

Mentale gezondheid in alle beleidsdomeinen

Achtergrond en adviezen voor landelijk beleid





Mentale gezondheid in alle beleidsdomeinen

Achtergrond en adviezen voor landelijk beleid

Colofon

Auteurs

Laura Shields-Zeeman (Trimbos-instituut)
Annemarijn Schaap (Trimbos-instituut)
Jeroen van Baar (Trimbos-instituut)
Nina Bos (Trimbos-instituut)

Met medewerking van

Stephanie Leone (Trimbos-instituut)
Nicoline Tamsma (RIVM)
Faith Thompson (Trimbos-instituut)
Denis Wiering (ImpactPunt)
Desirée Spronk (Trimbos-instituut)
Patrick van Ieperen (Trimbos-instituut)
Marja van Bon-Martens (Trimbos-instituut)

Opdrachtgever en financier

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Vormgeving

Canon Nederland N.V.

Beeld

Gettyimages.nl

Dit rapport is gratis te downloaden via www.trimbos.nl, artikelnummer **AF2170**.

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030 – 297 11 00

© 2024, Trimbos-instituut, Utrecht

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

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1 Inleiding	6
1.1 De aandacht voor mentale gezondheid neemt toe	6
2 Integraal werken aan mentale gezondheid: achtergrond en ervaringen	8
2.1 De oorsprong van de (Mental) Health in all Policies benadering	8
2.2 De oorspronkelijke elementen van de Mental Health in All Policies benadering	8
2.3 Belemmeringen om MHiAP te implementeren	10
3 De eerste stappen naar een succesvolle implementatie van MHiAP	13
3.1 Gedeelde visie	13
3.2 Concrete samenwerking	13
3.3 Het evalueren van MHiAP	14
Tot slot	16
Bijlage: Ervaringen uit binnen- en buitenland	17
Bronnen	20



Om de mentale gezondheid in Nederland structureel te verbeteren is het een vereiste dat dit thema integraal benaderd wordt. Mentale gezondheid hangt immers sterk samen met omstandigheden zoals inkomen en behuizing. Dit noemt men de Mental Health in All Policies benadering. Dit rapport benadrukt de relevantie van MHiAP in het huidige beleidsklimaat en schetst de voordelen maar ook de uitdagingen voor implementatie. De kernprincipes en oorsprong van deze benadering worden beschreven en er worden aanbevelingen gedaan voor het implementeren van MHiAP, zoals het starten met een gedeelde visie, het ontwikkelen van concrete samenwerkingsprojecten en het meten van beleidseffecten met behulp van tools zoals de Mental Health Impact Assessment (MHIA). Dit rapport is een eerste advies hoe te starten met de implementatie van MHiAP. In de toekomst zal er een vervolg worden opgesteld met meer handvatten en adviezen voor de implementatie.

1 Inleiding



1.1 De aandacht voor mentale gezondheid neemt toe

De mentale gezondheid in Nederland staat de laatste jaren steeds meer onder druk. In 2007-2009 had 17% van de volwassen bevolking (18-64-jarigen) een DSM-IV psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden. In 2019-2022 was dit toegenomen naar 26%. De toename in psychische aandoeningen blijft zichtbaar als we rekening houden met veranderingen in demografische kenmerken in de bevolking over de tijd. Ook onder jongeren zijn de cijfers zorgwekkend. Volgens het meest recente onderzoek van *Health Behavior in School-Aged Children* (HBSC- 2021) in Nederland heeft in het voortgezet onderwijs 44% van de meisjes en 13% van de jongens emotionele problemen¹ (Boer et al., 2022). In de *Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs* (tweede meting, 2023) bleek dat ongeveer 44% van de 32.000 ondervraagde studenten depressie- of angstklachten had (Nuijen et al., 2023).

In veel landen is er steeds meer aandacht voor mentale gezondheid in landelijk, regionaal en lokaal beleid. Ook in Nederland maakt mentale gezondheid inmiddels onderdeel uit van diverse beleidskaders en documenten. Enkele voorbeelden van nationaal beleid, waar mentale gezondheid onderdeel van uitmaakt:

- De aanpak 'Mentale gezondheid: van ons allemaal' is in 2022 door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), in samenwerking met het ministerie Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) en ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), gelanceerd. De aanpak is gericht op vijf verschillende leefdomeinen; de maatschappij, de buurt, het onderwijs, het werk en de online omgeving. Binnen de aanpak is er aandacht voor de achterliggende problematiek en sociaal maatschappelijke vraagstukken en specifieke vermelding van een mental health in all-policies benadering.
- Het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA), is in 2023 gesloten door de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), de GGD'en, de zorgverzekeraars en de Rijksoverheid. Het GALA richt zich hoofdzakelijk op het bouwen aan een fundament voor een gerichte aanpak op het gebied van preventie, gezondheid en sociale basis, waarin een gezonde samenleving centraal staat. Een van de doelen van het GALA is versterking van de mentale weerbaarheid en mentale gezondheid.
- Het Integraal Zorgakkoord (IZA) is in 2022 getekend tussen het ministerie van VWS en een groot aantal partijen in de zorg. Dit akkoord is erop gericht de zorg, waaronder de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), in de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar te houden.
- De 'Derde landelijke agenda suïcidepreventie 2021-2025' is in 2020 opgesteld door 113 zelfmoord preventie, in opdracht van het ministerie van VWS.

1 Met psychische 'problemen' of 'klachten' doelen we op negatief ervaren aspecten van de mentale gezondheid die niet per se de omvang en ernst hebben van een psychische aandoening.

Alle beleidsdomeinen kunnen invloed hebben op de mentale gezondheid en kunnen er zowel positief als negatief aan bijdragen (Green et al., 2021). Dit blijkt ook uit diverse nationale en internationale literatuur en onderzoeken. Uit een recente kennissynthese over sociale determinanten van mentale gezondheid blijkt dat werk en inkomen en sociale uitkeringen een belangrijke effect hebben op mentale gezondheid (van Baar et al., 2022). Het recente NEMESIS-3 onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat Nederlanders met een relatief laag inkomen (de laagste 33% van de inkomensverdeling) een bijna anderhalf keer zo hoog risico hebben op een psychische aandoening vergeleken met mensen met een relatief hoog inkomen (ten Have et al., 2023). Bepaalde leefomstandigheden kunnen er voor zorgen dat mensen in een neerwaartse spiraal van psychische klachten en sociaal-maatschappelijke tegenslag terecht komen (ten Have et al., 2023).

