam veel voor, maar samenwerking met de eerste lijn, sociaal domein of maatschappelijke organisaties minder vaak.”

Figuur 4: Toegepaste concepten in de projecten



Kwalitatieve beschouwing

Voor meerdere projecten was er overlap tussen de thema's 'voorkomen van erger' en 'zelfregie', wat maakt dat aanvullende inzichten opgedaan kunnen worden in dat signalement. De gehonoreerde projecten op het thema 'voorkomen van erger', inclusief wachtlijstproblematiek, leverden kennis en producten op rond verschillende onderwerpen. Hieronder worden enkele illustratieve voorbeelden benoemd.

Voorkomen van erger

- **Preventie:** Een deel van de projecten richtte zich op preventie, waaronder projecten op vroege herkenning van (sub) klinische symptomen, en interventies gericht op specifieke hoogrisicogroepen. Meerdere projecten ontwikkelden screeningsinstrumenten of laagdrempelige platforms om vroeg hulp te krijgen. In veel gevallen werd hierbij gebruik gemaakt van eHealth en/of van peer-support. Ook werden interventies in innovatieve settings geïntroduceerd, zoals in onderwijsinstellingen.

STAY-FINE, AmsterdamUMC en Rijksuniversiteit Groningen

In dit langlopende onderzoek worden jongeren die hersteld zijn van angst of een depressie ondersteund door de gepersonaliseerde StayFine eHealthinterventie, gecombineerd met ondersteuning van een ervaringsdeskundige. StayFine is ontwikkeld vanuit evidence-based interventies en richt zich op positief herstel, en is mogelijk breder inzetbaar voor andere populaties.

- **Behandeleffectiviteit:** Veel projecten hadden als doel het (door)ontwikkelen of testen van de effectiviteit van interventies binnen de ggz-behandeling. Het ging hier in veel gevallen om apps of eHealthmodules gebaseerd op bestaande therapieën. Daarnaast werd ook de inzet van relatief nieuwere interventies onderzocht, zoals mindfulness en narratieve psychotherapie, al dan niet ondersteund door ervaringsdeskundigen. Zoals ook beschreven in het signalement 'digitalisering' waren er relatief veel projecten waarbij iets ontwikkeld werd, terwijl er minder aandacht was voor implementatie van deze initiatieven (zogenaamde implementatiekloof).

Organisatie van zorg

- **Nieuwe vormen van zorg/diagnostiek:** De meeste van de projecten op het gebied van 'voorkomen van erger' waren vormgegeven vanuit het perspectief van de ggz (of de academische psychiatrie) en psychiatrische classificaties. Dit perspectief was dan ook leidend in de opgedane kennis en de ontwikkelde interventies. Daarnaast waren er enkele projecten gericht op nieuwe en bredere vormen van zorg en diagnostiek. Dit waren vaak projecten die vanuit een meer herstelgerichte insteek werkten en/of primair plaatsvonden buiten de ggz. Deze projecten hadden veelal een transdiagnostische insteek en gingen over laagdrempelige zorg buiten de ggz, bijvoorbeeld voor jongeren (@ease) of doelgroepen met drempels tot zorg (bijv. etnische minderheden of men-

sen met veel sociaaleconomische stressoren). Deze projecten werden vaak uitgevoerd via actieonderzoek in de wijk, en hadden een pragmatische iteratieve insteek. Bij deze projecten was de eerste lijn regelmatig 'in the lead'.

Casemanager ggz bij de huisarts, Huisartsenpraktijk Kadoelerbreek

Door het introduceren van een casemanager ggz in de huisartsenpraktijk én de introductie van het 4D-model namen verwijzingen naar de ggz sterk af. Het eerstelijns 4D-model integreert vier domeinen (lichaam, geest, sociaal en maatschappelijk). Het verbreedt daarmee psychische hulpvragen waardoor de oplossing vaker in het sociaal domein gevonden kan worden. Deze aanpak kan ondersteunend zijn in het onderbouwen van de werkwijze binnen de Mentale Gezondheidsnetwerken.

