

Onderzoeksagenda ggz 2027–2030



de
Nederlandse
ggz

NEDERLANDSE
VERENIGING VOOR
PSYCHIATRIE



NIP
Nederlands Instituut
van Psychologen

v&vn

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting	4
Toelichting begrippen	6
1. Aanleiding en doel	
1.1. Aanleiding Waarom deze onderzoeksagenda?	7
1.2. Doel Wat willen we bereiken?	8
1.3. Afbakening Waar gaat deze agenda over?	10
2. Kennisgebieden	
2.1. Effecten van behandelen	12
2.2. Effecten van andere interventies	14
2.3. Mentale gezondheid en veerkracht	16
2.4. Informele zorg en ervaringsdeskundigheid	19
2.5. Effectief samenwerken en organiseren	21
3. Perspectieven	
3.1. Fundamenteel onderzoek	24
3.2. Jeugd	25
3.3. Ouderen	26
Bijdragen aan de totstandkoming	27
Literatuurlijst	29
Bijlagen	
I. Procesbeschrijving	33
II. Longlist kennisgebieden	35

VOORWOORD

Goede geestelijke gezondheidszorg ontstaat niet binnen de grenzen van één discipline, organisatie of beroepsgroep. Mensen met psychische problemen hebben vaak te maken met vraagstukken die raken aan zorg, zingeving, participatie, bestaanszekerheid en sociale relaties. Dat vraagt om samenwerking tussen onderzoekers, zorgprofessionals, ervaringsdeskundigen, patiënten en naasten, bestuurders en beleidsmakers.

Met deze agenda formuleren we een gedeelde ambitie: kennis ontwikkelen én benutten die verder reikt dan zorg alleen. Voor het eerst hebben de sectorpartijen binnen het ggz-kwintet; NVvP, MIND, de Nederlandse ggz, V&VN en het NIP de handen ineengeslagen om gezamenlijk kennishiaten te identificeren en te prioriteren. Juist door samen op te trekken, voorkomen we versnippering en vergroten we de kans dat onderzoek daadwerkelijk aansluit bij wat patiënten en zorgprofessionals nodig hebben.

De onderzoeksagenda wordt gekenmerkt door een brede blik op mentale gezondheid. Naast diagnostiek en behandeling is er nadrukkelijk aandacht voor begeleiding, herstel, inclusiviteit, veerkracht, ervaringskennis, maatschappelijke omstandigheden, preventie, samenwerking en de organisatie van zorg. Daarmee slaan we een nieuwe weg in en sluit de agenda aan bij de complexe werkelijkheid van mensen met psychische problemen én bij de uitdagingen waarvoor de sector staat.

Deze onderzoeksagenda is daarom ook een uitnodiging om samen te blijven investeren in kennis die ertoe doet. Kennis die bijdraagt aan een breder perspectief voor mensen met psychische problemen, aan betere zorg en aan sterkere samenwerking. In het bijzonder voor degenen met de meest complexe zorgvragen. Die ambitie vraagt om betrokkenheid, vasthoudendheid en vertrouwen in elkaar. Maar zij vraagt ook om passende en duurzame financiering. Onderzoek naar mentale gezondheid verdient een stevige plek op de maatschappelijke en politieke agenda. Goede kennisontwikkeling is een noodzakelijke voorwaarde voor toekomstbestendige zorg.

Namens het ggz-kwintet,

Anne Koopmans (NVvP),
Wilma van der Scheer (MIND),
Ruth Peetoom (de Nederlandse ggz),
Jaap Kappert (V&VN),
Rudolf Ponds (NIP)

SAMENVATTING

Psychische problemen hebben grote gevolgen voor mensen, hun naasten en de samenleving, terwijl de geestelijke gezondheidszorg (ggz) onder toenemende druk staat. Herstel wordt bovendien niet alleen bepaald door behandeling, maar ook door de wisselwerking met sociale omstandigheden, relaties, participatie, zingeving en de leefomgeving. Tegen deze achtergrond is nieuwe kennis nodig die bijdraagt aan betere zorg en ondersteuning, duurzaam herstel en een toekomstbestendige ggz.

Met deze onderzoeksagenda formuleert de ggz-sector voor het eerst gezamenlijke, sectorbrede onderzoeksprioriteiten. De agenda wil meer focus, verbinding en maatschappelijke impact realiseren en richting geven aan onderzoekers, financiers, praktijkorganisaties en beleidsmakers. Daarbij gaat het niet alleen om het ontwikkelen van nieuwe kennis, maar ook om het versterken van samenhang, het gelijkwaardig benutten van wetenschappelijke, praktijk- en ervaringskennis en het sneller toepassen van kennis in de praktijk.

De agenda onderscheidt vijf gelijkwaardige kennisgebieden:

1. Effecten van behandelen

Onderzoek naar wat werkt, voor wie, wanneer en onder welke omstandigheden. Daarbij is meer aandacht nodig voor mensen met complexe problematiek, langetermijneffecten en bredere uitkomsten zoals functioneren, kwaliteit van leven, terugval, zorggebruik en de gevolgen voor naasten.

2. Effecten van andere interventies

Onderzoek naar complexe interventies en naar de vraag welke onderdelen daarvan bijdragen aan betekenisvolle uitkomsten, via welke mechanismen en onder welke voorwaarden. Daarbij is meer aansluiting nodig bij de dagelijkse praktijk, met aandacht voor langetermijneffecten en het gebruik van participatief, kwalitatief, mixed-methods- en praktijkgericht onderzoek en Real-world data.

3. Mentale gezondheid en veerkracht

Onderzoek naar de wisselwerking tussen biologische, psychologische, sociale en maatschappelijke factoren en naar de manier waarop beschermende factoren zoals sociale verbondenheid, zingeving, werk, participatie, hoop en eigen regie kunnen worden versterkt. Ook stigma, maatschappelijke uitsluiting en verschillen naar sekse, gender, seksuele oriëntatie en andere diversiteitskenmerken vragen aandacht.

4. Informele zorg en ervaringsdeskundigheid

Onderzoek naar de betekenis, waarde en werkzame elementen van ervaringskennis, lotgenotencontact, herstel- en zelfregiecentra en andere vormen van informele zorg. Ervaringskennis wordt daarbij als volwaardige kennisvorm benut naast en samen met wetenschappelijke en professionele kennis. Ook is onderzoek nodig naar de voorwaarden waaronder informele zorg haar eigen waarde kan behouden en versterken.

5. Effectief samenwerken en organiseren

Onderzoek naar werkzame samenwerkings-, organisatie- en financieringsvormen binnen en buiten de ggz. Daarbij gaat het onder meer om domeinoverstijgende samenwerking, shared decisionmaking, triadisch werken, governance, financiering, competenties, vertrouwen en verantwoordelijkheden.

Door alle kennisgebieden heen lopen drie thema's: digitalisering en technologie, ervaringskennis en co-creatie en implementatie. Digitalisering wordt daarbij niet alleen gezien als toepassing, maar ook als infrastructuur voor onderzoek en zorg. Ervaringskennis en co-creatie moeten ervoor zorgen dat onderzoek aansluit bij wat cliënten en naasten zelf van waarde vinden. Implementatie vraagt om een lerende benadering waarin kennis duurzaam wordt ingevoerd, geëvalueerd en waar nodig aangepast of afgebouwd.

Daarnaast vraagt de agenda vanuit drie perspectieven aandacht voor de gehele onderzoeksprogrammering: fundamenteel onderzoek, jeugd en ouderen. Fundamenteel onderzoek richt zich op het beter begrijpen van biologische, psychologische en sociale mechanismen en hun wisselwerking. Het jeugdperspectief benadrukt het belang van een levensloopbenadering en de knelpunten rond overgangen en schotten in zorg en financiering. Het ouderenperspectief vraagt om meer inclusie van ouderen in onderzoek en om behandelingen die rekening houden met lichamelijke, cognitieve en sociale veranderingen op latere leeftijd.

De onderzoeksagenda biedt richting aan het ZonMw-onderzoeksprogramma ggz en richt zich op fundamenteel, toegepast en vernieuwend onderzoek dat bijdraagt aan de curatieve geestelijke gezondheidszorg over de levensloop. De agenda kiest bewust niet voor een gesloten lijst onderzoeksvragen, maar voor een inhoudelijk kader waarin ruimte blijft voor nieuwe ontwikkelingen en kennisvragen. De vijf kennisgebieden vormen daarbij de inhoudelijke prioritering vanuit het veld en moeten in samenhang en gelijkwaardig kunnen worden ontwikkeld.

Tot slot benadrukt de agenda dat extra investering in ggz-onderzoek en onderzoeksinfrastructuur noodzakelijk is om de kennispositie te versterken en beschikbare middelen doelgericht in te zetten. De centrale ambitie is daarmee onderzoek sterker te richten op wat in de praktijk daadwerkelijk verschil maakt: betere mentale gezondheid, duurzaam herstel, passende zorg en ondersteuning en een toegankelijke, lerende en toekomstbestendige ggz.

TOELICHTING BEGRIPPEN

De onderstaande begrippen worden in onderzoek, beleid en praktijk op verschillende manieren gebruikt en gedefinieerd. Ook binnen de verschillende delen van deze onderzoeksagenda kunnen, afhankelijk van de context en het perspectief van betrokkenen, andere accenten worden gelegd. De omschrijvingen hieronder zijn daarom bedoeld als brede werkdefinities: niet als uitputtende, normatieve of scherp afgebakende definities. Waar relevant wordt in de verdere uitwerking verduidelijkt welke betekenis of operationalisering wordt gehanteerd.

- **Cliënt/patiënt** De termen cliënt en patiënt worden in het veld niet eenduidig gebruikt en kunnen verschillende opvattingen over zorg, ondersteuning en de onderlinge relatie weerspiegelen. In deze onderzoeksagenda verwijst patiënt doorgaans naar iemand die zorg of behandeling ontvangt en cliënt naar iemand die begeleiding of ondersteuning ontvangt. Welke term passend is, hangt mede af van de context en de voorkeur van betrokkenen.
- **Herstel** Herstel wordt op verschillende manieren beschreven, bijvoorbeeld als klinisch, functioneel, maatschappelijk of persoonlijk herstel. In deze onderzoeksagenda vatten we herstel breder op dan alleen vermindering van klachten of symptomen. Het kan ook betrekking hebben op eigen regie, dagelijks functioneren, kwaliteit van leven, participatie, verbondenheid en zingeving. Herstel is daarbij niet noodzakelijk een lineair proces en kan voor ieder mens iets anders betekenen.
- **Implementatie** Implementatie wordt in het veld zowel smal opgevat als het invoeren van een interventie of werkwijze, als breder als een proces van toepassing, aanpassing en duurzame inbedding in een specifieke context. In deze onderzoeksagenda hanteren we deze bredere betekenis. Evaluatie, leren, bijsturen en verbeteren kunnen hiervan deel uitmaken, zonder dat daarmee wordt verondersteld dat iedere implementatie hetzelfde of lineair verloopt.
- **Interventies** Onder interventies verstaan we in brede zin doelgerichte aanpakken, activiteiten, werkwijzen of behandelingen die beogen de mentale gezondheid of het herstel te bevorderen, dan wel psychische klachten en psychisch lijden te voorkomen of verminderen. Wat als interventie wordt beschouwd, kan verschillen tussen onderzoek, zorg, ondersteuning, preventie en het sociaal domein.
- **Psychische problematiek** Psychische problematiek gebruiken we als brede verzamelterm voor psychische klachten, psychisch lijden en psychische aandoeningen die het welzijn of functioneren van mensen kunnen beïnvloeden. De grenzen tussen deze begrippen zijn niet altijd scherp. Psychisch lijden verwijst vooral naar de ervaren psychische belasting, ontregeling of ontwrichting, terwijl psychische aandoeningen doorgaans betrekking hebben op patronen van klachten en beperkingen die binnen professionele kaders als aandoening worden herkend en behandeld. Deze omschrijvingen sluiten elkaar niet uit en kunnen afhankelijk van het gehanteerde perspectief anders worden ingevuld.
- **Zingeving** Zingeving kan verschillende betekenissen hebben. In deze onderzoeksagenda gaat het in brede zin om het ervaren en vormgeven van betekenis, doel, samenhang en richting in het leven. Hoe zingeving wordt ervaren en ingevuld, is persoonlijk en contextafhankelijk.

1. AANLEIDING EN DOEL

1.1. Aanleiding | Waarom deze onderzoeksagenda?

Psychisch lijden kan iedereen treffen

Mentale gezondheid gaat over het vermogen om met de uitdagingen van het leven om te gaan, talenten te benutten, te leren en werken, positieve relaties te hebben en bij te dragen aan de samenleving.¹ Mentale gezondheid is daarmee niet alleen van belang voor het individu, maar ook voor de veerkracht en het functioneren van de samenleving als geheel.