Volgens schattingen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) bepalen verschillen in leefomstandigheden, inkomenszekerheid en het sociale vangnet samen zo'n 76% van de verschillen in mentale gezondheid tussen de minst en meest mentaal gezonde bewoners (World Health Organization Regional Office for Europe, 2019). Dit soort cijfers leveren aangrijpingspunten op voor het bevorderen van mentale gezondheid en het voorkomen van psychische aandoeningen. Beleidskeuzes van de overheid (op nationaal, regionaal en lokaal niveau) kunnen de leefomstandigheden van inwoners daadwerkelijk veranderen (Gezondheidsraad, 2022). De bewustwording van deze samenhang zien we onder andere terug in de hierboven genoemde beleidsstukken GALA, IZA, en de landelijk aanpak Mentale gezondheid van ons allemaal. Met name in de landelijke aanpak mentale gezondheid is er aandacht voor de achterliggende problematiek en sociaal maatschappelijke vraagstukken en specifieke vermelding van een mental health in all-policies benadering. Deze visie wordt onderschreven in het 'Healthier Together'-initiatief van de Europese Commissie. Hierin zijn de beleidsprioriteiten op het gebied van mentale gezondheid vastgesteld door EU-lidstaten, en Mental Health in All Policies (MHiAP) staat bovenaan. Daarnaast heeft de EU Council de MHiAP-benadering erkend in de European Council Conclusions.

Overheidsbeleid gericht op verschillende domeinen zoals werk en inkomen, cultuur en onderwijs, financiën, technologie, milieu, openbare ruimten, openbaar vervoer en voorzieningen in het sociaal domein, kunnen bewoners ondersteunen om in een opwaartse spiraal te komen of mentaal gezond te blijven. Om mentale gezondheid te integreren en adresseren in andere beleidsdomeinen is integrale samenwerking vereist, dit wordt ook wel de MHiAP-benadering genoemd.

De ervaring leert echter dat de stap van bewustwording van het belang van een MHiAP-benadering naar implementatie een grote is. Het voorliggende document biedt inzicht in de achtergrond van MHiAP, ervaringen uit andere landen en advies voor implementatie in Nederland. We delen inzichten uit de literatuur, uit interviews met experts, en voorbeelden uit binnen- en buitenland, om inspiratie te bieden hoe integraal te werken aan mentale gezondheid.

2 Integraal werken aan mentale gezondheid: achtergrond en ervaringen



2.1 De oorsprong van de (Mental) Health in all Policies benadering

In 1978 werd de focus op de onderliggende maatschappelijke oorzaken van (on)gezondheid vastgelegd in de verklaring van Alma-Ata over eerstelijnszorg van de Wereldgezondheidsorganisatie en UNICEF: *"Het bereiken van het hoogst mogelijke niveau van gezondheid is een zeer belangrijk wereldwijd sociaal doel, waarvan de realisatie actie vereist van vele andere sociale en economische sectoren in aanvulling op de gezondheidssector."* In 1986 vulde de Ottawa Charter aan: *"Gezamenlijke actie door vele sectoren van de maatschappij zal zorgen voor gezondere publieke diensten en schonere en prettigere leefomgevingen. Daarom beloven de deelnemers aan de Ottawa Conference om zich in te zetten voor een duidelijke politieke commitment aan gezondheid en gelijkheid in alle sectoren [...]."* En tijdens de *Eighth Global Conference on Health Promotion* in 2013 werd een formele definitie opgesteld van *health in all policies* (HiAP): *"Gezondheid in alle beleidsdomeinen is een benadering van overheidsbeleid door sectoren heen, dat systematisch overweegt wat de gezondheidsimplicaties zijn van beleidskeuzes, synergie zoekt, en negatieve gezondheidseffecten vermijdt om de volksgezondheid en gelijkheid daarvan te bevorderen."* (World Health Organization, 2014).

Sinds dit statement is uitgekomen hebben veel landen het belang van de HiAP-benadering onderstreept en ingebed in landelijk of regionaal beleid. Ook hebben veel landen deze benadering opgenomen in nationale en regionale beleidsdocumenten die gericht zijn op mentale gezondheid. Een aantal van deze landen zijn: Engeland, Schotland, Oostenrijk, Wales, Finland, Ierland, Canada en Nieuw-Zeeland.

Ook in Nederland is al decennia aandacht voor HiAP. Zo was er sinds 1989 bijvoorbeeld al de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid, waarin gemeenten zorg dienden te dragen voor het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen. De recente aandacht voor HiAP in Nederland is dus eigenlijk een hernieuwd bewustzijn van een vergelijkbaar concept uit het verleden.

2.2 De oorspronkelijke elementen van de Mental Health in All Policies benadering

MHiAP is gebaseerd op HiAP waarbij de primaire uitkomst gericht is op mentale gezondheid. De componenten van een "gezondheid in alle beleidsdomeinen"-benadering zijn door de WHO (World Health Organization, 2014) als volgt opgenomen in het Helsinki Statement:

- 1 *Bepaal behoeften en prioriteiten voor HiAP.* Stel bijvoorbeeld vast welke belangrijke beleidskeuzes van buiten de gezondheidssector een grote impact hebben op de volksgezondheid en welke alternatieve keuzes er mogelijk zijn. Maar ook: bepaal hoe bevorderlijk de beleidscontext is voor HiAP en welke actoren wel of niet bereid zullen zijn om mee te denken in HiAP.
- 2 *Bepaal kaders voor het plannen van actie.* Dit houdt in dat je je een beeld vormt van hoe strategische beleidskeuzes worden gemaakt in domeinen buiten de gezondheidssector en op welke manier gezondheid kan worden verbonden aan deze strategische plannen.
- 3 *Identificeer relevante beleidsstructuren en -processen.* Bepaal welke partijen en samenwerkingsverbanden van belang kunnen zijn voor het implementeren van de HiAP-visie in verschillende beleidsdomeinen. *Bijvoorbeeld: wie kan kartrekker zijn voor positieve gezondheidsimpact binnen het domein van ruimtelijke ordening?*
- 4 *Meet impact en organiseer betrokkenheid.* Hier gaat het om het meten van de impact die beleidskeuzes hebben (gehad) op gezondheidsuitkomsten. Dat kan bijvoorbeeld via beleidsevaluatie, of door gebruik van tools zoals een Health Impact Assessment (HIA), een systematisch proces dat wordt gebruikt om de gezondheid gerelateerde gevolgen van beleidsbeslissingen te evalueren op basis van participatieve methoden. Onder deze stap valt ook het organiseren van betrokkenheid onder burgers van wie de gezondheid door de beleidskeuze(s) wordt beïnvloed.
- 5 *Monitor de voortgang en stel bij waar nodig.* Stel vast welke vooruitgang er is geboekt door het nemen van een HiAP-benadering en probeer lering te trekken uit goede en minder goede ervaringen.
- 6 *Training.* Het is belangrijk dat beleidsmakers (én bewoners) weten hoe (mentale)gezondheid ontstaat en hoe samenwerking tussen de verschillende beleidsdomeinen van de grond komt.