- **Regionale samenwerking:** Enkele projecten focusten zich op de slimme regionale organisatie van zorg. Deze projecten boden inzicht in het bieden van passende alternatieven voor ggz, zoals de inloophuizen van @ease, of in het organiseren van effectievere samenwerking tussen ggz, sociaal domein en eerste lijn. Er werden meerdere platforms opgericht om overzicht te geven in zorgaanbod (bijv. over Aanhoudende Lichamelijke Klachten), om zo de patiënt en/of de verwijzer meer autonomie te geven. Ook deze projecten waren vaak actie- of implementatieonderzoeken, waarbij veelal een insteek breder dan de ggz en psychiatrische classificaties gebruikt werd (transdiagnostisch).

Mental Health Verbindt, Radboudumc, Pro Persona en NEO huisartsenzorg

Binnen Mental Health Verbindt werd een bemenst platform ontwikkeld dat een overzicht geeft van de zorg binnen de ggz en ondersteuning in het sociaal domein in de regio Nijmegen. Verwijzers kunnen het initiatief consulteren en verwijzen zo effectiever door. In de evaluatie bleek dat mensen vaker geholpen werden binnen het sociaal domein, door ervaringsdeskundigen en via zelfhulp. Een centraal bemenst overzicht zorgde ook voor betere samenwerking tussen de verschillende partijen in de regio.

Wachttijstproblematiek

- **Verkorting van wachttijden:** Een groot aantal van de projecten gericht op 'voorkomen van erger' leidt indirect tot vermindering van wachttijstproblematiek, namelijk door eerdere en effectievere behandeling. Vroege en passende behandeling vermindert immers psychische klachten, bevordert dat mensen maatschappelijk blijven participeren, en zorgt dat zij minder vaak opnieuw verwezen hoeven worden voor ggz. Dit sluit aan bij de beleidsdoelstelling dat voorkomen beter is dan genezen. Andere projecten richten zich via slimmere organisatie van zorg op verkorting van wachttijsten, door passende triage en verwijzingen (bijv. Mental Health Verbindt) en/of het verbreden van de hulpvraag naar ondersteuning door ervaringsdeskundigen of in het sociaal domein. Opvallend is dat in vrijwel geen van de projecten gericht op initiatieven buiten de ggz deze partijen ook hoofdaanvrager waren. Ook kwam samenwerking met ervaringsdeskundigen of patiëntenverenigingen veel meer voor dan samenwerking met partijen uit het sociaal domein.
- **Wachttijdondersteuning:** Een viertal projecten richtte zich direct op wachttijdondersteuning. Alle projecten hadden een vergelijkbare insteek, namelijk het ontwikkelen en testen van een eHealthmodule gericht op zelfmanagement tijdens

de wachttijd. In drie projecten was de module transdiagnostisch en één project was gericht op mensen met borderline-problematiek. In enkele projecten werd het eHealth-aanbod aangevuld met laagdrempelige steun van bijv. een ervaringsdeskundige.

Wacht @ctief, Lentis

Binnen Wacht @ctief ontvangen mensen minimaal-begeleide eHealthmodules gericht op positieve gezondheid. Er is een focus op zelfhulp en mensen kunnen tijdens het wachten adviezen krijgen van een Wacht @ctief medewerker. Via het actieonderzoek werden ook inzichten opgedaan over het belang van informatie voor naasten en het attenderen op initiatieven zoals herstelacademies tijdens het wachten. Transdiagnostische initiatieven als deze kunnen opgeschaald worden en evidence-based onderbouwing geven voor bijv. beleidsdoelen zoals 'wachtlijstondersteuning' uit de Versterkingsagenda van VWS.



4. Huidige stand van zaken

Het is evident dat er sprake is van grote beleidsvragen op het gebied van psychische gezondheid en de organisatie van ggz. Er tekent zich een beeld af waarbij bepaalde concepten regelmatig terugkeren als oplossingsrichting. Het gaat dan bijvoorbeeld over contextgedreven integrale benadering van preventie van psychische klachten, inzet op Mentale Gezondheidsnetwerken en passende zorg, maar ook de bevordering van individuele veerkracht en zelfredzaamheid.