Psychisch lijden raakt iedereen, van jong tot oud. Veel mensen ervaren perioden in hun leven waarin het minder goed gaat. Toenemende prestatiedruk in het onderwijs en op de arbeidsmarkt, digitalisering, ongelijkheid, individualisering, leefstijl en een steeds hoger tempo van leven kunnen de mentale gezondheid onder druk zetten met stress, mentale disbalans en psychische klachten als gevolg.²

Er is geen scherpe grens tussen mentale gezondheid en ziekte. Er is eerder sprake van een continuüm, variërend van mentaal welbevinden en tijdelijke psychische klachten tot psychische aandoeningen en ernstige, langdurige problematiek waarvoor behandeling binnen de generalistische basis ggz of specialistische ggz (sggz) nodig is.

Hoewel psychisch lijden iedereen kan treffen, is de kans daarop, de gevolgen ervan en de mogelijkheden tot herstel niet voor iedereen gelijk. Grote veranderingen of ingrijpende levensgebeurtenissen, gecombineerd met iemands intrinsieke kwetsbaarheden en persoonlijke ontwikkelgeschiedenis beïnvloeden óf en wanneer psychisch lijden ontstaat.³

Duurzaam herstel en participatie worden niet uitsluitend bepaald door behandeling, maar door de wisselwerking tussen de persoon en diens dagelijkse leefomgeving, sociale relaties, maatschappelijke participatie en toegang tot passende ondersteuning. Denk hierbij aan factoren als armoede, schulden, onzekerheid over wonen, middelengebruik, eenzaamheid en mantelzorgbelasting die kunnen meespelen in het ontstaan of versterken van psychische problemen. Wanneer randvoorwaarden ontbreken, neemt de kans op terugval toe en blijft verbetering kwetsbaar.^{2,4}

De impact van psychisch lijden

Psychisch lijden komt veel voor in Nederland. Waar psychische klachten vroeger vaak onbesproken bleven, is de drempel om hierover te praten in grote delen van de bevolking lager geworden en worden klachten eerder herkend en erkend. Bijna de helft van de volwassenen geeft aan mentale problemen te ervaren, zoals stress, burn-out, angst en depressie.^{2,5} In bevolkingsonderzoek voldoen 3,3 miljoen volwassenen aan de criteria van een psychische aandoening.⁶ Een deel van deze mensen doet beroep op de ggz. In 2024 ontvingen 1,54 miljoen Nederlanders generalistische basis ggz of sggz,⁷ bijna 8,5% van de totale Nederlandse bevolking.^{8,9} Onder jeugdigen maakt ruim één op de tien gebruik van jeugdhulp, met of zonder verblijf.¹⁰

De impact van psychisch lijden is groot. Psychische problemen raken niet alleen de persoon zelf, maar ook hun naasten, vrienden, collega's en de gemeenschap waarvan iemand deel uitmaakt. Iedereen kent wel iemand, of is zelf iemand, die te maken heeft (gehad) met psychische problemen. Deze kunnen gevolgen hebben voor relaties, opleiding, werk, inkomen, wonen en maatschappelijke participatie. Daarmee zijn psychische problemen niet uitsluitend een individueel of medisch vraagstuk, maar ook een sociaal en maatschappelijk vraagstuk. Dit uit zich in aanzienlijke maatschappelijke kosten, die in veel landen oplopen tot circa 4% van het bruto binnenlands product (bbp).¹¹ Ook in Nederland zijn de maatschappelijke kosten van de ggz substantieel.⁵

Zorg voor mensen met een ggz-hulpvraag

Tijdige en kwalitatieve zorg en ondersteuning voor mensen in psychische nood of met een langdurige psychisch kwetsbaarheid blijkt niet vanzelfsprekend. Met 8,7% van het gezondheidszorgbudget is de ggz verantwoordelijk voor 15% van de totale ziektelast.² In de afgelopen jaren nam het aantal mensen met een psychische aandoening met 53% toe, terwijl de beschikbare middelen slechts met 11% groeiden en het personeelstekort verder opliep. Hoewel deze ontwikkelingen niet één-op-één vergelijkbaar hoeven te zijn, illustreren zij de toenemende spanning tussen de vraag naar hulp en de beschikbare capaciteit. Hierdoor staan de toegankelijkheid, continuïteit en kwaliteit van zorg en ondersteuning onder druk,¹² ondanks dat elke euro geïnvesteerd in ggz naar schatting € 4,34 oplevert voor de maatschappij.¹¹

De druk op de ggz hangt niet alleen samen met de groeiende vraag, maar ook met de vraag hoe zorg en ondersteuning zo worden georganiseerd dat mensen tijdig op de juiste plek terechtkomen. Dat vraagt om een goede aansluiting tussen preventie, het sociaal domein, de generalistische basis ggz en de sggz. Daarbij heeft informele zorg, zoals ondersteuning door naasten, lotgenotencontact en herstelinitiatieven, niet alleen waarde als aanvulling op de formele zorg, maar ook een eigen intrinsieke waarde voor bijvoorbeeld herstel, kwaliteit van leven en eigen regie.

Tegen deze achtergrond is de centrale vraag hoe de beschikbare mensen en middelen zo kunnen worden ingezet dat mensen met een ggz-hulpvraag de best mogelijke zorg en ondersteuning ontvangen. Hiervoor zijn nieuwe kennis en inzichten nodig in de oorzaken van mentale problemen, risicofactoren, effectieve preventiestrategieën en innovatieve vormen van behandelen.

1.2. Doel | Wat willen we bereiken?

Voortbouwend op eerdere onderzoeksagenda's heeft het ggz-kwintet in deze onderzoeksagenda voor het eerst gezamenlijk sectorbrede onderzoeksprioriteiten opgesteld, op basis van brede, van onderop georganiseerde inbreng vanuit het veld. Deze prioriteiten bieden richting aan onderzoekers, financiers, praktijkorganisaties en beleidsmakers. Naast het ontwikkelen van nieuwe kennis, gaat het ook om het versterken van samenhang, het gelijkwaardig benutten van wetenschappelijke, praktijk- en ervaringskennis en het vergroten van de maatschappelijke impact van onderzoek voor mensen met een ggz-hulpvraag.

Veel kennis, kansen door meer samenhang

Om de impact van onderzoek verder te vergroten, liggen er kansen op vier terreinen: verdere verbinding binnen het onderzoeksveld, versterking van samenhang en samenwerking, nauwere aansluiting tussen onderzoek en praktijk en snellere vertaling van kennis naar implementatie.¹³ Onderzoek naar de ggz wordt uitgevoerd door een breed scala aan partijen, waaronder universiteiten, universitaire medische centra (umc's), ggz-instellingen, hogescholen, kennisinstituten, patiëntenorganisaties en ervaringsdeskundigen. Deze diversiteit is waardevol, vooral in onderlinge samenhang. Vraagstukken rondom mentale gezondheid vragen om een overkoepelende benadering, door onderzoekers binnen afzonderlijke disciplines, aandoeningen of sectoren te verbinden. Een voortdurende wisselwerking tussen kennisontwikkeling, praktijk en ervaringskennis laat onderzoek optimaal aansluiten bij de behoeften van de werkvloer. Maatschappelijke ontwikkelingen en vragen uit de praktijk veranderen snel. Door onderzoek hier flexibel op te laten inspelen en implementatie vanaf het begin mee te nemen, kunnen nieuwe inzichten eerder worden toegepast in preventie, ondersteuning, behandeling en beleid. Zo wordt beschikbare kennis optimaal benut en kan onderzoek zo snel mogelijk bijdragen aan betere uitkomsten voor mensen met psychische problemen.

Focus, verbinding, impact

Met deze onderzoeksagenda wil de sector meer focus, verbinding en impact realiseren. De agenda biedt richting door gezamenlijke onderzoeksprioriteiten te formuleren. Door focus aan te brengen kunnen beschikbare middelen gericht ingezet worden, daar waar de maatschappelijke opgave het grootst is of nieuwe kennis het meeste verschil kan maken. De agenda stimuleert onderzoek dat samen mét mensen met ervaringskennis en hun naasten wordt ontwikkeld. Ook samenwerking tussen onderzoek, praktijk en beleid krijgt aandacht, zodat kennisvragen aansluiten bij wat nodig is in de dagelijkse praktijk en nieuwe inzichten sneller worden geïmplementeerd.

Investeren in onderzoek loont

Cijfers laten zien dat investeren in ggz-onderzoek niet alleen bijdraagt aan betere zorg, ondersteuning en kwaliteit van leven, maar zich ook maatschappelijk en economisch terugverdiend. Analyse van vijf door ZonMw gefinancierde ggz-studies uit de periode 2010–2015 laat zien dat zij naar schatting ruim € 2,4 miljard opleveren in de vorm van lagere zorgkosten en hogere arbeidsproductiviteit. Deze opbrengst ligt meer dan zestig keer hoger dan de oorspronkelijke investering.¹⁴

Internationaal onderzoek laat zien dat onderzoek naar mentale gezondheid en psychische aandoeningen jarenlang is ondergefinancierd ten opzichte van ander biomedisch onderzoek. Na een positieve trend tussen 2014 en 2020, waren de budgetten in 2023 terug naar het niveau van 2014.¹⁵ Afgezet tegen brede benchmarks voor het Nederlandse medische onderzoek was het geoormerkte budget van het afgelopen ZonMw Onderzoeksprogramma ggz zeer gering: ongeveer 0,06% van de directe ggz-zorguitgaven en 0,01–0,03% van de maatschappelijke kosten. Ter vergelijking beschikt het ZonMw Onderzoeksprogramma Dementie over 23 keer zo veel onderzoeksbudget gecorrigeerd voor ziektelast. Ook ggz onderzoeksinvesterings vanuit de industrie zijn relatief gering en hebben een afname doorgemaakt.^{16,17}

Extra investeren in ggz onderzoek en onderzoeksinfrastructuur is essentieel om de kennispositie van Nederland te behouden en verder te versterken. Deze onderzoeksagenda laat zien waar investering het meest nodig is en hoe beschikbare middelen doelgericht ingezet kunnen worden, zodat onderzoek zo veel mogelijk bijdraagt aan een betere mentale gezondheid en een toekomstbestendige ggz.

1.3. Afbakening | Waar gaat deze agenda over?

Afbakening van de onderzoeksagenda

Deze onderzoeksagenda is door de ggz-sector ontwikkeld op verzoek van ZonMw en biedt richting aan het onderzoeksprogramma ggz dat naar verwachting vanaf 2027 van start gaat. Het ZonMw-programma biedt ruimte voor projecten gericht op kennisontwikkeling en -toepassing die bijdragen aan de curatieve ggz voor volwassenen. Naast deze focus omvat de agenda ook aanpalende kennisbehoeften, waarvoor aanvullende financiering nodig is (zie p. 11).

De kennisagenda geeft richting en prioriteit door een selectie van de vijf belangrijkste kennisgebieden. Daarnaast is een drietal doorsnijdende thema's geprioriteerd. Deze thema's hebben specifiek aandacht gekregen binnen elk van de vijf kennisgebieden. Ook zijn drie perspectieven opgenomen die aandacht vragen voor thema's die van betekenis zijn voor de gehele onderzoeksprogrammering.

Er is bewust gekozen om de agenda niet te beperken tot een afgebakende lijst van onderzoeksvragen, maar ruimte te laten aan onderzoeks- en kennisinstellingen om een eigen invulling te geven en in te spelen op nieuwe ontwikkelingen.

De keuze voor deze vijf kennisgebieden vormt de inhoudelijke prioritering van de onderzoeksagenda. Hoewel niet alle onderzoeksvragen gelijktijdig kunnen worden opgepakt, is het van belang dat de beschikbare middelen in samenhang over deze kennisgebieden worden ingezet. In het programmeren van onderzoek is het belangrijk om deze prioritering als uitgangspunt te nemen, zodat alle vijf kennisgebieden zich in samenhang én gelijkwaardig kunnen ontwikkelen.

Afbakening met andere ZonMw-programmering

Om de beschikbare onderzoeksmiddelen doelmatig in te zetten, is de overlap met andere ZonMw-programma's zoveel mogelijk beperkt. Onderwerpen die binnen andere programma's een duidelijke plek hebben, zoals onderzoek naar preventie¹⁸ en effectief, veilig en doelmatig geneesmiddelengebruik¹⁹ vallen buiten de focus van deze agenda.