Op de vraag wie de verantwoordelijkheid moet nemen voor deze stappen wordt geen eenduidig antwoord gegeven in de Helsinki Statement. Zij constateren dat in de meeste gevallen de gezondheidssector het voortouw zal moeten nemen, in samenwerking met andere beleidsdomeinen (Greer et al., 2022).

In discussies en rapporten over HiAP wordt het win-win effect vaak als argument benoemd waardoor andere beleidsdomeinen aan gezondheid zouden moeten werken. We weten dat mentale gezondheid wordt beïnvloed door en invloed heeft op andere domeinen. Maar de winst die andere beleidsdomeinen kunnen boeken door mentale gezondheid op te nemen in hun beleidsdoelen wordt vaak nog onvoldoende belicht.

Veel kosteneffectieve interventies die bijdragen aan mentale gezondheid worden uitgevoerd door domeinen buiten het gezondheidsdomein daar waar de economische besparingen groot kunnen zijn (Joint Action for Mental Health and Wellbeing, 2015). Denk bijvoorbeeld aan programma's gericht op het bevorderen van mentale gezondheid op de werkvloer die besparingen opleveren voor de werkgever als gevolg van verbeterde productiviteit en lager ziekteverzuim, of investeringen in preventieprogramma's voor pesten op school die besparingen opleveren voor het onderwijs en de arbeidsmarkt maar ook voor de GGZ sector. Of het effect van interventies in de jeugdzorg of jeugd GGZ die voordelen opleveren voor de justitiële sector (OECD, 2023b).

Naast kostenoverwegingen weten we dat mentale gezondheid voordelen oplevert op andere gebieden. Bijvoorbeeld een integrale aanpak bij scholen, die zich richt op een mix van beleidsmaatregelen en interventies, kan positieve resultaten opleveren voor het mentaal welbevinden van jongeren, de schoolprestaties verbeteren en schooluitval verminderen. Een ander voorbeeld is dat de afname in het gevoel van onveiligheid in een buurt bijdraagt aan betere mentale gezondheid. Deze afname draagt ook bij aan bijvoorbeeld de sociale cohesie in de buurt. Dit zijn geen uitputtende voorbeelden en er wordt steeds meer onderzoek gedaan naar de korte- en langetermijneffecten van het opnemen van mentale gezondheid in andere beleidsdomeinen dan gezondheid.

2.3 Belemmeringen om MHiAP te implementeren

Al in 2009 schreef de Raad voor Volksgezondheid en Zorg: “[...] in de praktijk blijkt het moeilijk om sectoren tot een extra inspanning te bewegen, en om intersectoraal te werken. Soms is het belang voor de sector in kwestie niet zo groot, terwijl wel een flinke inspanning nodig is om verschil te maken. Soms weet men niet wat er allemaal kan. Soms is er al zoveel te doen dat een nieuw speerpunt niet meteen de aandacht krijgt.” (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2009). Dit hangt ook samen met de politieke bereidheid om open te staan voor een dergelijk beleidskader. Ook in 2014 stelde een team onderzoekers vast dat in Nederlandse gemeenten vaak wel het belang van HiAP wordt erkend, maar dat men er desondanks niet in slaagt om daadwerkelijk integraal aan de slag te gaan met gezondheidsbevordering (Storm et al., 2014).

Waar lopen (M)HiAP-aanpakken op vast? Verschillende belemmeringen komen naar voren uit onderzoek in Nederland en het buitenland.

Eenzijdige belangen, verschillende definities en diverse (juridische) kaders

Een veelgenoemde belemmering is dat bij een HiAP-aanpak de nadruk te veel ligt op het **eenzijdige belang** van de gezondheidssector, waar andere sectoren zich aan moesten aanpassen (Lundberg, 2020; OECD, 2023a). Dit wordt ook wel “health imperialism” genoemd: het gezondheidsdomein overspeelt haar hand door in andere beleidsdomeinen de baas te spelen (Cairney et al., 2021). Ook in het voorjaar van 2023, tijdens een landelijk inspiratiesessie voor gemeenten en GGD'en over integraal werken aan mentale gezondheid², werd dit als één van de obstakels voor integraal werken genoemd.

Uit het “health imperialisme” volgt nog een andere uitdaging die de (M)HiAP-aanpak bemoeilijkt. Dat is het ontbreken van een gedeelde taal. Binnen het gezondheidsdomein gebruikt men vaak termen als ‘gezondheid’ en ‘gelijkwaardigheid’. Deze termen worden niet in alle domeinen gebruikt of kunnen een andere lading hebben al naar gelang de context. In andere landen (bijv. Ierland) is voorgesteld om ‘zorgtaal’ te vervangen door een gedeelde taal, waardoor domeinen

2 Het Trimbos-instituut organiseerde in opdracht van het ministerie van VWS en in samenwerking met verschillende landelijke partijen een aantal inspiratiesessies over integraal werken aan mentale gezondheid in lokaal beleid.

buiten het gezondheidsdomein, beter kunnen zien hoe (M)HiAP hun eigen doelstellingen kan ondersteunen (Barry, Keppler, Sheridan, 2024). Dit draagt bij aan draagvlak voor (M)HiAP. Om “health imperialism” tegen te gaan is tegenwoordig een beweging gestart naar het denken vanuit health **for** all policies. Hierbij richten beleidsmakers zich op gezamenlijke doelen en prioriteiten stellen die voor alle beleidsterreinen meerwaarde opleveren (Greer et al., 2022).

Ook heeft men bij het maken van integraal beleid vaak te maken met verschillende wetten, regelgeving en geldstromen die soms tegenstrijdige doelen behartigen. In Nederland wordt alleen al de inzet op volksgezondheid mede bepaald door vijf verschillende wetten: de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Wet publieke gezondheid (Wpg), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de wet op de Jeugdzorg. Beleidsmakers met integrale ambities moeten binnen al deze verschillende **kaders** opereren, wat vernieuwing en doortastendheid in de weg kan staan.

Gebrek aan duurzame financiering, mandaat en (politiek) commitment

Veel landen, waaronder Nederland, hanteren specifieke begrotingscycli op jaarlijkse of vierjarige basis. Of korter indien er tussentijdse verkiezingen plaats vinden. Hierdoor kan het voor lokale, regionale en nationale overheden uitdagend zijn om een langetermijnplanning en begroting te maken en daar steun voor te krijgen van (politieke) machthebbers. Dit wordt versterkt doordat de impact van (M)HiAP vaak pas op lange termijn te zien is. Dit heeft in landen zoals Zweden en Noorwegen de omvang beperkt waarin afdelingen samenwerking tussen verschillende overheidsdomeinen konden bevorderen en in stand houden (The Health Foundation, 2019). Tijdens de eerder genoemde inspiratiesessie over integraal werken aan mentale gezondheid bleek het gebrek aan **duurzame financiering** ook breed gemist te worden door lokale beleidsmedewerkers in Nederland³.