Contextgedreven preventie

Contextgedreven preventie is een vorm van preventie waarbij de interventies worden afgestemd op determinanten uit de individuele leefomgeving, zoals woonsituatie of sociale steun. Door een bredere kijk op contextuele oorzaken van psychische klachten kunnen problemen eerder stabiliseren en verwijzingen naar de ggz afnemen.

Integrale preventie

Integrale preventie is een domeinoverstijgende aanpak van preventie van psychische klachten waarbij breed ingezet wordt op beleid op gebied van onderwijs, werk en wonen, naast de zorg. Ook dit pakt de oorzaken van psychische klachten aan, wat leidt tot minder beroep op de ggz.

Mentale Gezondheidsnetwerken

Mentale Gezondheidsnetwerken zijn regionale samenwerkingen tussen de eerste lijn, sociaal domein en ggz om passende (integrale) zorg te leveren. Er wordt verondersteld dat deze vorm van organisatie leidt tot een verschuiving van de ggz-vraag naar bijvoorbeeld ondersteuning in het sociaal domein.

Passende zorg

Passende zorg is een manier van organisatie van zorg waarbij onder andere gekeken wordt naar werkzaamheid, nabijheid, en een verminderde focus op ziekte. Ook hier wordt verwacht dat deze vorm van zorg leidt tot verschuiving van zorg in de ggz naar ondersteuning in het sociaal domein.

Veerkracht

Veerkracht is een persoonskenmerk dat individueel aanpassingsvermogen beschrijft. Veerkracht kan beschermen tegen psychische klachten wanneer mensen blootgesteld worden aan stressoren. Veerkracht wordt ook gebruikt om het aanpassingsvermogen van een samenleving te beschrijven. Een veerkrachtige samenleving heeft minder ggz-vraag is de veronderstelling.

Zelfredzaamheid

Zelfredzaamheid is het individuele vermogen om zelfstandig te functioneren op verschillende levensdomeinen. Aangezien zelfredzame mensen minder beroep doen op formele zorg is het idee dat inzet op zelfredzaamheid wachttijden voor ggz verkort.

Voor meerdere van deze oplossingsrichtingen geldt dat de onderliggende conceptuele kennis (nog) niet volledig uitgewerkt is, en is niet duidelijk of internationaal beschreven inzichten in toto toegepast kan worden op de Nederlandse situatie. Wat zijn bijvoorbeeld de mechanismen van verbetering en voor welke (sub)groepen zijn deze concepten effectief? Beter inzicht in deze concepten informeert beleidsmakers en zorgverleners over effectief preventiebeleid en efficiënte organisatie van zorg.

Daarnaast is het onduidelijk hoe initiatieven in bijvoorbeeld het AZWA, die zich op bovenstaande doelstellingen richten, op een evidence-based wijze aangepast en geïmplementeerd kunnen worden in de Nederlandse praktijk. Het gaat hierbij om te beginnen over systeemvragen. Het ontbreekt bovendien in gevallen ook aan onderliggende kennis, bijvoorbeeld over de effectiviteit van de inzet van ervaringsdeskundigen en het sociaal domein, waar in een hervormd stelsel een groter beroep op gedaan zal worden.

Wanneer er meer ingezet gaat worden op brede maatschappelijke preventie en op ondersteuning van psychische hulpvragen buiten de ggz, zal dus ook meer geïnvesteerd moeten worden in fundamentele kennis en systematische implementatie/evaluatie binnen deze 'nieuwe' sectoren.