Ook zorgevaluatieonderzoek naar passende zorg en gepast gebruik valt buiten de scope van deze onderzoeksagenda. Dit gaat over het evalueren van bestaande werkwijzen binnen reguliere zorgprocessen, waarbij effectieve zorg sectorbreed geïmplementeerd wordt en zorg zonder aantoonbare meerwaarde wordt gestopt. De komende jaren wordt de organisatie- en onderzoeksinfrastructuur die hiervoor nodig is binnen de sector opgebouwd.²⁰

Aanvullende financieringsstromen

Het onderzoeksprogramma ggz heeft een beperkte reikwijdte meegekregen qua budget en scope.²¹ Omdat het onderzoeksprogramma moet gaan over curatieve ggz vanuit de zorgverzekeringswet is voor sommige onderwerpen niet of nauwelijks ruimte. Een belangrijk voorbeeld wat niet in aanmerking komt door schotvorming in de bekostiging is onderzoek naar jeugd-ggz tot 18 jaar, terwijl het belang van deze doelgroep sectorbreed wordt onderschreven. Het nieuwe ZonMw-programma 'Wat werkt voor de jeugd 2026-2032' biedt ruimte voor kennisontwikkeling over het veilig, gezond en kansrijk opgroeien van kinderen en jongeren in Nederland.²²

De onderzoeksagenda kan nadrukkelijk ook gezien worden als een gezamenlijk vertrekpunt voor het aantrekken van aanvullende financiering. Naast publieke middelen kunnen hiervoor onder meer gezondheidsfondsen, Europese programma's, publiek-private samenwerkingen, filantropische organisaties en andere nationale en internationale financiers worden benut.

2. KENNISGEBIEDEN

De vijf geprioriteerde kennisgebieden zijn: *Effecten van behandelen, Effecten van andere interventies, Mentale gezondheid en veerkracht, Informele zorg en ervaringsdeskundigheid en Effectief samenwerken en organiseren.*

De kennisgebieden zijn gelijkwaardig aan elkaar en weerspiegelen een verbreding van perspectief: van de effecten van behandeling en andere interventies, naar de invloed van sociale en maatschappelijke factoren en de bijdrage van informele zorg en ervaringsdeskundigheid. Om af te sluiten met de samenwerking en organisatie die nodig zijn om deze verschillende elementen met elkaar te verbinden.

In de uitwerking van deze vijf kennisgebieden is expliciet aandacht besteed aan de rol van digitalisering en technologie, de plek van ervaringskennis en co-creatie in onderzoek en de implementatie van kennis in de praktijk. De drie doorsnijdende thema's hebben elk een eigen aard.

Digitalisering en technologie moeten worden begrepen als infrastructuur, niet als een verzameling losse toepassingen. Artificial Intelligence (AI)-modellen, data-infrastructuur, standaarden, kwaliteitsnormen, validatieprotocollen en governance vormen een fundamentele laag waarop talloze toepassingen rusten en waarvan de kwaliteit direct doorwerkt in de betrouwbaarheid van onderzoek en de verantwoorde inzet in de praktijk.

Ervaringskennis en co-creatie waarborgen dat onderzoek aansluit bij wat cliënten en naasten zelf van waarde vinden. Deze benadering verschuift de focus van onderzoek óver mensen naar onderzoek mét en dóór mensen, gericht op wat werkt, voor wie en waarom. Co-creatie betekent actieve, betekenisvolle en gelijkwaardige betrokkenheid en invloed van mensen met ervaringskennis.

Implementatie vraagt daarnaast om onderzoek naar het duurzaam invoeren van bestaande inzichten in de dagelijkse praktijk. Daarbij vraagt implementatie om een lerende benadering: uitvoeren, leren, aanpassen en soms weer afbouwen van interventies en werkwijzen, met aandacht voor de context waarin dit plaatsvindt.

2.1. Effecten van behandelen

1. Hoe is de situatie nu?

Data afkomstig van interventieonderzoek, met name gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's), zijn de basis van onze professionele richtlijnen en ook van wat wel en niet beschikbaar wordt gesteld binnen de in Nederland universeel toegankelijke en brede basisverzekering.

De afgelopen decennia zijn voor vrijwel alle stoornissen meerdere effectieve behandelingen beschikbaar gekomen. Uit RCT's blijkt dat hun gemiddelde effectiviteit matig is ($d \pm 0,4$), terwijl de interindividuele variatie in effecten zeer groot is. Dit komt overeen met de effectiviteit van behandelingen in de somatiek.²³ Bestaand onderzoek is veelal gericht op enkelvoudige classificaties terwijl de meeste patiënten in de sggz complexe problematiek hebben. Vaak worden (om goede redenen) strikte in- en exclusiecriteria gehanteerd, met als nadeel dat de resultaten weinig representatief zijn voor de patiënten die in de reguliere zorg behandeld worden. Studies hebben voor de bovenbeschreven doelgroep meestal een te korte looptijd, terwijl psychische stoornissen een grillig beloop kennen, vaak recidiveren en op langere termijn grote effecten hebben op het functioneren en kwaliteit van leven. Kortlopende studies kunnen zodoende geen antwoord geven op de vraag in hoeverre echt verschil gemaakt wordt.

In de echte wereld zijn timing van een interventie, het zo nodig op- en afschalen en gebruik maken van sequentiële behandeling eerder regel dan uitzondering. Voor de praktijk van de sggz is onderzoek naar de effecten van langer durende behandelprogramma's voor patiënten met complexe problematiek, waarbij we toetsen wat er, wanneer het beste werkt, voor wie en onder welke omstandigheden hoognodig. Tegelijkertijd is er behoefte aan innovatie in de zin van het ontwikkelen van geheel nieuwe behandelvormen of nieuwe combinaties van behandelingen, met name voor patiënten bij wie het bestaande arsenaal aan interventies niet blijkt te werken. Het gaat daarbij per definitie meestal om patiënten met complexe en persisterende/recidiverende problematiek die vanuit meerdere instanties hulp krijgen.

2. Wat zijn onderliggende oorzaken?

Het design van traditionele RCT's is bedoeld om een zo scherp mogelijk causaal contrast te krijgen tussen mensen die wel of niet blootgesteld worden aan een (meestal enkelvoudige) interventie. Door een goede selectie van deelnemers, blindering en randomisatie wordt, zo veel mogelijk, alle variatie aan de kant van zowel de deelnemers, behandelaren en hun context uitgeschakeld. Dit levert goede schattingen van gemiddelde effectiviteit bij een specifieke groep patiënten, maar beperkt de representativiteit en geeft geen zicht op wat werkt voor wie en op welk moment. Traditionele RCT's zijn meestal statistisch 'gepowered' op een primaire uitkomst: de ernst van klachten of herstel van de aandoening.

Onderzoek naar andere uitkomsten (zoals economische effecten), naar factoren die de effecten van behandeling voorspellen en zeker onderzoek waarbij de voorkeur van een individuele patiënt kan variëren vraagt andere designs en meestal grotere studies (meer power). Effecten van langer lopende behandelprogramma's voor patiënten met complexe problematiek kunnen heel goed onderzocht worden, maar ook dat vraagt grotere studies, met een veel langere looptijd. Daarnaast is er dan ruimte voor onderzoek naar de optimale timing en duur van een interventie of opeenvolgende interventies.

Het is binnen het huidige ggz-onderzoeksinvesteringsklimaat vrijwel onmogelijk om financiële middelen te krijgen voor interventiestudies die (i) een langjarig perspectief hebben op (ii) de bredere effecten van interventie (dus niet alleen op klachten, maar ook terugval, op diverse terreinen van functioneren, welbevinden, zorggebruik en economische effecten) en (iii) waarbij juist de variatie in effectiviteit tussen patiënten en hun omstandigheden (inclusief naasten) focus is van het onderzoek, (iv) waarbij de optimale timing en duur van interventie(s) meegenomen kan worden in onderzoek.

3. Wat willen we bereiken?

Betrouwbare data over wat er, wanneer, werkt voor wie, zodat onze indicatiestelling voor behandeling preciezer wordt en patiënten minder vaak blootgesteld hoeven worden aan behandelingen die niet werken. Bredere inclusie van patiënten met complexe problematiek zodat de representativiteit van ons onderzoek groter wordt. Uitkomsten als verschillende dimensies van functioneren en welbevinden staan centraal en er is systematisch aandacht voor factoren die de effectiviteit beïnvloeden. We krijgen zicht op de langjarige effecten van interventies en nazorg/terugvalpreventie.

4. Welk onderzoek is hiervoor nodig?

Mixed-methods designs waarin data van n=1 studies met frequente metingen gecombineerd worden, met micro-RCT's (frequente metingen in een RCT-design) en grotere RCT's. Bredere inclusie van patiënten die representatief zijn voor de dagelijkse praktijk, waarbij de groepen groot genoeg zijn om een breder palet aan factoren te kunnen onderzoeken op de mate waarin ze voorspellen of de interventie werkt, wanneer en voor wie welke interventie het beste werkt. Dit aangevuld met frequente metingen die in meer detail het beloop en de ervaring van een individu in kaart brengen. Om het beloop en de ervaring van de effecten te duiden heeft ook kwalitatief onderzoek een plek in deze onderzoeken.

Focus op complexere patiëntgroepen waarbij het passend is om een langer perspectief aan te houden en te kiezen voor meerdere uitkomstmaten die naast elkaar gemeten worden (diverse dimensies van functioneren, welbevinden, economische maten, zorggebruik en effecten op naasten). Daarbij is het van belang om een breed palet aan interventies mee te nemen, waaronder psychotherapie, farmacotherapie, neuromodulatie en andere behandelinterventies zoals vaktherapie, lichaamsgericht werken en verpleegkundige zorg. In de onderzoeken naar effecten van behandelen heeft co-creatie met cliënten en naasten van start tot eind een belangrijke plek. Dit gebeurt in diverse rollen als meedenker, mede-onderzoeker, adviseur of kennispartner.

Dit type design kan in alle levensfasen gebruikt worden, waarbij de selectie van patiëntgroepen en de interventies die worden onderzocht variëren. Een klein aantal grotere studies, met een langere looptijd, heeft de voorkeur boven veel kleine projecten, waarin de meest relevante vragen niet beantwoord kunnen worden.

2.2. Effecten van andere interventies

1. Hoe is de situatie nu?

Veel interventies binnen de ggz zijn complexe interventies: interventies met meerdere samenhangende componenten waarvan de effecten sterk afhankelijk zijn van de context waarin zij worden uitgevoerd. Voorbeelden binnen de ggz zijn Flexible Assertive Community Treatment- (F-ACT) zorg en langdurige opname bij therapieresistente psychose; binnen het sociaal domein gaat het onder meer om woonzorgvormen, herstelacademies en vernieuwende samenwerkingsvormen tussen de ggz en het sociaal domein, zoals het Ecosysteem Mentale Gezondheid (GEM).

Complexe interventies vormen een onmisbaar onderdeel van de ggz en het sociaal domein. Voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (conform Delespaul e.a.²⁴) vormen zij vaak de basis van de zorg. Daarnaast spelen zij een belangrijke rol in de volle breedte van de ggz, omdat een sociale benadering van psychisch lijden kan bijdragen aan duurzaam herstel en een doelmatige inzet van de schaarse ggz-capaciteit.

Ondanks het brede gebruik is nog onvoldoende bekend welke complexe interventies bijdragen aan betekenisvolle uitkomsten, via welke werkzame mechanismen en onder welke voorwaarden. Daarbij is het begrip effectiviteit niet eenduidig. Complexe interventies richten zich niet alleen op symptoomreductie, maar ook op maatschappelijk functioneren, herstel, kwaliteit van leven, participatie, ervaren regie en zingeving. Deze uitkomsten hangen slechts beperkt met elkaar samen en cliënten, naasten en professionals kunnen daarin verschillende prioriteiten stellen. Omdat psychische aandoeningen vaak een langdurig of fluctuerend beloop kennen, is kennis over de langetermijneffecten van complexe interventies essentieel. Juist hierover is nog beperkt inzicht. Daarnaast beïnvloeden de therapeutische relatie en de samenwerking tussen cliënt, naasten en professionals de effecten van interventies sterk. Familie- en naasteninterventies zijn aantoonbaar effectief en opgenomen in richtlijnen, maar worden nog beperkt toegepast.

Specifieke aandacht is nodig voor twee groepen. Ten eerste mensen met ernstige psychische aandoeningen die (tijdelijk) geen zorg vragen of accepteren. Bemoeizorg vormt een cruciale schakel tussen vrijwillige en verplichte zorg, maar over de effecten van verschillende vormen van zorgtoeleiding, de rol van naasten en de afweging tussen het voorkomen van ernstig nadeel en mogelijke traumatisering door dwang is nog onvoldoende bekend. Ten tweede kinderen en jongeren. Door de decentrale financiering is de specialistische jeugd-ggz onderdeel geworden van de bredere jeugdhulp. Er bestaat nog beperkt inzicht in de effectiviteit van interventies binnen de jeugdhulp, de samenwerking met de specialistische jeugd-ggz en de overgang naar de volwassenen-ggz.