Daarnaast zijn de vorm en voorwaarden voor het verkrijgen van financiering voor de uitvoering van een HiAP-benadering belangrijke overwegingen. Dit blijkt ook uit de evaluatie van een project in Malmö, Zweden (The Health Foundation, 2019). Daar werden verschillende maatregelen genomen om een HiAP-benadering te implementeren die gericht was op het verminderen van sociale ongelijkheden in de stad. Een daarvan was het opzetten van een sociaal investeringsfonds waar verschillende overheidsinstanties in de stad een beroep op konden doen, voor de financiering van beleid of projecten. De eisen om toegang te krijgen tot die fondsen (het voorspellen van kostenbesparingen in de toekomst) waren echter te complex voor veel aanvragers. Daarnaast sloot de financiering niet goed aan bij de budgetcyclus van de lokale overheid waardoor het fonds werd afgeschaft en opnieuw ontworpen moest worden. Het zorgvuldig overwegen van hoe een fonds kan worden opgezet, welke voorwaarden eraan zijn verbonden, en hoe het aansluit bij lokale beleids- en budgetcycli is dus belangrijk (The Health Foundation, 2019).

Impact meten

Een andere belemmering om MHiAP te implementeren is dat de impact van integrale aanpakken van mentale gezondheid niet altijd goed **in kaart kan worden gebracht**. Dit komt doordat een domeinoverstijgende aanpak veel verschillende gevolgen kan hebben die soms pas op (zeer) lange termijn zichtbaar worden (OECD, 2023a). Zo kan een integrale aanpak in een wijk er

3 Advies over manieren om geld vrij te maken voor integraal werken is te vinden bij organisaties als [Platform31](#), [Vilans](#), en de [Vereniging van Nederlandse Gemeenten \(VNG\)](#). Zie ook de goede voorbeelden in de bijlage.

bijvoorbeeld voor zorgen dat meer tieners hun middelbare school afmaken. Daardoor kan hun arbeidsmarktpositie op latere leeftijd sterk verbeterd worden. De effecten daarvan op de mentale gezondheid zijn mogelijk pas na tientallen jaren merkbaar.

De weerbarstige realiteit van beleid maken

Tenslotte komt het geïdealiseerde beeld van beleid maken, dat wordt gehanteerd in modellen van HiAP, niet overeen met **hoe beleid daadwerkelijk tot stand komt** (Cairney et al., 2021). In theoretische modellen wordt beleid lineair en/of systematisch ontwikkeld, terwijl dit in de praktijk vaak niet het geval is. Daarnaast wordt in landen met een gecentraliseerde bestuurscultuur integraal gezondheidsbeleid overschaduwd door “business as usual”. De aanjagers van integrale aanpakken krijgen vaak te weinig middelen en invloed om het verschil te maken. Maar ook in landen met een meer decentrale bestuurscultuur, zoals Nederland, blijkt de landelijke overheid weinig invloed te hebben op het tempo waarmee lokaal beleid tot stand komt. In de praktijk is beleid vaak het resultaat van opportunisme: inhaken op *focusing events* die de aandacht trekken en een *window of opportunity* creëren waarin nieuw beleid mogelijk is (Cairney et al., 2021). Een goed voorbeeld hiervan komt uit Nieuw-Zeeland, waar op basis van brede maatschappelijke onvrede rond de positie van Maori burgers een nieuw integraal plan voor gezondheidsverbetering werd opgesteld (zie bijlage).

3 De eerste stappen naar een succesvolle implementatie van MHiAP



Gezien de belemmeringen uit hoofdstuk 2.3 wordt duidelijk dat men niet zomaar kan starten met de implementatie van een MHiAP-benadering. Om de kans op een succesvolle implementatie te vergroten adviseren wij om te starten met een gedeelde visie tussen beleidsmedewerkers en/of het uitbouwen van een kleine, concrete samenwerking waar lokale energie zit. Vervolgens kunnen de stappen uit hoofdstuk 2.2 doorlopen worden. Ten slotte adviseren we om gebruik te maken van een tool zoals de Mental Health Impact Assessment (MHIA), om de resultaten van de MHiAP benadering te meten en de impact inzichtelijk te maken.

3.1 Gedeelde visie

Het eerste advies is om een gedeelde visie en vertrouwen te kweken tussen beleidsdomeinen. Dit kan door te focussen op het principe **health for all policies**. Zoek naar de wederzijdse voordelen van een gezamenlijke strategie en formuleer, gebaseerd daarop, gezamenlijke doelen. Dat vereist samenwerking op zowel uitvoerend als tactisch niveau op tactisch niveau (bijvoorbeeld afdelingshoofden van gemeenten) tussen beleidsdomeinen (Steenbakkers et al., 2012). Een methode die hiervoor geschikt kan zijn is concept mapping. Hiermee kunnen de perspectieven van verschillende beleidsdomeinen binnen de gemeente samen worden gebracht en gelijkwaardig worden gehoord en gewogen. Het is belangrijk dat hiervoor politiek mandaat verkregen wordt.

3.2 Concrete samenwerking

Een ander advies is om te **starten met kleine, concrete projecten voor samenwerking**, daar waar lokale energie zit. Dit houdt in dat men bijvoorbeeld in gemeenten zoekt naar kleine, concrete beleidsveranderingen die op steun en enthousiasme kunnen rekenen onder bewoners, professionals én beleidsmakers en politici. Een voorbeeld hiervan is de Beweegcoach in de gemeente Vaals: een professional die via o.a. de huisarts en het sociaal team in contact komt met mensen die klem zitten in hun leven en daardoor een verminderde (mentale) gezondheid ervaren. De beweegcoach kijkt holistisch naar de persoon en creëert samen met de persoon een maatwerkoplossing, die bijvoorbeeld kan bestaan uit toeleiding tot sociaal contact, hobby of werk: figuurlijk 'in beweging komen' dus. Dit initiatief in Vaals bleek effectief en zelfs kostenbesparend (GezondIn, 2020). Het viel niet binnen de hokjes van traditionele ondersteuning, maar kon ontstaan door politieke wil en enthousiasme bij beleidsmakers uit verschillende domeinen. De integrale kijk binnen het project stimuleerde ook een integrale visie op gezondheid bij de betrokken beleidsmakers (Kenniscentrum Sport & Beweging, 2023).