De uitdaging hierin is om tot een goede mix van onderzoek te komen, waarbij er representatie is van verschillende partijen en ook van passende methodologie. Als het doel 'voor-

komen van erger' is, zullen de onderzoeksonderwerpen vaker verder aflaggen van de psychiatrie in engere zin en zal dit vaker gaan over transdiagnostische groepen en thema's. Ook zal onderzoek in andere settings worden uitgevoerd (nl. minder in de zorg, meer in de wijk of bij welzijnsinitiatieven) en is meer aandacht nodig voor actie- en implementatieonderzoek, bredere samenwerkingen en langlopende projecten. Tegelijkertijd is er ook behoefte aan een gedifferentieerd beeld, waarbij er bekend is of interventies (en implementatie hiervan) effectief zijn bij verschillende subgroepen. In welke mate is contextgedreven preventie verschillend bij personen die sociaal al goed functioneren versus mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen? Zijn er sekse- en genderverschillen in effectiviteit? Welke regionale verschillen bestaan er in de risicofactoren die meegenomen moeten worden in een preventiebeleid dat rekening houdt met de leefomgeving? In het signalement 'jeugd' wordt bijvoorbeeld ook beschreven tegen welke uitdagingen kinderen en jongeren aan lopen, en wat de implicaties voor preventie daar zijn.

“Een vervolgprogramma kan meer impact hebben op ‘voorkomen van erger’ als er naast de ervaringsdeskundigen een representatieve samenstelling is van de programmacommissie.”



5. Vooruitblik en aanbevelingen voor een vervolgprogramma

Tien jaar Onderzoeksprogramma ggz heeft veel waardevols opgeleverd op het thema 'voorkomen van erger', inclusief wachtlijstproblematiek: niet alleen is er kennis ontwikkeld en geïmplementeerd, ook is te zien dat de samenwerking met ervaringsdeskundigen gemeengoed is en er gebruik gemaakt wordt van verschillende type onderzoeksmethoden. De evaluatie van dit programma valt samen met een aantal grote beleidsontwikkelingen op het gebied van psychische gezondheid en ggz. Het is van belang te vermelden dat een waardevolle mix van onderzoek bestaat uit fundamenteel en toegepast onderzoek. Vanuit de geschetste beleidsontwikkelingen en de ervaringen met het Onderzoeksprogramma kunnen 4 aanbevelingen voor een vervolgprogramma geformuleerd worden. Meerdere van deze aanbevelingen komen overeen met punten uit de andere signaleringen.

1. Prioriteer transdiagnostisch onderzoek ter onderbouwing van beleidsontwikkelingen

Voor effectief beleid is het van belang dat onderzoekers uit diverse disciplines kennis genereren over transdiagnostische concepten die centraal staan in ggz-beleid (bijvoorbeeld in de Versterkingsagenda Mentale gezondheid & ggz (9)). Het gaat dan bijvoorbeeld over achtergronden over en concrete toepassing van concepten zoals sociale cohesie, veerkracht of zelfredzaamheid. Onderzoek van deze aard zal vaak multidisciplinair zijn. Daarnaast kan onderzoek verder inzicht geven in evidence-based implementatie van zorgmodellen anders dan het medische model, zoals beschreven in de Zorgakkoor-

den (bijv. de Mentale Gezondheidsnetwerken). Opvallend is dat beleid en zorgverlening zich ontwikkelen in de richting van een type hulpverlening waar binnen het Onderzoeksprogramma ggz nog weinig aandacht voor is, en waarover ook nog beperkte kennis is. Er is dan ook nog beperkt sprake van evidence-based werkwijzen. Specifiek is het van belang dat ingezet wordt op onderzoeken ter onderbouwing van de inzet van ervaringsdeskundigheid (in diverse settings) en van indicatiestelling en invulling van ondersteuning in het sociaal domein.

Ten aanzien van onderzoek gericht op wachtlijstproblematiek moet er zowel aandacht zijn voor vermindering van wachtlijsten (door preventie en verbeterde zorgtoeleiding) als voor verminderen van lijden tijdens de wachttijden. Op beide vlakken is al veel kennis opgedaan en zijn meerdere initiatieven ontwikkeld, waarmee de uitdagingen voornamelijk liggen op het vlak van implementatie en opschalen.

Adviezen:

1. Faciliteer transdiagnostisch onderzoek buiten de academische context
2. Investeer in de evidence-base van ondersteuning door ervaringsdeskundigen en in het sociaal domein.