2. Wat zijn onderliggende oorzaken?

De beperkte kennis over complexe interventies hangt samen met hun aard. Zij bestaan uit meerdere samenhangende onderdelen en worden beïnvloed door factoren als sociale omstandigheden, de beschikbaarheid van voorzieningen, de kwaliteit van de therapeutische relatie en de samenwerking met naasten. Daardoor sluiten traditionele vormen van effectonderzoek, zoals gerandomiseerde trials, niet altijd goed aan bij de onderzoeksvragen die deze interventies oproepen.

Daarnaast zijn deze onderzoeksvormen vaak onvoldoende inclusief voor mensen met de meest complexe problematiek, bijvoorbeeld door langdurige symptomen, cognitieve beperkingen, armoede, dakloosheid of contact met justitie. Leren van Real-world data uit de reguliere zorg kan deze lacune deels opvullen, maar gebeurt in Nederland nog beperkt. Daarnaast belemmert het ontbreken van consensus over juridische en ethische randvoorwaarden landelijke zorgevaluatie.

Tot slot leidt de versnipperde financiering van zorg (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Wet langdurige zorg (Wlz) en Jeugdwet (Jw)) tot versnippering van onderzoeksfinanciering. Daardoor sluiten onderzoeksprogramma's onvoldoende aan bij de leefwereld van mensen die ondersteuning ontvangen. Onderzoek binnen de specialistische jeugd-ggz en de ouderenzorg wordt hierdoor bovendien extra bemoeilijkt.

3. Wat willen we bereiken?

Het doel is dat complexe interventies aantoonbaar bijdragen aan herstel, kwaliteit van leven, participatie en ervaren regie van mensen met psychische problemen en hun naasten. Hiervoor is meer kennis nodig over welke interventies voor verschillende groepen bijdragen aan betekenisvolle uitkomsten, via welke werkzame mechanismen en onder welke voorwaarden. Daarbij verdienen mensen met ernstige en langdurige psychische problemen, kinderen en jongeren en mensen in kwetsbare maatschappelijke omstandigheden bijzondere aandacht.

4. Welk onderzoek is hiervoor nodig?

De belangrijkste opgave is onderzoek naar complexe interventies beter te laten aansluiten bij de dagelijkse praktijk. Dit vraagt om participatief onderzoek waarin cliënten, naasten, onderzoekers, zorgprofessionals en maatschappelijke partners gezamenlijk werken aan kennisontwikkeling en waarin ervaringskennis aantoonbaar invloed heeft op onderzoeksvragen, uitkomstmaten en de interpretatie van resultaten. Daarbij moet ook worden geïnvesteerd in het benutten van ervaringskennis van mensen met de meest complexe problematiek.

Daarnaast is meer kennis nodig over de invloed van de therapeutische relatie, de rol van naasten en de samenwerking in de triade op de effecten van interventies. Zo kan een lerend systeem ontstaan waarin kennis sneller beschikbaar komt voor professionals, beleidsmakers en mensen die gebruikmaken van zorg en ondersteuning. Ook vraagt dit om onderzoeksfinanciering die niet dezelfde schotten volgt als de financiering van zorg.

Concreet zijn vier typen onderzoek nodig. Ten eerste is integrerend onderzoek nodig waarin bestaande kennis uit verschillende disciplines wordt samengebracht om complexe vraagstukken te beantwoorden, bijvoorbeeld rond de zorg voor mensen die geen zorg vragen of accepteren. Daarbij moeten kennis over klinische effectiviteit, bemoeizorg, samenwerking met naasten, mensenrechten en zorgethiek in samenhang worden beschouwd.

Ten tweede is kwalitatief onderzoek nodig, waaronder fenomenologisch onderzoek naar de ervaringen van cliënten en naasten met interventies, inclusief de ervaringen van mensen die bewust geen zorg (meer) vragen of accepteren. Daarnaast is actieonderzoek nodig waarin implementatie en effectevaluatie worden gecombineerd, met aandacht voor randvoorwaarden zoals samenwerking, bekostiging en borging in de praktijk, bijvoorbeeld bij het verkennend gesprek en herstelacademies.

Ten derde is mixed-methods onderzoek nodig om langetermijneffecten te evalueren. Dit kan onder meer door langlopende observationele cohortstudies met een kwantitatieve en kwalitatieve component en door toepassing van de realist evaluation-methode. Voorbeelden zijn onderzoek naar interventies ter ondersteuning van naasten, de Active Recovery Triad (ART) methodiek in de langdurige klinische zorg en verschillende woonzorgvormen.

Ten slotte, is er onderzoek nodig naar de randvoorwaarden voor zorgevaluatie met Real-world data, zowel binnen instellingen als landelijk. Landelijk gaat het om een gedeelde data-infrastructuur, inclusief veilige analysetechnieken zoals federated learning. Onderzoek met Real-world data is noodzakelijk om de langetermijneffecten van complexe interventies op grotere schaal kostenefficiënt te onderzoeken.

2.3. Mentale gezondheid en veerkracht

1. Hoe is de situatie nu?

De relatie tussen risicofactoren, beschermende factoren en mentale veerkracht wordt steeds meer gezien als een ecosysteemvraagstuk, waarin gezondheid wordt bepaald door de combinatie van individuele kenmerken en behandeling gecombineerd met de sociale, fysieke en maatschappelijke omgeving waarin mensen leven. Hoewel ongeveer 26% van de Nederlandse volwassenen in het afgelopen jaar een psychische aandoening had⁶, is nog onvoldoende bekend hoe deze factoren elkaar beïnvloeden en welke combinatie van factoren het meest bepalend is voor mentaal welzijn en herstel.

Mensen met een psychische aandoening hebben vaker te maken met eenzaamheid, armoede, bestaansonzekerheid, traumatische ervaringen, werkloosheid, sociale uitsluiting, beperkte maatschappelijke participatie of een combinatie hiervan. Deze factoren versterken elkaar en hangen samen met slechtere mentale gezondheid, een lagere kwaliteit van leven en minder gunstige hersteluitkomsten.

Naast sociale factoren, spelen ook biologische factoren en psychologische factoren een rol bij de mentale gezondheid, het beloop van psychische aandoeningen, de toegang tot passende zorg en kwaliteit van leven van mensen met een psychische aandoening en hun naasten.

Zo beïnvloeden seksegebonden biologische factoren en verschillen in medicatiegebruik het ontstaan, beloop en de behandeling van psychische aandoeningen.^{25,26} Ook gender-identiteit, seksuele oriëntatie en andere diversiteitskenmerken zijn van invloed op mentale gezondheid. Traumatische ervaringen, minderheidsstress, discriminatie en sociale uitsluiting dragen bijvoorbeeld bij aan een verhoogd risico op psychische aandoeningen onder LHBTIQ+-personen.^{27,28}

De aandacht voor beschermende factoren, zoals sociale verbondenheid, zingeving, leefstijl, natuurbeleving en maatschappelijke participatie, groeit. Het ervaren van betekenis, hoop, identiteit en verbondenheid hangt samen met een betere kwaliteit van leven en gunstigere hersteluitkomsten.^{29,30} Ook worden werk en maatschappelijke participatie steeds vaker gezien als onderdeel van herstel, in plaats van als eindpunt.

De kwaliteit van de relatie tussen cliënten, naasten en professionals vormt zelf een belangrijke beschermende factor voor herstel. Ondanks de toegenomen aandacht wordt de omslag nog onvoldoende vertaald naar de dagelijkse praktijk en voelen professionals zich niet altijd voldoende toegerust om nieuwe inzichten structureel te bespreken en te integreren in herstelgerichte zorg.^{31,32,33}

2. Wat zijn onderliggende oorzaken?

De beperkte aandacht voor zingeving in de ggz hangt samen met een dominant zorgmodel dat lange tijd primair was gericht op diagnostiek, symptoomreductie en risicobeheersing. Daardoor kregen existentiële vragen, sociale verbondenheid en betekenisgeving relatief weinig aandacht, terwijl deze juist belangrijk zijn voor herstel en mentaal welzijn.

Veel wetenschappelijke kennis is historisch gebaseerd op onderzoek waarin mannen oververtegenwoordigd waren en waarin sekse-, gender- en diversiteitsverschillen beperkt zijn meegenomen. Ook hier vormen dominante zorg- en onderzoeksmodellen de norm, waardoor onvoldoende bekend is welke benaderingen het beste aansluiten bij mensen met uiteenlopende achtergronden.

Stigma, discriminatie, onvoldoende inclusieve arbeidsomgevingen, een zorgsysteem dat nog niet altijd participatiegericht werkt, versnipperde samenwerking tussen zorg, het sociaal domein, onderwijs, werkgevers en sociale zekerheid, financiële onzekerheid, complexe regelgeving en de angst om uitkeringen of voorzieningen te verliezen beperken de kansen op werk voor mensen met psychische aandoeningen. Ondanks bestaande interventies en beleidsinitiatieven blijft de maatschappelijke beeldvorming over mensen met een psychische aandoening bepalend voor hun kansen op werk en participatie. Hierdoor blijft de afstand tussen de wens om maatschappelijk mee te doen en de daadwerkelijke mogelijkheden tot werk en participatie groot.

3. Wat willen we bereiken?

Het doel is om inclusieve, persoonsgerichte en passende zorg te versterken door beter inzicht te verkrijgen in welke herstel ondersteunende benaderingen, interventies en organisatievormen bijdragen aan duurzaam mentaal welzijn en veerkracht. Hiervoor is het enerzijds nodig beter te begrijpen hoe beschermende factoren, zoals sociale verbondenheid, zingeving, werk, participatie, hoop en eigen regie duurzaam kunnen worden versterkt

en geïntegreerd in herstelgerichte zorg. Anderzijds is behoefte aan meer kennis over hoe sekse, gender, seksuele oriëntatie en andere diversiteitskenmerken de ontwikkeling, behandeling, het herstel en de mentale veerkracht beïnvloeden.

4. Welk onderzoek is hiervoor nodig?

Herstel en mentale veerkracht ontstaan niet alleen door behandeling, maar vooral in het dagelijks leven, in de interactie tussen cliënten, naasten, professionals en hun sociale omgeving. Dit vraagt om onderzoek dat niet alleen beschermende factoren in kaart brengt, maar ook inzicht geeft in hoe deze in de dagelijkse praktijk kunnen worden versterkt.

Ten eerste onderzoek over hoe opeenstapelende risicofactoren en beschermende factoren elkaar in de tijd beïnvloeden, wat werkzame mechanismen zijn en welke combinatie van factoren het meest bepalend is voor mentaal welzijn en herstel. Ook wordt gekeken naar organisatorische randvoorwaarden en effectieve implementatie van interventies en samenwerking tussen zorg, sociaal domein, cliënten en naasten. Dit vraagt om participatief actie-, ontwerp- en implementatieonderzoek waarin cliënten, naasten, professionals en maatschappelijke partners gezamenlijk leren, ontwikkelen en verbeteren.

Ten tweede onderzoek dat inzicht genereert in hoe stigmatiserende narratieven ontstaan, wat effectieve strategieën zijn om stigma te verminderen en welke interventies op populatieniveau daadwerkelijk leiden tot meer inclusie en gelijke kansen, inclusief eerlijke bekostiging van zorg en onderzoek binnen de ggz. Hiervoor is kennis nodig over inclusieve arbeidsomgevingen, effectieve strategieën om stigma te verminderen, maatschappelijke beeldvorming te veranderen en samenwerking tussen zorg, sociaal domein, werkgevers en sociale zekerheid zo in te richten dat duurzame arbeidsparticipatie wordt bevorderd.

Ten derde onderzoek over hoe sekse, genderidentiteit, seksuele oriëntatie en andere diversiteitskenmerken de ontwikkeling, behandeling, het herstel en de mentale veerkracht beïnvloeden en hoe deze kennis kan worden vertaald naar inclusieve, persoonsgerichte zorg. Dit vraagt om participatief onderzoek waarin mensen met ervaringskennis actief betrokken zijn en waarbij expliciet aandacht is voor de samenhang tussen verschillende diversiteitskenmerken.

Deze onderzoekslijnen vragen ondersteunend om onderzoek naar digitale infrastructuur die domeinoverstijgende samenwerking mogelijk maakt: privacyveilige gegevensuitwisseling tussen ggz, gemeenten/Wmo, huisartsen, ouderenzorg en partijen in werk en inkomen. Daarnaast is onderzoek nodig naar datastandaarden waarmee veerkracht en beschermende factoren meetbaar worden, naar het gebruik van wearables en zelfmonitoring bij (lichte) klachten en naar de effecten en risico's van AI-toepassingen. Denk aan grote taalmodellen die in de algemene bevolking steeds vaker worden ingezet voor zelfreflectie of zelfs als vertrouwenspersoon. Digitale ongelijkheid en algoritmische bias verdienen bij dit alles expliciete aandacht: wie valt buiten de boot?