Daarnaast kunnen concrete voorbeelden van beleidsdomeinen buiten de zorg, die prioriteit geven aan mentale gezondheid, dienen als inspiratie voor andere domeinen. Een voorbeeld hiervan is de in Canada in 2015 gestartte een taskforce voor mentale gezondheid op de werkvloer. Deze is opgericht door de Public Service Alliance of Canada (een vakbond) en de Treasury Board of Canada die gaat over de nationale financiën. De taskforce was gericht op de implementatie van richtlijnen en advies voor mentale gezondheidsbevordering op het werk. Het werd gezien als een belangrijke stap in het prioriteren van mentale gezondheid in domeinen buiten de zorg-op nationaal niveau. Door te starten met kleine samenwerkingprojecten bouw je aan een netwerk en commitment vanuit verschillende beleidskaders voor de HiAP-benadering.

3.3 Het evalueren van MHiAP

Het effect van een HIAP-benadering kan op verschillende manieren worden gemeten, bijvoorbeeld door middel van een Health Impact Assessment (HIA). Middels een HIA kan in kaart worden gebracht wat de (mogelijke) gezondheidseffecten zijn van beleid. Dit kan inzicht bieden waar HiAP-implementatieprocessen al dan niet bijgesteld moeten worden. Om de gezondheidseffecten van een beleidsmaatregel kwantitatief te meten, zijn andere methoden geschikt, zoals quasi-experimentele studies, dat valt buiten de scope van dit rapport. Internationaal is de HIA aangepast om te kijken naar beleidsdoelen op het gebied van mentale gezondheid en welbevinden, dit zijn de Mental Health Impact Assessment (MHIA) en de Mental Wellbeing Impact Assessment (MWIA) (Cooke et al., 2011; Cresswell-Smith et al., 2022). MHIA heeft dezelfde onderliggende theorie en doelstelling als een Health Impact Assessment (HIA): beleid creëren dat gezondheid ten goede komt. De assessment helpt om de potentiële negatieve of positieve effecten van beleid op de mentale gezondheid te identificeren. Ook geeft het een gestructureerde analyse van beleidsvoorstellen of programma's en de impact daarvan op mentale gezondheid. Het specificeren van de vraag van een MHIA is belangrijk. Voorbeelden zijn: Welke invloed heeft schuldhulpverleningsbeleid op de mentale gezondheid van inwoners? Of wat is het effect van een herstructurering van kinderbijslag op de mentale gezondheid van ouders?

Internationale ervaringen laten zien dat er een aantal zaken zijn waar bij de ontwikkeling van MHIA goed over nagedacht moet worden. Ten eerste wie het uitvoert. In Wales kunnen bijvoorbeeld particuliere adviesbureaus een aanvraag indienen om MHIA's uit te voeren, hierdoor kan de onpartijdigheid en kwaliteit in twijfel worden getrokken. Andere uitvoerders zouden lokale overheidsfunctionarissen, een universiteit, een kennisinstituut of een non-profitorganisatie kunnen zijn. Elke uitvoerende partij heeft implicaties voor de manier waarop een MHIA kan worden uitgevoerd en dat brengt ons bij de tweede uitdaging: hoe wordt de MHIA uitgevoerd? Een belangrijke afweging is of de doelgroep betrokken moet worden bij een MHIA. Aan de ene kant heeft het veel voordelen om de doelgroep te betrekken zoals het vergroten van het eigenaarschap in de gemeenschap. Maar de keerzijde is dat het betrekken van inwoners bij MHIA-processen ook heeft bijgedragen aan overlegmoetheid in gemeenschappen. In landen als Schotland, Engeland en Canada, waar MHIA's zijn ingezet werd duidelijk dat het van belang is om eenvoudige methoden te ontwikkelen en er zo voor te zorgen dat de mensen om wie het gaat (de doelgroepen van beleidskeuzes) kunnen meedoen met het ontwerpen van passende MHIA's (Cresswell-Smith et al., 2022).

Ten derde dient er consensus te zijn over de definitie van mentale gezondheid, tussen verschillende beleidsdomeinen. Ten slotte, is er specifieke kennis nodig om een MHIA uit te voeren, evenals financiële en personele middelen. Dit kan vooral een uitdaging zijn als de partij die de MHIA uitvoert een gemeente is die mogelijk over beperkte middelen beschikt voor een dergelijk assessment. Om dit laatste punt aan te pakken, hebben landen als Wales een aantal verschillende soorten HIA's ontworpen die passen bij verschillende beleidscontexten, tijdlijnen en evaluatiemogelijkheden⁴.

In Finland verplicht nieuwe wetgeving lokale overheden om de impact van hun keuzes op het welzijn en de gezondheid van mensen te bepalen en te overwegen (OECD, 2023a). Een vragenlijstonderzoek onder lokale beleidsmakers in Finland in 2022 wees uit dat de meerderheid van de gemeentes de HIA-methode inzette, hoewel men ook aangaf dat het voor individuele beleidskeuzes moeilijk is om de gezondheidsimpact in te schatten. Ook gaf 93% van de respondenten aan dat het inschatten van effecten op *mentale* gezondheid nog niet in de praktijk was gebracht en dat men meer middelen nodig had om dit te realiseren (OECD, 2023a). Er zijn ook andere manieren om te kijken of een beleid effect heeft. In Malmö maakten ze bijvoorbeeld gebruik van interviews en tekstanalyse om te kijken of sociale duurzaamheid was opgenomen in lokaal beleidsdocumenten gedurende de jaren dat het beleid werd uitgevoerd (The Health Foundation, 2019).

4 Er zijn drie hoofdtypen HIA: prospectief, gelijktijdig en retrospectief.

Prospectieve HIA: Aan het begin van de ontwikkeling van een project, voorstel of plan.

Gelijktijdige HIA: Loopt parallel aan de uitvoering van het project (of beleid).

Retrospectieve HIA: Beoordeelt het effect van een bestaand project of beleid en kan worden gebruikt als evaluatie-instrument. Retrospectieve beoordelingen kunnen ook worden gemaakt van onverwachte gebeurtenissen, om lessen te trekken voor soortgelijke gebeurtenissen in de toekomst.