2. Beloon lange termijn onderzoek, kennissynthese en duurzame implementatie

Uit de analyse van de gehonoreerde projecten blijkt, en dit werd onderkend door de geïnterviewde onderzoekers, dat er bij onderzoekers en financiers een neiging is om vooral nieuwe kennis en output te ontwikkelen en minder aandacht te hebben voor het doorontwikkelen en implementeren van bestaande kennis. Ook de projecten met kortere duur (bijv. <2 jaar) belonen korte cycli van ontwikkeling, en geven vooral

inzicht in korte termijn uitkomsten. De gedachte wordt breed gedragen dat op veel onderwerpen van ‘voorkomen van erger’ en wachtlijstproblematiek al veel bekend is, voornamelijk over de korte termijn uitkomsten van interventies voor specifieke doelgroepen. Er is nog veel minder bekend over de lange termijn uitkomsten, bredere generalisering voor andere diagnosegroepen of mensen in preklinische fase. In de gevallen dat er wel voldoende kennis is, bestaat er bovendien vaak een gat in de praktijkimplementatie, waardoor kennis niet de beoogde impact heeft. Om deze redenen zou een vervolg Onderzoeksprogramma langdurige projecten moeten prioriteren waarin synthese en implementatie centraal staan (bijv. tenminste 3-5 jaar van duur). Met het oog op ‘voorkomen van erger’ beslaan deze projecten dan zowel (transdiagnostische) klinische groepen, maar ook groepen die (nog) geen klinische psychische problemen hebben.

Binnen de klinische groep is er nu vaak met name kennis over korte termijn herstel, maar dient er ook voldoende aandacht te zijn voor voorkomen van terugval en het bevorderen van zelfmanagement in geval van risico op terugval. Ook het actief betrekken van de leefomgeving (context) kan bijdragen aan zelfmanagement en adequaat handelen bij terugval.

Adviezen:

3. Financier voornamelijk langlopend onderzoek (bijv. tenminste 3-5 jaar).
4. Zorg voor een goede balans tussen (kennis) ontwikkeling en implementatieprojecten in het Onderzoeksprogramma als geheel.

3. 'Voorkomen van erger' vraagt om passende onderzoeksmethoden

Onderzoekers met gehonoreerde projecten binnen het afgelopen Onderzoeksprogramma ervaren dat bepaalde onderzoeksmethoden een relatief hoge kans op honorering van subsidie hebben. Het gaat dan om methoden die in het medisch model het hoogst gewaardeerd worden (nl. de gerandomiseerde klinische studie, RCT) en/of die in een gecontroleerde omgeving plaatsvinden (nl. homogene klinische populaties) en/of waar een interventie ontwikkeld of getest wordt, het liefst met kwantificeerbare uitkomsten. Het wordt ervaren dat de vorm van het onderzoek daarbij belangrijker lijkt dan de bredere maatschappelijke relevantie.

Onderzoekers hebben zelf de indruk dat meer iteratieve of kwalitatieve onderzoeksmethoden zich vaak beter lenen voor complexere of transdiagnostische projecten. Dergelijke projecten bieden mogelijkheden om beter aan te sluiten bij de multidimensionele problemen in de huidige ggz. Onderzoekers ervaren drempels om ook dit type projecten in te dienen op subsidieoproepen. Wanneer een vervolg Onderzoeksprogramma impactvol wil zijn op 'voorkomen van erger', en kennis toepasbaar moet zijn voor mensen waarbij meer gelaagde problematiek of barrières tot onderzoek spelen, dan moet er meer ruimte zijn voor actie-, implementatie- of kwalitatief onderzoek.

De impact van de projecten hangt ook samen met wie het onderzoek uitvoert en in welke context dit plaatsvindt. In dit kader vielen twee zaken op: ten eerste heeft de missie dat onderzoek relevant moet zijn voor patiënten geleid tot significante betrokkenheid van ervaringsdeskundigen in de meerderheid van de gehonoreerde projecten. Dit laat zien dat het nadenken over oproepdoelstellingen en projectbeoordelingen leidt tot betekenisvolle uitkomsten. Anderzijds is het opvallend dat, ondanks de omvang en belang van het veld, in geen van de projecten het sociaal domein 'in the lead' was, en dat veel projecten vanuit academische of behandelcentra

werden uitgevoerd. Advies is daarom ook, om bij een vervolgprogramma, een significant deel van de projecten primair plaats te laten vinden buiten de ggz, en waarbij partijen uit het sociaal domein fungeren als projectleider.