2.4. Informele zorg en ervaringsdeskundigheid

1. Hoe is de situatie nu?

In Nederland is een gevarieerde en groeiende praktijk van ervaringsdeskundigheid.^{34,35} De oorsprong ligt in de oproep van de herstelbeweging om ontwrichtende ervaringen van cliënten en naasten niet enkel te duiden vanuit professionele en wetenschappelijke kaders, maar ook ruimte te maken voor en aan te sluiten bij deze ervaringen en de betekenis die cliënten en naasten er zelf aan geven. Naast inzet van ervaringsdeskundigheid in de formele zorg is er een groeiende inzet in de praktijken van informele zorg ontstaan: online en offline lotgenotencontact, zelfregie- en herstelorganisaties en community-modellen, wijkgerichte herstelbenaderingen, maatjes-, familie- en naasteninitiatieven. In de zorgakkoorden wordt hier sterk op ingezet, mede als antwoord op schaarste in de formele zorg.

Het ontbreekt aan borging van de inzet van ervaringsdeskundigheid in de formele zorg en informele praktijken. Deze inzet is van grote waarde, maar het is onvoldoende duidelijk onder welke voorwaarden en via welke processen ze bijdraagt aan herstel, kwaliteit van leven, participatie en bestaanszekerheid, en het aanbod bereikt slechts een deel van de mensen voor wie het van betekenis kan zijn.

Informele zorg verdient positie als zelfstandige zorg- en kennisvorm met eigen waarde en betekenis naast de formele zorg. De verbinding met de formele zorg blijft achter, mede door werkdruk en gerichtheid op de eigen systematiek. Er blijven hardnekkige situaties bestaan waarin zorg onvoldoende weet af te stemmen op de ervaringen en leefwereld van mensen en hun naasten of zelfs nieuwe ontwrichting veroorzaakt, bijvoorbeeld bij dwang en drang.

Hoewel al decennia consensus bestaat over de noodzaak om ruimte te maken voor en af te stemmen op de persoonlijke ervaringen lukt dit nog vaak onvoldoende. Kortom het belang van informele zorg en ervaringsdeskundige inzet wordt door iedereen gezien, maar onvoldoende begrepen, onderzocht en gefaciliteerd.

2. Wat zijn onderliggende oorzaken?

We begrijpen tot op heden ervaringsdeskundigheid vooral als organisatievraag. Hoe je een ervaringsdeskundige positioneert en betrokkenheid borgt, in plaats van te kijken naar ervaringskennis als aparte kennisvorm en de waarde van ervaringskennis voor ons begrip van herstel en goede zorg.³⁶ De aanhoudende kloof tussen wat we doen en wat mensen ervaren, wijst niet alleen op een implementatieprobleem maar ook op een kennisprobleem.

Daaronder ligt een scheve waardering van kennisvormen: ervaringskennis van cliënten en naasten wordt minder beluisterd in de context van wetenschappelijke en professionele kennis. Dit is een vorm van epistemische ongelijkheid die mede verklaart waarom breed gedeelde inzichten zich niet vertalen naar de dagelijkse praktijk.³⁷ Het beleid leunt bovendien op de aanname dat de gemeenschap en het eigen netwerk de zorg kunnen overnemen, terwijl onderzoek naar de participatiesamenleving laat zien dat informele relaties een eigen waarde en logica hebben en zich minder van buitenaf laten sturen.³⁸ Samengevat waren eerdere kennisvragen te veel gericht op positioneren en inpassen binnen de bestaande systemen en te weinig op de eigen aard, waarde en condities van ervaringskennis en herstelinitiatieven zelf.

3. Wat willen we bereiken?

Hoe maken we ruimte voor en hoe wordt ervaringskennis daadwerkelijk gewaardeerd en benut als volwaardige kennis samen met wetenschappelijke en professionele kennis.

Hiervoor moeten we de betekenis en waarde van ervaringskennis en van cliënt- en naastengestuurde informele zorg en ondersteuning als zelfstandige zorg- en kennisvormen beter begrijpen. Wat is hun waarde en wat zijn werkzame elementen, hoe versterken zij elkaar en onder welke condities dragen zij bij aan herstel? De inzet van ervaringsdeskundigheid in formele zorg en de praktijken van informele zorg ontsluiten en onderbouwen; waar nodig nieuwe ontwikkelen en werkwijzen die herstel belemmeren de-implementeren. Daarnaast weten welke ruimte en autonomie deze herstelbenaderingen nodig hebben om waardevol te blijven in samenwerking met formele zorg en sociaal domein.

Tenslotte is het belangrijk om te begrijpen waarom kennis die we al hebben, onder meer over de noodzaak om ruimte te maken voor de ervaringskennis van cliënten en naasten, zich structureel niet vertaalt naar de praktijk. Hoe kan ruimte gemaakt worden voor ervaringskennis en de afstemming met wetenschappelijke en professionele kennis bevorderd worden? Wat vraagt dat van ervaringsdeskundigen, andere professionals, bestuur en beleid in het veld van zowel de formele als informele zorg?

4. Welk onderzoek is hiervoor nodig?

Beantwoording van deze vragen is zelf een methodologische opgave: klassieke effectlogica schiet hier deels tekort, terwijl onderbouwing wel nodig is. Dat vraagt om participatief onderzoek met cliënten, naasten, ervaringsdeskundigen en familie-ervaringsdeskundigen als mede-onderzoekers³⁹, om combinaties van kwalitatief, kwantitatief en longitudinaal onderzoek, en om benaderingen als realist evaluation die niet alleen vragen óf iets werkt, maar waarom, voor wie en onder welke omstandigheden. Ervaringskennis en co-creatie zijn daarmee niet een apart aandachtspunt maar de onderzoeksbenadering zelf.

Ten eerste is onderzoek nodig naar de betekenis en waarde van ervaringskennis en hoe ervaringskennis en dialogisch werken herstel ondersteunt en zeggenschap en afstemming veranderen in de relatie tussen cliënt, naasten en professional, en waarom dat in de dagelijkse praktijk telkens weer stukt. Niet óf ervaringskennis werkt, maar wat het betekent en hoe partijen zich tot elkaar verhouden wanneer deze kennis meetelt, en wat maakt dat al lang gedeelde inzichten zich niet vertalen naar hoe er werkelijk wordt samengewerkt en beslist. Deze lijn is voorwaardelijk voor de andere: zolang ervaringskennis niet als volwaardig geldt, blijven afstemming en samenwerking vrijblijvend.

Ten tweede is onderzoek vereist naar de waarde, de werkzame en belemmerende mechanismen en passende evaluatiemethoden van bestaande Nederlandse praktijken, zoals lotgenotencontact, zelfregie- en herstelcentra, inzet van ervaringsdeskundigen in formele en informele zorg, community-modellen, maatjesinitiatieven en wijkgerichte herstelbenaderingen, in fysieke, online en hybride vorm. Daarbij wordt onderzocht voor wie deze praktijken van betekenis zijn, welke eigen waarde informele zorg heeft naast professionele zorg en onder welke voorwaarden deze waarde behouden blijft. Daarnaast

wordt onderzocht wat het effect is op de verschillende hersteldomeinen, eenzaamheid, terugval na opname en zorggebruik, met uitkomstmaten die aansluiten bij wat deelnemers zelf van waarde vinden.⁴⁰ Daarbij horen ook nieuwe digitale randgebieden, zoals AI-chatbots als informele steunbron buiten het zicht van de zorg, en digitale ongelijkheid in bereik en toegang.

Ten derde onderzoek dat zich richt op het samenspel tussen formele en informele zorg en ondersteuning over langere tijd, op de positie, ervaringskennis en eigen ondersteuningsbehoeften van naasten daarin en hoe deze kennis structureel wordt benut. Hierbij is het belangrijk om aandacht te hebben voor verwijs- en samenwerkingscondities die maken dat formele en informele zorg elkaar versterken in plaats van verdringen, inclusief factoren die de samenwerking met en benutting van ervaringskennis, naastenkennis en informele zorg door professionals bevorderen of belemmeren.

Ten vierde is onderzoek gewenst naar de vraag onder welke organisatorische, financiële, bestuurlijke en juridische voorwaarden informele zorg en ervaringsgestuurde initiatieven hun waarde behouden, met aandacht voor de effecten van professionalisering en opschaaling op relationele kwaliteit zoals wederkerigheid, vertrouwen en herkenning, en voor het verantwoord afbouwen van werkwijzen die herstel belemmeren. Implementatie is hier zelf onderzoeksobject: waarom landt en beklijft iets waardevols wel of niet? Dit wordt in samenhang met het kennisgebied effectief samenwerken en organiseren uitgewerkt, maar hoort inhoudelijk ook hier: de autonomie-vraag is onlosmakelijk verbonden met wat deze zorg waardevol maakt.

Tot slot is onderzoek nodig naar de momenten waarop de zorg het diepst ingrijpt: dwang en drang, de behandelrelatie, en subtielere vormen van machtsuitoefening, stigmatisering en psychisch of seksueel geweld in de zorgrelatie. Ervaringskennis is hier geen laatste redmiddel maar een primaire kennisbron. De vraag is hoe zij de praktijk in deze situaties kan heroriënteren, zodat zorg geen leed toevoegt en recht doet aan de betekenis van ontwrichtende ervaringen.

2.5. Effectief samenwerken en organiseren

1. Hoe is de situatie nu?

Een goede samenwerking tussen betrokken partijen in de zorg kan leiden tot betere uitkomsten bij cliënten en hun naasten, professionals en organisaties en/of tot minder zorgkosten. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen drie vormen van samenwerken, namelijk; de samenwerking tussen zorgprofessionals met verschillende expertise en/of uit verschillende domeinen, tussen professionals en cliënten en de samenwerking met professionals uit diverse domeinen, cliënten en naasten.

Vormen van consultatie tussen professionals met verschillende expertise en/of uit verschillende domeinen leiden mogelijk tot minder zorgkosten en meer beschikbare behandelplekken^{41,42} waarin de uitkomsten van vormen van consultatie gemodelleerd zijn. In het Integraal Zorgakkoord (IZA)/Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) worden ook andere vormen van samenwerking tussen professionals over domeinen heen gepropageerd, onder andere in de vorm van de mentale gezondheidsnetwerken.⁴³ Hiervan is de

opbrengst nog maar beperkt aangetoond. Ook zijn er andere vormen van netwerksamenwerking zoals netwerkpsychiatrie en GEM waarvan slechts onderdelen zijn onderzocht. Shared decision making is een vorm van samenwerking tussen professionals en cliënten die reeds uitgebreid onderzocht is. Hieruit blijkt onder andere dat betere implementatie van shared decision making leidt tot minder beslissings-ambivalentie en betere behandeluitkomsten.⁴⁴ De effecten van samenwerking tussen professionals, cliënten en naasten, ook wel triadisch werken, is van groot belang voor herstel en kwaliteit van zorg. Voor sommige situaties in de ggz is dit onderzocht, maar er is onvoldoende bekend hoe dit in de praktijk goed georganiseerd, ondersteund en doorgezet kan worden.

2. Wat zijn onderliggende oorzaken?

Samenwerken en organiseren zijn algemene begrippen die om een concrete uitwerking vragen en waarbij onderzocht moet worden of die concrete uitwerking en brede implementatie hiervan het beoogde resultaat oplevert. Verder speelt mee dat de lokale context in een wijk of regio veel invloed heeft op de vraag welke specifieke werkvormen voor samenwerking passend en effectief zijn. Er is behoefte aan onderzoek dat generaliseerbaar is (voor Nederland) en inzicht geeft binnen een complexe mix van beïnvloedende factoren. Tenslotte levert anders samenwerken en organiseren nieuwe dilemma's op die om onderzoek vragen, zoals rolveranderingen en veranderende competenties en verantwoordelijkheden.

3. Wat willen we bereiken?

Het doel is kennis te ontwikkelen over werkzame (elementen van) samenwerkings-, financierings- en organisatievormen in de ggz (al dan niet samen met het sociaal domein) die kunnen leiden tot brede implementatie en betere samenwerking, en verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van zorg.

4. Welk onderzoek is hiervoor nodig?

Het gaat hier om zowel actiegericht, kwalitatief, als kwantitatief onderzoek, bijvoorbeeld waarbij nieuwe met oude werkwijzen worden vergeleken op hun (kosten)effectiviteit. Niet alleen effecten voor cliënten, maar ook voor naasten, professionals en organisaties. Aangezien het om samenwerkings-, financierings- en organisatievormen gaat in de Nederlandse context zal internationale generalisatie beperkt mogelijk zijn. De onderzoeksvragen kunnen elementen bevatten van digitalisering/technologie, implementatie, en ervaringskennis/co-creatie.