Dit rapport is bedoeld om een kort, niet uitputtend, overzicht te geven van de HiAP benadering in het algemeen en waar mogelijk MHiAP in het bijzonder. Het rapport is juist nu relevant, omdat (M)HiAP in Nederland steeds meer aandacht krijgt. Het is bijvoorbeeld een onderdeel van het Gezond en Actief Leven akkoord (GALA), dat erop gericht is om gemeenten te stimuleren om op een meer geïntegreerde manier aan gezondheid te werken. Ook de Sociaal-Economische Raad (SER) heeft recent een advies uitgebracht waarin zij diverse acties aanbevelen om HiAP concreter te maken⁵ (Sociaal-Economische Raad, 2023). Deze suggesties komen overeen met de adviezen in dit rapport. Uit onze verkenning bleek dat waar HiAP-benaderingen succesvol waren en standhielden, er sprake was van politieke commitment op hoog niveau. In sommige landen was dit bijvoorbeeld een burgemeester of minister. Het is belangrijk dat zo'n centraal persoon een visie heeft die verder reikt dan zijn of haar eigen politieke termijn. De voordelen van een MHiAP-benadering doen zich immers daarna ook nog voor. Daarnaast is de financiering voor de uitvoering van deze nieuwe benadering belangrijk. De financiering zou moeten gaan naar het samenbrengen van nieuw te vormen sector overstijgende teams. Maar ook naar het uitvoeren van evaluaties van de gezondheidseffecten van beleid, bijvoorbeeld door het uitvoeren van een MHIA. Belangrijk is dat de financieringsstructuren niet uit de pas lopen met de begrotingscycli op gemeentelijk of nationaal niveau. Tenslotte zien we in veel casestudies, die we voor dit rapport hebben bekeken, meer succes bij de implementatie van (M)HiAP op lokaal niveau dan op nationaal niveau. Bij de implementatie kan dan rekening worden gehouden met de middelen, omvang en prioriteiten van de lokale context. Dit kan bijvoorbeeld afhankelijk zijn van de verschillende bewoners, specifieke problematiek of politieke keuzes.

Om een positieve impact te maken op de mentale gezondheid van inwoners is het dus van essentieel belang om de omstandigheden die van invloed zijn op mentale gezondheid te veranderen. Daarnaast draagt werken aan mentale gezondheid bij aan andere beleidsdomeinen. Naast de implementatie van MHiAP is er ook behoefte om deze te evalueren en verbeteren. Dit levert inzicht op in de valkuilen en mogelijkheden voor de doorontwikkeling van de MHiAP voor de toekomst.

5 Voorbeelden hiervan zijn een coördinerend bewindspersoon, of een regerings- of delta commissaris, beleidsdomeinen systematisch doorlichten op hun effecten op gezondheid en zorggebruik en het doorrekenen van het regeerakkoord met betrekking tot de effecten van overheidsbeleid op gezondheid en zorggebruik. Het creëren van een heldere governance structuur voor de regionale en lokale aanpak en uitvoering van HiAP, met een adequate en structurele financiering.

Bijlage: Ervaringen uit binnen- en buitenland



Deze bijlage is bedoeld om voorbeelden van binnen en buiten Nederland te geven die illustreren hoe een mandaat om (mentale) gezondheid in andere beleidsdomeinen op te nemen tot stand is gekomen, hoe samenwerking over beleidsdomeinen heen werkte (of juist niet) en hoe samenwerkingsvormen hebben geholpen om (M)HiAP op de kaart te zetten. Dit is geen uitputtende lijst van voorbeelden. Voor een meer uitgebreid overzicht van specifiek beleid en programma's kunt u contact opnemen met mentalegezondheid@trimbos.nl.

Californische HiAP task force: kleine, concrete samenwerkingen opzetten

In 2010 is in de Amerikaanse staat Californië een *HiAP Task Force* in het leven geroepen om de hoge prevalentie van chronische aandoeningen integraal aan te pakken met andere grote uitdagingen zoals toenemende ongelijkheid en klimaatverandering (Caplan et al., 2017a). Deze commissie bestaat uit vertegenwoordigers van 22 afdelingen van de Californische overheid en komt vier à zes keer per jaar bij elkaar, waarbij ook stakeholders van buiten de overheid worden uitgenodigd. De Task Force heeft input geleverd voor het Healthy Communities Data and Indicators Project (2012) van het departement voor volksgezondheid van de staat (California Department of Public Health, CDPH), waarmee sociale determinanten van gezondheid worden gemonitord. Bij de oprichting is geen budget aan de Task Force toegekend, waardoor de CDPH zelf geld en personeel moest vrijmaken en fondsen werven. De Task Force ontwikkelt HiAP Action Plans voor alle overheidsafdelingen die in de Task Force vertegenwoordigd zijn. Voor vastgestelde Action Plans biedt de Task Force vervolgens inhoudelijke ondersteuning aan de verschillende afdelingen van de overheid, maar de Task Force zelf heeft geen mandaat om beleid te maken. In de eerste jaren van de Task Force (2011-2012) was men met name gericht op het realiseren van kleine, concrete samenwerkingen zoals het delen van informatie tussen departementen. Na verloop van tijd groeide zo het vertrouwen tussen de departementen die in de Task Force vertegenwoordigd zijn (Caplan et al., 2017b). In de loop der jaren zijn positieve resultaten geboekt, zoals een gezondheidssamenwerking tussen de CDPH en de departementen voor onderwijs, voedsel en landbouw (vanaf 2012), en het meten van gezondheidsuitkomsten door de Department of Transportation (vanaf 2015). In 2017 is een evaluatie van de Task Force uitgevoerd, waaraan vijftien van de 22 vertegenwoordigde afdelingen deelnamen. Bijna twee derde van hen gaf aan meer dan voorheen te doen om ongelijkheid te bestrijden, en enkele respondenten gaven aan meer aan gezondheid te doen dan voorheen dankzij de Task Force. Succesfactoren waren o.a. strategische steun op het hoogste niveau (de gouverneur van Californië), duidelijkheid in waarden en principes, en de brede intersectorale deelname aan de Task Force (Caplan et al., 2017b).

Nieuw-Zeelandse wellbeing approach: beïnvloeding van beleid in alle domeinen

In Nieuw-Zeeland is in 2018 een hervorming van het systeem rond mentale gezondheid en verslaving in gang gezet. Dit begon met een onafhankelijk en openbaar onderzoek (*inquiry*) door een zeskoppige onderzoekscommissie. Sommige commissieleden behoorden tot de Maori, de oorspronkelijke bewoners van Nieuw-Zeeland. Het onderzoek werd ingesteld omdat er veel signalen vanuit de bevolking kwamen over problemen met mentale gezondheid en middelen-

gebruik en gebrekkige zorg en ondersteuning. Al snel werd duidelijk dat sommige doelen gesteld in de vorige *inquiry* (in 1996) wel gehaald waren, zoals het realiseren van professionele ondersteuning voor de ongeveer 3% van de bevolking met ernstige psychische klachten, maar andere niet, zoals het werken aan preventie en vroege interventie bij beginnende klachten. Waar lag dat aan? De commissie sprak met meer dan 5000 respondenten uit alle hoeken van de samenleving, en kwam in het rapport *He Ara Oranga* met 40 adviezen.