Adviezen:

5. Waardeer naast 'klassieke' onderzoeksmethoden, zoals de RCT, ook implementatie- en actieonderzoek.
6. Stimuleer aanvragen voor onderzoeksprojecten vanuit het sociale domein.

4. Verminder barrières in de aanmelding en selectie van projecten op het gebied van 'voorkomen van erger'

Wanneer er meer aandacht komt voor contextgedreven preventie en ondersteuning vanuit het sociaal domein, in tegenstelling tot de ggz, dan zal er ook een grotere rol zijn voor sociaal wetenschappers, of onderzoekers die werken in het sociaal domein of 'in de wijk'. Uit gesprekken met onderzoekers blijkt dat deze groepen vaak barrières ervaren in het aanmelden en kwalificeren voor ZonMw subsidies. Het gaat bijvoorbeeld om de administratieve en juridische verplichtingen bijkomend bij een subsidie, waarvoor veel kleinere instellingen onvoldoende overhead beschikbaar hebben. Enkele voorbeelden zijn de de-minimisverklaring, consortiumovereenkomsten, (herhaalde) administratieverplichtingen en financiële verantwoording. Deze verplichtingen zijn mogelijk een verklaring waarom academische centra oververtegenwoordigd zijn in de projecten. Advies aan ZonMw is om deze administratieve eisen bewust af te wegen tegen de doelstelling om breed en inclusief onderzoek te financieren.

Ten slotte lijkt ook de samenstelling van de programma-commissie van belang in het waarderen en selecteren van projecten. Een vervolgprogramma kan meer impact hebben op 'voorkomen van erger' als er naast de ervaringsdeskundigen een representatieve samenstelling is binnen de programmacommissie, waarin ook onderzoekers uit het sociaal domein en/of de eerste lijn vertegenwoordigd zijn evenals experts op het gebied van actie-, implementatie- en kwalitatief onderzoek. De verwachting is dat ingediende projecten dan zorgvuldiger beoordeeld worden op hun kwaliteit en relevantie buiten de klinische of academische context.

Adviezen:

7. Verminder barrières voor partijen uit bijvoorbeeld het sociaal domein en de sociale wetenschap tot het indienen van subsidies binnen het Onderzoeksprogramma.
8. Zorg voor expertise in de programmacommissie op het gebied van het sociaal domein en/of onderzoeksmethodieken zoals implementatie- en actieonderzoek.

De brede kijk op preventie en een zorgsysteem in transitie vragen ook om een Onderzoeksprogramma ggz dat meebeweegt. Wanneer er voldoende aandacht is voor zowel inhoudelijke prioritering, het stimuleren van passende onderzoeksmethoden, maar ook de procedures van aanmelding en selectie, dan zal een vervolgprogramma maximaal impact hebben op 'voorkomen van erger' en wachtlijstproblematiek.

“Als het doel ‘voorkomen van erger’ is, zullen de onderzoeksonderwerpen vaker verder aflaggen van de psychiatrie in engere zin en zal dit vaker gaan over transdiagnostische groepen en thema’s.”



Dankbetuiging

Hartelijk dank aan de onderzoekers en projectleiders voor het delen van hun ervaringen, aan de mede Impact Leaders voor het uitwisselen van inzichten, en aan Pieter van Megchelen en de medewerkers van ZonMw voor hun ondersteuning in de totstandkoming van het signalement.