Ten eerste onderzoek over de effecten van brede implementatie van specifieke (domein-overstijgende) samenwerkingsvormen in de ggz voor cliënten, naasten, professionals en organisaties, met de daarbij benodigde randvoorwaarden en financieringsvormen. Hierbij is de bruikbaarheid en kosteneffectiviteit van bestaande en nieuwe digitale hulpmiddelen ter verbetering van samenwerken en organiseren ook relevant. Denk bijvoorbeeld aan digitale (en opschaalbare) middelen voor beter contact en samenwerking tussen professionals binnen en buiten de ggz met cliënten (volwassenen, ouderen, forensische-, en verslavingszorg) en naasten, aan het mogelijk maken van een warme overdracht tussen partijen en onderzoek naar digitale triagemodellen voor bijvoorbeeld een betere samenwerking tussen de ggz en de huisarts.

Ten tweede onderzoek over hoe shared decision making gebeurt in de dagelijkse praktijk, hoe zich dit verhoudt tot de uitkomsten en hoe de praktijk van shared decision making kan worden verbeterd.

Ten derde onderzoek naar specifieke werkvormen, benodigde randvoorwaarden, en de effecten van brede implementatie van triadisch werken.^{45,46} Daarbij zou het van groot belang zijn om mengvormen van bovenstaande te onderzoeken op hun werkzaamheid en kosteneffectiviteit.

Ten vierde onderzoek naar verschillende aspecten die van belang zijn voor implementatie. Dit gaat over onderzoek naar governance-structuren (organisatie-, samenwerkingsvormen en randvoorwaarden) voor duurzame samenwerking; wat zijn barrières en succesfactoren? Een belangrijk thema betreft ervaren rolveranderingen, competenties, onderling vertrouwen, en verantwoordelijkheden bij samenwerking en bevorderende en belemmerende factoren voor deze samenwerking tussen professionals, cliënten en naasten. Ten slotte de effecten van scholing in bepaalde samenwerkingsvormen en manieren en effecten van het beter benutten van ervaringskennis bij samenwerken en t.a.v. het organiseren en het vormgeven van samenwerken in co-creatie.

Digitalisering vormt een belangrijke hefboom en tegelijk een randvoorwaarde voor de samenwerkingsvormen die dit kennisgebied onderzoekt. Onderzoek is nodig naar implementatiestrategieën voor de gangbare Nederlandse standaarden voor gegevens-uitwisseling in de zorg (FHIR/ZIB), in de ggz-keten, en het effect daarvan op continuïteit en warme overdracht. Naar AI-toepassingen die administratieve last verlagen, inclusief het netto-effect op werkplezier en beschikbare zorgcapaciteit in ggz-context. Naar federated learning als analysetechniek die variatie-onderzoek tussen instellingen mogelijk maakt zonder dat data hun instelling verlaten, aansluitend bij bestaande initiatieven zoals ARISE. En naar landelijk afgestemde kwaliteitsnormen, validatie-eisen en organisatorische volwassenheid als voorwaarde voor verantwoorde AI-opscaling. De afhankelijkheid van commerciële EPD- en AI-leveranciers, die standaardisatie structureel afremt, verdient daarbij aparte aandacht.

3. PERSPECTIEVEN

Er zijn drie perspectieven opgenomen die aandacht vragen voor thema's die van betekenis zijn voor de gehele onderzoeksprogrammering. Deze perspectieven bieden een aanvullende invalshoek en onderstrepen het belang van een levensloopbenadering en het verbinden van verschillende onderzoeksdisciplines.

3.1. Fundamenteel onderzoek

Psychiatrische stoornissen ontstaan en blijven bestaan door een wisselwerking van biologische, psychologische en sociale factoren. De relatie tussen deze factoren, psychische klachten en behandel-effectiviteit is complex, en er zijn grote individuele verschillen in hoe een factor bijdraagt aan de problematiek binnen eenzelfde diagnostisch label. Dit vraagt om een verschuiving in onderzoeksfocus: van verklaren van stoornissen als geheel, naar het voorspellen en begrijpen van specifieke psychiatrische fenomenen, individueel beloop en behandelrespons.

Een mechanistisch begrip van de onderliggende biologische processen en hun interactie met psychologische en sociale factoren kan daarbij helpen, met als centrale vragen: “wat werkt effectief onder welke omstandigheden” en “welke mechanismen bevorderen of belemmeren herstel”. Wetenschappelijk onderzoek moet daarom voldoende aandacht besteden aan mechanismen op het niveau van molecuul, cel, hersencircuits, lichaam, psyche en omgeving, én hun onderlinge interacties.

Fundamenteel onderzoek naar psychische gezondheid omvat dan ook niet alleen biologische mechanismen, maar onder meer psychologische, sociale en maatschappelijke mechanismen en hun wisselwerking. Het vraagt om een nauwe samenwerking tussen fundamentele onderzoekers en klinici: klinische vragen geven richting aan fundamenteel onderzoek, en fundamentele kennis van alle niveaus voedt op haar beurt de praktijk.

Een mechanistische aanpak kan bijdragen aan het begrijpen van kwetsbaarheid en veerkracht, het tijdig herkennen van mensen met een verhoogd risico (bijvoorbeeld via genetische, neurobiologische of neurocognitieve biomarkers), het ontwikkelen van nieuwe behandelingen (zoals farmacotherapie, neuromodulatie en psychotherapie, gebaseerd op fundamenteel inzicht in hersencircuits) en het voorspellen van behandelingseffectiviteit. Een belangrijke kennislacune daarbij is dat van de meest gebruikte behandelmethoden, van psychotherapie tot neuromodulatie en farmacologie, onvoldoende bekend is hoe zij aangrijpen op hersenniveau.

Een ambitieuze onderzoeksagenda biedt daarom volop ruimte voor fundamenteel onderzoek. Juist in vragen rond behandel-effecten, lange termijnbeloop en de invloed van sociale interactie, sekse en identiteit op kwetsbaarheid en weerbaarheid, ligt mechanistisch begrip aan de basis van echte vooruitgang. Zodat langdurig, terugkerend lijden verminderd wordt en mensen een waardevol leven kunnen leiden.

3.2. Jeugd

Een onderzoeksagenda ggz dient nadrukkelijk aandacht te hebben voor jeugd. Daarmee is zij bepalend voor de toekomst. Bijna twee derde van de psychische aandoeningen begint voor de leeftijd van 25 jaar en een derde voor de leeftijd van 14 jaar. Aandacht voor de mentale gezondheid van jongeren is een investering in hun toekomst, het verkleinen van de instroom in de volwassenen ggz en het voorkomen van ernstige problemen later.

Psychopathologie kent geen schotten, noch in de levensloop, bij de transitie van 18- naar 18+, noch in de wisselwerking tussen gezinsleden. Schotten in financiering van onderzoek en zorg belemmeren het zoeken naar oplossingen voor intergenerationele en transitieproblematiek, die grote zorgkosten met zich meebrengen. Het wegnemen van schotten biedt daarmee omgekeerd juist perspectief op mentale gezondheid en op het voorkomen of beperken van maatschappelijke en persoonlijke impact van ernstige ziekte op volwassen leeftijd.

De jeugdhulp staat onder druk: ongeveer 1 op de 7 jongeren heeft een jeugdhulpvraag, terwijl jeugd-ggz en jeugdhulporganisaties moeite hebben om aan deze vraag te voldoen. Rapporten buitelen over elkaar heen: Boemerangbeleid⁴⁷, Rapportage psychosociale autopsie 2025⁴⁸, Groeipijn⁴⁹, Kwetsbare kinderen, kwetsbaar stelsel⁵⁰ zijn slechts enkele rapporten die laten zien dat goede zorg, geleverd door hardwerkende professionals, jongeren en hun gezinnen niet altijd vooruithelpt.

Onderzoek kan bijdragen aan de oplossing van dit probleem. Mentale problemen ontstaan zelden in één domein en worden zelden vanuit één domein behandeld. Onderzoek moet zich erop richten de effectiviteit van jeugd-ggz te vergroten; domein-overstijgend, in de maatschappij en in het dagelijks leven van jongeren en hun gezinnen met als belangrijk doel het voorkomen van ernstige psychopathologie op volwassen leeftijd.

Thema's uit de agenda zijn direct relevant voor jeugd, zoals werkzame elementen rondom bevorderen van mentale gezondheid en veerkracht, samenwerking met (in)formele netwerken en doelmatiger interventies (inclusief groepen, lichtere en kortere interventies) om de zo cruciale toegankelijkheid van zorg voor alle jongeren te garanderen, een toenemend zorginfarct in de ggz te beteugelen en een mentaal gezonde toekomst te creëren voor de komende generaties.

3.3. Ouderen

Wanneer een oudere kampt met psychiatrische problematiek, is het belangrijk dat er goede diagnostiek, passende behandeling, zorg en ondersteuning geboden wordt.^{51,52,53} Nog te vaak is er sprake van onderdiagnostiek en onderbehandeling bij ouderen. Klachten worden niet herkend of uitgelegd als passend bij de leeftijd. Behandel mogelijkheden worden onderschat.

Goede zorg en behandeling van ouderen met psychiatrische problematiek beperkt zich niet tot een specifiek domein (eerstelijns, ziekenhuis, ggz, Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT)) of discipline.

Nederland telt in 2026 3,8 miljoen inwoners van 65 jaar of ouder.⁵⁴ Dit is 20,8% van de totale Nederlandse bevolking. Een kwart daarvan is 80+. Het aantal ouderen groeit tot een kwart van de bevolking in 2050, waarbij het aantal 80+ verdubbelt.

Uit de NEMESIS-3-studie⁶ blijkt dat de jaarprevalentie van psychiatrische aandoeningen op oudere leeftijd bijna 14% is, waarbij angststoornissen en depressies het meeste voorkomen, met respectievelijk 8,7% en 4,9%. NEMESIS-3-studie vermeldt echter geen gegevens van 75-plussers en van meerdere frequent voorkomende psychiatrische aandoeningen. De totale prevalentie van psychiatrische aandoeningen bij ouderen ligt dus substantieel hoger.

De demografische veranderingen zullen grote gevolgen hebben voor de leeftijdsopbouw van de patiëntengroep die verwezen wordt naar de sggz. In samenhang met de epidemiologie dwingt dit tot een strategie om de verwachte stijging in volume en zorgvraag te managen.

Onderzoek kan bijdragen aan meer kosteneffectieve ggz-zorg en verlaging van onnodige somatische zorgconsumptie. Een doorontwikkeling van het voor deze doelgroep specifieke behandelaanbod op basis van gericht wetenschappelijk onderzoek is nodig, zeker omdat ouderen nog veelal worden uitgesloten van onderzoek.

Onderzoek dient enerzijds erop gericht te zijn om bestaande behandelingen aan te passen aan de specifieke kenmerken van de oudere doelgroep, anderzijds op het ontwikkelen van leeftijdsspecifieke behandelingen die expliciet rekening houden met lichamelijke en cognitieve achteruitgang en veranderende sociale rollen bij het ouder worden.

BIJDRAGEN AAN DE TOTSTANDKOMING

Deze personen en organisaties hebben bijgedragen aan de totstandkoming van deze onderzoeksagenda. In het proces om te komen tot deze agenda hebben alle organisaties in de sector de gelegenheid gehad om informatie aan te dragen. Het proces is beschreven in bijlage I.