Het meest relevant voor de Nederlandse context zijn de adviezen om mentale gezondheid en welbevinden te versterken door in te zetten op sociale determinanten zoals huisvesting en veiligheid, ondersteuning bij mentale problemen en verslaving toegankelijk te maken via de huisarts, en het grotere geheel te zien door integraal en intersectoraal te werken. Concreet werd bovendien geadviseerd om een Mental Health and Wellbeing Commission (MHWC) op te zetten: een orgaan binnen de rijksoverheid dat toeziet op het herzien van beleid *in alle domeinen* dat mentale gezondheid en verslaving aangaat. De adviezen van de onderzoekscommissie zijn grotendeels overgenomen door de Nieuw-Zeelandse overheid en hebben geleid tot investeringen in de rijksbegroting van 2019. De MHWC is sindsdien actief. Zij houdt zich niet bezig met het meten van de impact van beleid in allerlei domeinen op mentale gezondheid, maar zorgt er wel voor dat bij het maken van beleid in al die domeinen consistent de vraag wordt gesteld: wat betekenen onze keuzes voor mentale gezondheid, welbevinden en middelengebruik? Op deze manier wordt een integrale aanpak van mentale gezondheid gerealiseerd. Succesfactoren voor de aanpak in Nieuw-Zeeland waren a) de geschiedenis van *inquiries* over dit onderwerp, b) de ruime media-aandacht voor welbevinden en mentale gezondheid, die volgde op alarmerende berichten over de toestand van de mentale volksgezondheid, dat bijdroeg aan een gezamenlijke visie onder beleidsmakers in verschillende departementen, en een *window of opportunity* creëerde om integraal beleid te maken, c) de bevolking was zeer actief betrokken bij het onderzoek en het opstellen van het advies, en d) het feit dat de overheid 38 van de 40 adviezen deels of geheel overnam en vlot de komst van de MHWC realiseerde. Zo is in Nieuw-Zeeland sinds 2018 een nieuwe, integrale visie op mentale gezondheid ontstaan^{6,7}.

De Schotse Health and Inequalities Assessment Network: impact meten van een integrale aanpak

Sinds 2001 heeft Schotland een sterk netwerk dat zich bezighoudt met HiAP, namelijk de *The Scottish Health and Inequalities Assessment Network* (SHIAN). Dit netwerk richt zich op het realiseren van *Health in all policies* in Schotland door met Health Impact Assessments (HIA) de gezondheidseffecten van beleid in verschillende domeinen te meten. In 2022 is de Public Health Scotland Health Impact Assessment Support Unit (HIASU) opgericht om lokale partijen die een HIA willen inzetten te ondersteunen (buiten de overheid) en om op nationaal niveau te lobbyen voor HIA als onderdeel van de HiAP-aanpak (Public Health Scotland, 2023). Schotland is een van de weinige landen die erin geslaagd zijn om doorlopend HIA's in te zetten om gezondheidsongelijkheid te monitoren.

6 De informatie komt voort uit een interview met vertegenwoordiger publieke gezondheid.

7 Hier is meer informatie te vinden over de stand van zaken omtrent de implementatie van de mental wellbeing approach.

HiAP in volksgezondheidwet Noorwegen

Noorwegen heeft een overheidsstructuur die vergelijkbaar is met die van Nederland, in die zin dat er drie niveaus zijn (nationaal parlement, regio's en gemeenten) en die hebben allen verantwoordelijkheden op het gebied van de volksgezondheid. De invoering van een wet over volksgezondheid, die zich specifiek richtte op HiAP, verschafte regio's en gemeenten een (lokaal) wettelijk mandaat om in alle sectoren te zorgen voor volksgezondheid, inclusief mentale gezondheid (Joint Action for Mental Health and Wellbeing, 2015; Health Foundation, 2019). Ze moesten strategische plannen leggen naast een lijst van determinanten van gezondheid. De veranderingen waren het duidelijkst op lokaal niveau. Dit resulteerde in meer actie op het gebied van de sociale determinanten van gezondheid bij lokale overheden. In 2014 besteedde bijna de helft van de gemeenten aandacht aan leefomstandigheden als onderdeel van hun gezondheidsbevorderingsactiviteiten, vergeleken met 6% van de gemeenten vóór de wet (Health Foundation, 2019). Lokale overheden hadden de vrijheid om hun eigen prioriteiten te stellen, wat bijdroeg aan de publieke betrokkenheid, en door gemeenten verantwoordelijk te maken voor de uitvoering van HiAP werd een cultuuromslag onder lokale politici bevorderd. Een uitdaging was dat zonder geormerkte financiering op lokaal niveau voor de uitvoering van HiAP, acties beperkt bleven tot het toewijzen van een HiAP-coördinator in de gemeente (in plaats van een team van beleidsadviseurs van verschillende departementen). Er werden relatief minder veranderingen waargenomen op district- en nationaal niveau (Health Foundation, 2019).

Wijkprogrammering Rotterdam: gezamenlijke visie bepalen

In de gemeente Rotterdam is de afgelopen jaren op wijkniveau integraal gewerkt aan een centraal doel: het gezond, veilig en kansrijk laten opgroeien van kinderen en jongeren. In de aanpak "Wijkprogrammering Jeugd" stelden wijknetwerkpartners (beleidsmakers, maar vooral ook uitvoerende professionals) samen een analyse van de wijk op. Daarbij maakten ze gebruik van een "factorenmodel"⁸, waarin ze factoren die mentale gezondheid beïnvloeden in kaart brachten en deze aanvulden met ervarings- en praktijkkennis en data uit de wijk.

"Wat je laat zien zijn de verbindingen tussen domeinen? Welke leeftijdsgroepen en leefwerelden zijn relevant? Met die inzichten ga je 'programmeren': welke interventies of acties zouden effectief kunnen zijn om het centrale doel in deze wijk dichterbij te brengen?" De ervaring leert dat geldgebrek en verkokering kunnen worden doorbroken door uit te gaan van zo'n integrale visie. Wij beginnen niet met de vraag hoeveel geld en tijd we beschikbaar hebben. We kijken eerst wat de maatschappelijke impact is die we willen realiseren. Via welke factoren willen we dat doen, en hoe? Zo maak je inzichtelijk hoeveel budget er echt nodig is om een bepaalde impact te behalen. Bovendien zien mensen door het factorenmodel de samenhang tussen domeinen, waardoor de relevantie van elke sector duidelijker wordt. Dat motiveert. Je laat zien wie welke bijdrage heeft aan de oplossing, en dat doorsnijdt die verkokering." Medeontwikkelaar van de wijkprogrammering aanpak en adviseur Denis Wiering.

8 [Factsheet-Factorenmodel.pdf \(aeno.nl\)](#) & [Wijkprogrammering | Rotterdam.nl](#).