Bronnen

1. Van Bon-Martens, M., Boekee, R., Ramaker, V., Chavez Baldini, U., Luik, A., Verkaik, R., Savelkoul, M., Leone, S., & Hiemstra, M. (2025). Monitor mentale gezondheid: Landelijke rapportage 2025 (RIVM-rapport 2025-0053). Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. <https://doi.org/10.21945/RIVM-2025-0053>
2. Shields-Zeeman, S., Schaap, A., van Baar, J. & Bos, N. (2025). Mentale gezondheid in alle beleidsdomeinen: Achtergrond en adviezen voor landelijk beleid (Rapport AF2179). Trimbos-instituut. https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2025/10/TRIAF2170-Rapport-Mentale-gezondheid-in-alle-beleidsdomeinen_V7.pdf
3. Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2025). Op de rem! Voorbij de hypernerveuze samenleving (RVS-2025-04). RVS. <https://www.raadrvs.nl/adviezen/o/op-de-rem---voorbij-de-hypernerveuze-samenleving>
4. MIND, de Nederlandse ggz, Nederlands Instituut van Psychologen, & Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2025). Perspectief op een mentaal gezonder 2035. MIND/ NVvP/NIP/deNLggz. https://nip.nl/wp-content/uploads/pdfs/3903-Brochure-mentaal-gezonder-2035_WTK-2-1-1.pdf
5. De Nederlandse ggz, Ineen, Landelijke Huisartsenvereniging, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, & Zorgverzekeraars Nederland. (2024). Werkwijze ontwikkeling mentale gezondheidsnetwerken. Programma Mentale Gezondheidsnetwerken. <https://www.mentalegezondheidsnetwerken.nl/kennisbank/>

6. Rijksoverheid. (2025). Uit balans: IBO mentale gezondheid en ggz. Ministerie van Financiën/Ministerie van VWS. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2025/10/03/uit-balans-ibo-mentale-gezondheid-en-ggz>
7. Magnée, T., Nuijen, J., Van der Hoeven, C., & Knottnerus, B. (2025). Bruggen slaan en navigeren op weg naar herstel: Eindrapport van een onderzoek onder patiënten, naasten, huisartsen en POH's-GGZ naar de impact van de ggz-wachttijden en ervaringen met ondersteuning tijdens de wachttijd. Nivel. <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/bruggen-slaan-en-navigeren-op-weg-naar-herstel-eindrapport-van-een-onderzoek-onder>
8. Schutjens, V., Nuijen, J., & Magnée, T. (2024). In de wachtstand: Een literatuurinventarisatie naar de impact van wachttijden in de ggz op patiënten, naasten, huisartsen en POH's-GGZ. Trimbos-instituut. <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/de-wachtstand-een-literatuurinventarisatie-naar-de-impact-van-wachttijden-de-ggz-op>
9. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2025, december). Versterkingsagenda mentale gezondheid & ggz: Samen gezond, fit en veerkrachtig. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2025/12/17/versterkingsagenda-mentale-gezondheid-ggz>
10. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2016). Opdrachtbrief ZonMw: Onderzoeksprogramma ggz [Interne opdrachtbrief]. Ministerie van VWS.
11. ZonMw. (z.d.). Programmatekst onderzoeksprogramma ggz. ZonMw. Geraadpleegd op 11 maart 2026, van <https://www.zonmw.nl/nl/programma/onderzoeksprogramma-ggz>

Tim van de Grift

Psychiater-seksuoloog bij de genderpoli van het Zaans Medisch Centrum, onderzoeker bij de genderpoli van Amsterdam UMC en Impact Leader op het thema: 'Voorkomen van erger'.



4 Impact Leaders deden een jaar lang onderzoek naar de impact van 10 jaar onderzoek in de ggz.

Lees ook de andere signalementen:

[Samen zorgen voor
mentaal gezonde jongeren](#)

Door: Patty Leijten

[Verdieping en verankering
van zelfregie](#)

Door: Derek de Beurs

[Data en digitalisering
in de ggz](#)

Door: Edwin van Dellen



Laan van Nieuw Oost-Indië 334
2593 CE Den Haag
Tel. 070 349 51 11
www.zonmw.nl
info@zonmw.nl

www.zonmw.nl

MET KENNIS WERKEN AAN
EEN GOEDE GEZONDHEID
VOOR IEDEREEN