Auteurs

Aartjan Beekman
Arjan Videler
Barbara Stringer
Berno van Meijel
Chris Smislaert
Christiaan Levelt
Christiaan Vis
Claudi Bockting
Dienke Boertien
Dwayne Meijnckens
Marie-José van Tol
Mariken de Koning
Marjolein Geurts
Nathalie Wils
Niels Mulder
Nynke Boonstra
Patty Leijten
Roel Mocking
Tjeerd van Rees Vellinga
Ton Dhondt

Referenten

Aline Pelle
Anne Kole
Annemieke Dols
Astrid Vellinga
Ben Roelands
Bert Stavenuiter
Carola van Alphen
Cathelijn Tjaden
Christiaan Vinkers
Cisca Goedhart
Daniëlle van Duin
Dienke Bos
Dorien Smit
Edwin de Beurs
Hanneke Schaap
Hans Kroon
Inge Jager

Ismay Veldhuijsen
Ivonne Berkers
Jaap Schrieke
Janneke Weelink
Janneke Zinkstok
Jeffrey Klaassen
Jeroen de Haan – Rißmann
Karen Bogers
Karin Sok
Liesbeth de Vlieg
Lisette van der Meer
Marc Noom
Margit van der Meulen
Marieke van der Pluijm
Marieke Wollaars
Marc Verbraak
Marlies Brouwer
Max Huber
Michiel van den Oever
Nathan Bachrach
Philippe Delespaul
Pim Cuijpers
Simona Karbouniaris
Suzan Hofhuis
Tara Knecht
Thijs Burger
Toon Bierman
Wendy van der Veldt
Youp van Zorge

Organisaties

Organisaties betrokken bij de ZonMw-bijeenkomst:

- Akwa GGZ
- De Nederlandse ggz
- Impact leaders ZonMw
- Hogeschool Utrecht
- MEERGGZ
- MIND

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- Nederlandse Vereniging voor Zelfregie en Herstel (NVZH)
- Trimbos-instituut
- Vaktherapie Nederland
- Valente
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)
- Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGK)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Verslavingskunde Nederland
- ZonMw
- Zorginstituut Nederland
- Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)
- Levvel
- MIND
- Nederland Instituut voor Forensische Psychiatrie (NIFP)
- Nederland Kenniscentrum Angst, Dwang en Depressie (NEDKAD)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Nederlands Jeugdinstituut (NJI)
- Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- Nederlandse Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie (NVRG)
- Pieter Baan Centrum
- Radboudumc
- SEIN Slaap-Waakcentrum
- Sental

De sectorbrede enquête is namens de volgende organisaties ingevuld:

- Amsterdam UMC
- Arkin
- Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE)
- Chat your mind free
- De Nederlandse ggz
- Dimence Groep
- Erasmus MC
- Expertisecentrum
- Forensische Psychiatrie (EFP)
- GGNet
- GGZ Centraal
- GGZ Friesland
- GGZ inGeest
- Hooggevoelig heel gewoon
- Hoogsensitief.NL
- Inholland
- Karakter
- Kenniscentrum Inclusieve GGZ (KIG)
- Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen
- Kenniscentrum Phrenos
- Kennisplatform AI in de GGZ
- Stichting TOPGGZ
- Trimbos-instituut
- UMC Utrecht
- Universiteit van Amsterdam (UvA)
- Vaktherapie Nederland
- Vereniging van Geestelijke VerZorgers (VGVZ)
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Verslavingskunde Nederland
- Ypsilon

LITERATUURLIJST

Bij de totstandkoming van deze onderzoeksagenda is gebruikgemaakt van generatieve AI als ondersteunend hulpmiddel van het schrijf- en redactieproces. De inhoud is mede gebaseerd op de hieronder vermelde bronnen:

1. World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/40e5a13a-fe50-4efa-b56d-6e8cf00d5bfa/content>
2. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2025). *Monitor mentale gezondheid*. www.monitormentalegezondheid.nl
3. World Health Organization. (2025). *Mental health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
4. Pharos. (2023). *Mentale gezondheid: kijken door de ogen van de mensen om wie het gaat*. [PHAROS-Rapportage-verkenning-mentale-gezondheid.pdf](https://pharos.nl/rapportage-verkenning-mentale-gezondheid.pdf)
5. Rijksoverheid. (2025). *Uit balans: IBO mentale gezondheid en ggz*. <https://open.overheid.nl/documenten/c0d175e4-d3ee-4b27-9a8c-a734e6365107/file>
6. Trimbos instituut. (z.d.). *Psychische gezondheid & ggz – cijfers*. <https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/psychische-gezondheid-ggz/>
7. Nederlandse Zorgautoriteit. (z.d.). *Kerncijfers geestelijke gezondheidszorg (ggz)*. <https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz/kerncijfers-geestelijke-gezondheidszorg-ggz>
8. Centraal Bureau voor de Statistiek. (2024). *Nederland in cijfers 2024: Hoe snel groeit onze bevolking?* <https://longreads.cbs.nl/nederland-in-cijfers-2024/hoe-snel-groeit-onze-bevolking/>
9. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (z.d.). *Gevolgen van mentale ongezondheid*. <https://www.rivm.nl/mentale-gezondheid/monitor/gevolgen-mentale-ongezondheid>
10. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (z.d.). *Monitor Mentale Gezondheid: Percentage jeugdigen dat gebruik maakt van jeugdhulp* <https://www.rivm.nl/mentale-gezondheid/monitor/gevolgen-mentale-ongezondheid/jeugdhulp>
11. OECD. (2021). *A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health*. OECD Publishing. https://www.oecd.org/en/publications/a-new-benchmark-for-mental-health-systems_4ed890f6-en.html
12. Trimbos-instituut. (2025). *Ggz uit de knel: Verkenning van mogelijkheden en valkuilen van het actuele hervormingsnarratief*. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2025/10/AF2059-Ggz-uit-de-knel.pdf>
13. ZonMw. (2022). *Tussentijdse evaluatie onderzoeksprogramma GGZ*. https://www.zonmw.nl/sites/zonmw/files/typo3-migrated-files/Tussentijdse_evaluatie_Onderzoeksprogramma_ggz_21_april_2022.pdf
14. Lokkerbol, J., Lokman, S., Janssen, R., Evers, S., & Smit, F. (2016). *Rendeert zorgonderzoek in de ggz?* Centrum voor Economische Evaluatie, Trimbos-instituut. <https://repub.eur.nl/pub/103570/AF1463-Rendeert-zorgonderzoek-in-de-GGZv2.pdf>
15. Stoyanova, R. & Woelbert, E. (2026). *Mental Health Research Funding: A Decade of Growth, Inequity, and What Comes Next*. figshare. <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.32051778.v3>

16. Wortzel, J. R., Turner, B. E., Weeks, B. T., Fragassi, C., Ramos, V., Truong, T., ... & Lee, H. B. (2020). Trends in mental health clinical research: Characterizing the ClinicalTrials.gov registry from 2007–2018. *PloS one*, 15(6), e0233996.
17. MacEwan, J. P., Seabury, S., Aigbogun, M. S., Kamat, S., van Eijndhoven, E., Francois, C., ... & Citrome, L. (2016). Pharmaceutical innovation in the treatment of schizophrenia and mental disorders compared with other diseases. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 13(7–8), 17.
18. ZonMw. (z.d.) *Preventieprogramma 2023–2026*. <https://www.zonmw.nl/nl/programma/preventieprogramma-2023-2026>
19. ZonMw. (2023). *Goed Gebruik Geneesmiddelen*. ZonMw. <https://www.zonmw.nl/nl/programma/goed-gebruik-geneesmiddelen>
20. ZonMw. (2024). *Zorgevaluatie en Gepast Gebruik 2024–2028*. <https://www.zonmw.nl/nl/programma/zorgevaluatie-gepast-gebruik-2024-2028>
21. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2026) *Schriftelijk Overleg (SO) inzake Inbreng schriftelijk overleg Verzamelbrief curatieve ggz (25424–768)*. <https://open.overheid.nl/documenten/f8eb0313-9c08-4a24-9237-47716b291596/file>
22. ZonMw. (2026). *Nieuw programma Wat werkt voor de jeugd 2026–2032 van start*. https://www.zonmw.nl/nl/nieuws/nieuw-programma-wat-werkt-voor-de-jeugd-2026-2032-van-start?utm_medium=email
23. Leucht, S., Hierl, S., Kissling, W., Dold, M., & Davis, J. M. (2012). Putting the efficacy of psychiatric and general medicine medication into perspective: Review of meta-analyses. *The British Journal of Psychiatry*, 200(2), 97–106. doi: 10.1192/bjp.bp.111.096594
24. Delespaul, P. H., & Consensusgroep EPA. (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.
25. Yang, Y., Fang, F., Arnberg, F. K., Kuja-Halkola, R., D’Onofrio, B. M., Larsson, H., Brikell, I., Chang, Z., Andreassen, O. A., Lichtenstein, P., Valdimarsdóttir, U. A., & Lu, D. (2024). Sex differences in clinically diagnosed psychiatric disorders over the lifespan: A nationwide register-based study in Sweden. *The Lancet Regional Health–Europe*, 47. doi: 10.1016/j.lanepe.2024.101105
26. Sommer, I.E., Brand, B.A., Stuijt, C.C.M., & Touw, D.J. (2024). Sex differences need to be considered when treating women with psychotropic drugs. *World Psychiatry*, 23(1), 151. doi: 10.1002/wps.21155
27. Baams, L., Ten Have, M., De Graaf, R., & De Jonge, P. (2021). Childhood trauma and bullying-victimization as an explanation for differences in mental disorders by sexual orientation. *Journal of psychiatric research*, 137, 225–231. doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.02.046
28. Frost, D.M., & Meyer, I.H. (2023). Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. *Current opinion in psychology*, 51, 101579. doi: 10.1016/j.copsyc.2023.101579
29. Hallo van Bakkum, A.B.M., Strijbos, D.W., Schuhmann, C., & Braam, A.W. (2025). Finding Meaning in Psychiatric Recovery: A Literature Review of Approaches to Meaning in Life Within Mental Healthcare. *Journal of religion and health*, 64(5), 3566–3591. doi: [10.1007/s10943-025-02387-3](https://doi.org/10.1007/s10943-025-02387-3)
30. Chuang, S.P., Wu, J.Y.W., & Wang, C.S. (2023). Resilience and Quality of Life in People with Mental Illness: A Systematic Review and Meta Analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 507–514. doi: [10.2147/NDT.S392332](https://doi.org/10.2147/NDT.S392332)

31. Vieten, C., Oxhandler, H.K., Pearce, M., Fry, N., Tanega, C., & Pargament, K. (2023). Mental health professionals' perspectives on the relevance of religion and spirituality to mental health care. *BMC psychology*, 11(1), 439. doi: 10.1186/s40359-023-01466-y
32. De Diego Cordero, R., López Tarrida, Á.C., Linero Narváez, C., & Galán González Serna, J.M. (2023). "More spiritual health professionals provide different care": a qualitative study in the field of mental health. *Healthcare*, 11(3), 303. doi: 10.3390/healthcare11030303
33. Akwa GGZ. (2023). *Arbeid als medicijn*. <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/arbeid-als-medicijn>
34. Kenniscentrum Phrenos. (2022). *Beroepscompetentieprofiel Ervaringsdeskundigheid*. <https://kenniscentrumphrenos.nl/kennisproduct/beroepscompetentieprofiel-ervaringsdeskundigheid/>
35. Vereniging van Ervaringsdeskundigen (z.d.). *Kwaliteitssysteem voor Ervaringsdeskundigen*. <https://vved.org/kve/>
36. Boertien, D. (2026). *Verdieping van herstelondersteuning door ervaringskennis en dialoog*. <https://kenniscentrumphrenos.nl/kennisproduct/herstelondersteuning-door-ervaringskennis-dialogische-werkvormen/>
37. Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Oxford: Oxford University Press. <https://circulosemiotico.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/05/fricker-miranda-epistemic-injustice.pdf>
38. Bredewold, F., Duyvendak, J.W., Kampen, T., Tonkens, E. & Verplanke, L. (2018). *De verhuizing van de verzorgingsstaat*. Amsterdam: Van Genneep. <https://www.instituutgak.nl/wp-content/uploads/2018/10/Verhuizing-van-de-verzorgingsstaat.pdf>
39. Smits, D. W., Van Meeteren, K., Klem, M., Alsem, M., Ketelaar, M., et al. (2020). Designing a tool to support patient and public involvement in research projects: The involvement matrix. *Research Involvement and Engagement*, 6(30). doi:10.1186/s40900-020-00188-4
40. Boertien, D. & Van Bakel, M. (2012). *Handreiking voor de inzet van ervaringsdeskundigheid vanuit de geestelijke gezondheidszorg*. <https://www.trimbos.nl/docs/5e12cfe6-c412-4c40-919d-8cd13c7a5e5e.pdf>
41. Beekman, A. T. F., Spijker, J., Kok, R., Blom, M., Stikkelbroek, Y. A. J., Hoenders, H. J. R., ... & Kamphuis, J. (2025). Consultatie voor patiënten met persisterende depressie: een verkennende impactanalyse. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 496-503.
42. Voogt, C. V., Kok, R., van Bueren, M., van Furth, E. F., & Mares, S. H. W. (2026). Hoogspeci- alistische consultatie bij eetstoornissen: een verkennende economische impactana- lyse. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 68(04), 168-174.
43. Landelijk Programma Mentale Gezondheidsnetwerken. (z.d.). *Mentale gezondheids- netwerken*. <https://www.mentalegezondheidsnetwerken.nl/>
44. M.J. Metz, M.A. Veerbeek, I. Elfeddali, E. de Beurs, C.M. van der Feltz-Cornelis, A.T.F. Beekman. (2019). Samen beslissen in de ggz; onderzoek naar toegevoegde waarde voor patiënten en behandelaars. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 61(7), 487-497.
45. Mulder, C.L., Weeghel, J., Delespaul, P., Bovenberg, F., Berkvens, B., Leeman, E., Kroon, H., Mierlo T van, Kienhorst G. (2020). *Netwerkpsychiatrie: Samenwerken aan herstel en gezondheid*. Amsterdam: Boom.
46. Tjaden, C., Mulder, C. L., Den Hollander, W., Castelein, S., Delespaul, P., Keet, R., ... & Kroon, H. (2021). Effectiveness of resource groups for improving empowerment, quality of life, and functioning of people with severe mental illness: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 78(12), 1309-1318. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.2880