Arkema, E., van Baar, J. M., Bos, N., Bon-martens, M. Van, & Shields-Zeeman, L. (2023). Integraal werken aan mentale gezondheid in lokaal beleid Handreiking voor gemeenten en GGD' en. Integraal werken aan mentale gezondheid in lokaal beleid - Trimbos-instituut.

Barry, M.M., Keppler, T., Sheridan, A (2023). Development of the National Mental Health Promotion Plan. Report prepared for the Department of Health, Ireland.

Boer, M., Van Dorselaer, S., De Looze, M. E., De Roos, S. A., Brons, H., Van den Eijnden, R., Monshouwer, K., Huijnk, W., Ter Bogt, T., Vollebergh, W., & Stevens, G. W. J. M. (2022). HBSC 2021. Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland.

Cairney, P., St Denny, E., & Mitchell, H. (2021a). The future of public health policymaking after COVID-19: A qualitative systematic review of lessons from Health in All Policies. *Open Research Europe*, 1. <https://doi.org/10.12688/openreseurope.13178.2>.

Caplan, J., Ben-moshe, K., Dillon, L., Gould, S., Lee, M., Lyles, K., Nasser, D., & Rudolph, L. (2017a). California Health In All Policies task force.

Cooke, A., Friedli, L., Coggins, T., Edmonds, N., Michaelson, J., & O'Hara, K., Snowden, L., Stansfield, J., Steuer, N., Scott-Samuel, A. (2011). Mental Well-being Impact Assessment A toolkit for well-being. May.

Cresswell-Smith, J., Kauppinen, T., Laaksoharju, T., Rotko, T., Solin, P., Suvisaari, J., Wahlbeck, K., & Tamminen, N. (2022). Mental Health and Mental Wellbeing Impact Assessment Frameworks - A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph192113985>.

European Commission (2023). Communication on a comprehensive approach to mental health. A comprehensive approach to mental health - European Commission (europa.eu).

Gezondheidsraad. (2022). Relevance of exposome research for policy Executive summary. Relevance of exposome research for policy | Advisory report | The Health Council of the Netherlands.

GezondIn. (2020). De Beweegmakelaar in Vaals. De Beweegmakelaar in Vaals - Gezondin.

Green, L., Ashton, K., Bellis, M. A., Clemens, T., & Douglas, M. (2021). Health in all policies - a key driver for health and well-being in a post-COVID-19 pandemic world. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18). <https://doi.org/10.3390/ijerph18189468>.

Greer, S. L., Falkenbach, M., Siciliani, L., McKee, M., Wismar, M., & Figueras, J. (2022). From Health in All Policies to Health for All Policies. *The Lancet Public Health*, 7(8), e718–e720. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00155-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00155-4).

Joint Action on Mental Health and Wellbeing (2015) Mental health in all policies: Situation analysis and recommendations for action.

Kenniscentrum Sport & Bewegen. (2023). Good practice: Aanpak Bewegmakelaar Gemeente Vaals. kennisbanksportenbewegen.nl/?file=11086&m=1671465909&action=file.download.

Lundberg, O. (2020). Next steps in the development of the social determinants of health approach: the need for a new narrative. *Scandinavian Journal of Public Health*, 48(5), 473–479. <https://doi.org/10.1177/1403494819894789>.

EU Health Policy Platform Thematic Network Mental Health in all Policies (2023). Joint Statement: Mental Health in All Policies.

Nuijen, J., Verweij, A., Dopmeijer, J., Wamel, A. van, Schouten, F., Buijs, M., Horst, M. van der, & Brink, C. van den. (2023). Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs 2023. <https://www.rivm.nl/publicaties/monitor-mentale-gezondheid-en-middelen-gebruik-studenten-hoger-onderwijs-2023>.

OECD. (2023a). How to Make Societies Thrive? Coordinating Approaches to Promote Well-being and Mental Health. <https://www.oecd.org/publications/how-to-make-societies-thrive-coordinating-approaches-to-promote-well-being-and-mental-health-fc6b9844-en.htm>.

OECD (2023b). Win-win solutions for well-being and mental health. Policy Insights: Centre on Well-being, Inclusion, Sustainability and Equal Opportunity (WISE).

Pharos. (2018). Armoede, schulden en gezondheid. [Armoede, Schulden en Gezondheid - Pharos](https://www.pharos.nl/rapporten/Armoede_Schulden_en_Gezondheid).

Public Health Scotland. (2023). Health impact assessment (HIA). [What is health impact assessment? - Health impact assessment \(HIA\) - Services - Public Health Scotland](https://www.phscotland.nhs.uk/what-is-health-impact-assessment/).

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2009). Buiten de gebaande paden. Advies over intersectoraal gezondheidsbeleid. <https://www.raadvsv.nl/documenten/publicaties/2009/05/19/buiten-de-gebaande-paden>.

Shields-Zeeman, L., van Bon-Martens, M., Smit, F (2021) Scoping studie: Samen werken aan een mentaal gezonde samenleving: Bouwstenen voor mentale gezondheidsbevordering en preventie. Trimbos Instituut. Artikelnummer AF1931. Sociaal-Economische Raad (2024). Gezond opgroeien, wonen en werken. <https://www.ser.nl/-/media/ser/downloads/adviezen/2023/gezond-opgroeien-wonen-werken.pdf>.

Sociaal-Economische Raad (2023). Gezond opgroeien, wonen en werken. Naar een structurele gezondheidsaanpak en bestrijding van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Advies 23/07. December 2023.

Steenbakkers, M., Jansen, M., Maarse, H., & Vries, N. De. (2012). Challenging Health in All Policies, an action research study in Dutch municipalities. 105, 288–295. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.01.010>.

Storm, I., Harting, J., Stronks, K., & Schuit, A. J. (2014). Measuring stages of health in all policies on a local level: The applicability of a maturity model. *Health Policy*, 114(2–3), 183–191. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.05.006>.

ten Have, M., Tuithof, M., van Dorselaer, 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*, 22(2), 275–285. <https://doi.org/10.1002/wps.21087>.

The Health Foundation. (2019). Implementing health in all policies: lessons from around the world. [Implementing health in all policies - The Health Foundation](#).

van Baar, J., Bos, N., Kramer, J., Shields-Zeeman, L. (2022). Sociale determinanten van mentale gezondheid. Een kennissynthese. Trimbos-instituut. <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/het-belang-van-sociale-determinanten-van-mentale-gezondheid/>.

van Bon-Martens, M., Kleinjan, M., Hipple Walters, B., Shields-Zeeman, L., van den Brink, C. (2022). [Delphistudie definitie mentale gezondheid](#). Trimbos-instituut. Artikelnummer af1979.

World Health Organization Regional Office for Europe. (2019). Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report. <https://www.who.int/publications/i/item/9789289054256>.

World Health Organization. (2014). Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506908>.