47. Rodriguez Rivas Stellaard, S. D. (2023). *Boemerangbeleid: Over aanhoudende tragiek in passend onderwijs en jeugdzorgbeleid* (Masterthesis). Vrije Universiteit Amsterdam. doi:10.5463/thesis.141
48. I13 Zelfmoordpreventie. (2025). *Rapportage psychosociale autopsie*. <https://www.i13.nl/rapport-psa>
49. Deskundigencommissie Jeugd. (2025). *Groeipijn: Advies over de toekomst van de jeugdhulp*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/2025/01/30/advies-deskundigencommissie-hervormingsagenda-jeugd>
50. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). (2025). *Kwetsbare kinderen, kwetsbaar stelsel*. <https://www.igj.nl/documenten/2025/09/25/kwetsbare-kinderen-kwetsbaar-stelsel>
51. Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie. (2023). *Kennisagenda Ouderenpsychiatrie*. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2024/04/202404-Kennisagenda-Ouderenpsychiatrie-versie-7.pdf>
52. Stichting Ouderenpsychiatrie Nederland. (z.d.). *Ouderenpsychiatrie Nederland*. <http://ouderen-psychiatrie.nl/>
53. Hendriks, G. J., Sobczak, S., Oudega, M. L., Jeurig, H., van Exel, E., Rhebergen, D., & Oude Voshaar, R. C. (2025). Ouderenpsychiatrie van morgen: oplossingsrichtingen voor een toekomstbestendige zorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 67(2), 84-88.
54. Centraal Bureau voor de Statistiek. (z.d.). *Dashboard bevolking: Ouderen*. <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/ouderen>

BIJLAGEN

I. Procesbeschrijving

Deze onderzoeksagenda is ontwikkeld volgens een vooraf vastgestelde tijdslijn van ZonMw, waarbij in nauwe afstemming met ZonMw en het ggz-kwintet is gezocht naar een zo optimaal mogelijke planning. Het proces is bovendien vooraf afgestemd en goedgekeurd door zowel ZonMw (opdrachtgever) als het ggz-kwintet (opdrachtnemer). De uitvoering lag bij afvaardigingen van het ggz-kwintet, onder leiding van Roel Mocking (vanuit zijn rol als voorzitter van de Commissie Wetenschappelijke Activiteiten van ggz-kwintetpartner NVvP), met ondersteuning van BeBright.

Deze onderzoeksagenda is ontwikkeld in drie opeenvolgende stappen. In maart 2026 is gestart met literatuuronderzoek en een sectorbrede enquête (stap 1). Op basis hiervan is een longlist van kennisgebieden opgesteld. In april en mei is deze longlist geprioriteerd, waarbij de uitkomsten tijdens de ZonMw-bijeenkomst van 23 april gezamenlijk zijn besproken en vervolgens zijn vertaald naar een definitieve shortlist (stap 2). Na vaststelling van deze shortlist door het directeurenoverleg op 18 mei zijn penvoerders gestart met de inhoudelijke uitwerking van de definitieve kennisgebieden (stap 3).

Maart – Literatuuronderzoek en sectorbrede enquête als basis voor de longlist

- Op basis van literatuuronderzoek is een eerste overzicht opgesteld van relevante kennisgebieden binnen de ggz.
- Hierna is een sectorbrede enquête uitgezet om thema's, kennishiaten en aandachtspunten op te halen bij betrokken organisaties en experts. Hiervoor zijn 20 organisaties gericht benaderd voor de enquête en is deze via LinkedIn en nieuwsbrieven breed verspreid binnen de sector.
- 67 personen hebben de enquête ingevuld. Zij waren vertegenwoordigers van branche- en beroepsverenigingen, kenniscentra, universiteiten, ggz-instellingen en andere betrokken partijen.
- Op basis van de enquête zijn er nieuwe kennisgebieden toegevoegd of gewijzigd, de definitieve longlist bevat 24 kennisgebieden.

April en mei – Prioritering van de longlist tot shortlist

- De longlist is vertaald naar een online vragenlijst en voorgelegd ter prioritering aan aanwezige koepelorganisaties van de ZonMw-bijeenkomst 23 april. Per organisatie nam één vertegenwoordiger deel aan deze online vragenlijst.
- Voor deze prioritering zijn drie criteria gehanteerd: maatschappelijke impact, bijdrage aan kwaliteit van leven en transformatiepotentieel. Per criterium konden tien kennisgebieden worden geprioriteerd.
- Daarnaast is gekeken naar haalbaarheid, overlap met andere kennisagenda's en spreiding over verschillende tijdshorizonnen.
- Tijdens de ZonMw-bijeenkomst van 23 april is gezamenlijk gereflecteerd op de uitkomsten van de prioritering.
- De resultaten zijn vervolgens geïnterpreteerd door experts en beleidsadviseurs vanuit het Kwintet en vertaald naar een voorstel voor een shortlist.
- De definitieve shortlist is op 18 mei besproken in het directeurenoverleg en vastgesteld

door de directeuren van het ggz-kwintet. Deze shortlist bestaat uit vijf inhoudelijke kennisgebieden en drie doorsnijdende thema's.

Mei, juni en juli – Schrijfproces

- Na vaststelling van de shortlist zijn per kennisgebied, in samenspraak met het ggz-kwintet, penvoerders aangewezen voor de inhoudelijke uitwerking. Daarbij hebben de penvoerders van de doorsnijdende thema's input geleverd aan de penvoerders van de kennisgebieden, zodat deze thema's integraal in de verschillende kennisgebieden konden worden verwerkt.
- De penvoerders werkten de kennisgebieden uit op basis van een gezamenlijk format.
- Tijdens een feedbackronde hebben de penvoerders feedbackgevers aangedragen die vanuit hun expertise hebben meegedacht over de conceptteksten.
- Daarnaast hebben experts en beleidsadviseurs vanuit het ggz-kwintet feedback geleverd op alle kennisgebieden.
- Voor de uitwerking van de perspectieven zijn afzonderlijke auteurs aangewezen die deze vanuit specifieke perspectieven hebben beschreven.
- Vervolgens zijn alle teksten integraal aangescherpt in een redactionele eindslag om inhoudelijke kwaliteit, consistentie en samenhang tussen de verschillende kennisgebieden te borgen.

II. Longlist kennisgebieden

1. Ontstaan en beloop van psychiatrische aandoeningen

1.1 Mechanismen en interacties

- Gedeelde en onderscheidende mechanismen (biologisch, psychologisch, sociaal) en hun interactie in het ontstaan en beloop van verschillende vormen van psychische ontregeling, inclusief terugval, stabilisatie, non-response en spontaan herstel
- Interacties tussen het brein, andere lichaamssystemen en gedrag, gedachten en gevoelens bij psychische aandoeningen
- Interacties tussen psychische en somatische klachten en aandoeningen (comorbiditeit en multimorbiditeit)

2. Diagnostiek en prognose

2.1 Diagnostische kwaliteit

- Inzicht in de kwaliteit en waarde van diagnostiek en hoe dit ervaren wordt door cliënten en naasten
- Inzicht in de kwaliteit en waarde van classificatie en alternatieve classificatiemodellen
- Herkennen van onderliggende stoornissen en (jeugd)trauma en effect van onderdiagnostiek
- Classificatie en diagnostische kwaliteit van psychiatrische aandoeningen bij subgroepen, zoals laag-cognitief, sociaal-emotioneel niveau

2.2 Transdiagnostische aanpak

- Meerwaarde van transdiagnostisch werken en methoden om dit effectief toe te passen
- Herkennen van transdiagnostische patronen van klachten
- Transdiagnostische profilering

2.3 Vroegsignalering en risicotaxatie

- Biologische, psychologische, sociale en omgevingsfactoren die bijdragen aan risicotoenname
- Verbeteren van voorspellen en signaleren van risico's voor escalatie en delictgedrag en de rol die cliënten zelf, peers en naasten kunnen spelen
- Differentiatie in en accurateheid van risicotaxatie-instrumenten
- Integratie van risicomangement in de behandelpraktijk

3. Behandeling, begeleiding en interventies

3.1 Effecten van behandelen

- Klinisch en maatschappelijk relevante en gepersonaliseerde uitkomstmaten, inclusief persoonlijk en maatschappelijk herstel, functioneren, participatie en kwaliteit van leven van cliënten en naasten en de relatie daartussen en ervaren eigen regie
- Hoe krijgt passende zorg vorm in de kinder- en jeugdpsychiatrie
- Ontwikkeling van nieuwe farmacotherapie, psychotherapie, neuromodulatie en andere behandelinterventies zoals vaktherapie, lichaamsgericht werken en verpleegkundige zorg

- (lange termijn) Effecten en veiligheid van psychotherapie, neuromodulatie en andere behandelinterventies zoals vaktherapie, lichaamsgericht werken en verpleegkundige zorg
- Effecten van combinaties van bestaande behandelingen en volgordelijke inzet
- Bijdrage van substitutie en groepsaanbod voor het verminderen van schaarste, met behoud van kwaliteit
- Effecten van interventies om terugval te voorkomen, waaronder zelfmonitoring, peersupport en naastenbetrokkenheid in verschillende settings

3.2 Effecten van andere interventies

- Effectieve woonzorgmodellen voor cliënten met complexe problematiek
- (lange termijn) Effecten en werkzame mechanismen van herstelgerichte en community-based ondersteuning voor persoonlijk en maatschappelijke herstel
- De rol van naasten in behandeling, interventies en herstelprocessen en de effecten van samenwerking tussen cliënt, naaste en professional inclusief de effecten van de therapeutische relatie
- De rol van digitale monitoring en datafeedback in het verbeteren van mentale gezondheid van cliënten

3.3 Gepersonaliseerde psychiatrie

- Inzicht in welke behandeling of interventie (inclusief klinische opname, farmacologisch etc) werkt voor welke cliënt, met welk probleem en behoeften, in welke situatie en achterliggende mechanismen
- Hoe diagnostiek, classificatie en predictoren behandelkeuze in het proces van gedeelde besluitvorming gepersonaliseerd kunnen ondersteunen

3.4 Informele zorg en ervaringsdeskundigheid

- De waarde en effecten van ervaringsdeskundigheid, peer-support, informele zorg en het bieden van holding, voor, tijdens en na zorg
- Interventies voor die bijdragen aan versterken van eigen regie, empowerment en kwaliteit van leven van cliënten en naasten

4. Preventie

4.1 Mentale gezondheid en veerkracht

- De invloed van zingeving, ervaringen en sociale interactie op mentaal welzijn bij mensen met een psychische aandoening
- De invloed van sekse, identiteit en diversiteit (zoals gender en seksuele oriëntatie) op mentale gezondheid van mensen met een psychische aandoening
- Verhouding tussen risicofactoren en beschermende factoren bij mentaal welzijn en mentale veerkracht bij mensen met een psychische aandoening
- De rol van werk en participatie voor mentale gezondheid en herstel en hoe dit bevorderd kan worden

4.2 Leefstijl en psychiatrie

- Relatie tussen leefstijl en determinanten van mentale gezondheid bij mensen met een psychische aandoening
- Effecten van leefstijlzorg voor cliënten

5. Sociale en maatschappelijke determinanten

5.1 Stigma en uitsluiting

- Werkingsmechanismen van langdurige sociale uitsluiting op psychische problemen
- Invloed van stigma (zelf, structureel, iatrogeen, associatief) en uitsluiting op psychisch functioneren, psychische klachten, behandeling, herstel en kwaliteit van leven
- Strategieën om stigmatisering te voorkomen en verminderen
- Gevolgen van uitsluiting van mensen met minder digitale vaardigheden

5.2 Kwetsbaarheid en armoede

- Werkingsmechanismen van armoede en bestaansonzekerheid op mentale gezondheid bij psychische aandoeningen
- Effectief omgaan met een combinatie van psychische aandoening en armoede of bestaansonzekerheid

5.3 Digitalisering van de maatschappij

- De invloed van maatschappelijke versnelling, digitalisering en sociale media op mentale ontregeling en mentale gezondheid

6. Organisatie van zorg

6.1 Instroom en toegankelijkheid

- Systeemfactoren die bijdragen aan onnodige instroom
- Effectieve interventies om instroom te voorkomen
- Verbeteren van toeleiding naar zorg en matching van cliënt aan behandelsetting
- Behouden en borgen van beschikbaarheid en toegankelijkheid van cruciale ggz

6.2 Effecten van zorg in verschillende settings

- Effecten en variatie in behandeluitkomsten tussen settings en organisaties
- Strategieën en methoden om variatie tussen instellingen te verminderen
- Strategieën en methoden om verschillen tussen instellingen te benutten als een bron van kennis en innovatie

6.3 Digitalisering en technologie

- Kansen voor benutten van digitalisering in diagnostiek, indicatiestelling, behandeling en begeleiding voor cliënten en naasten

6.4 Vergroening

- Waar liggen mogelijkheden om bij te dragen aan vergroening vanuit de ggz?

6.5 Effectief samenwerken en organiseren

- Kwaliteitsverbetering door betere ketensamenwerking en warme overdracht in de ggz
- Organisatie- en samenwerkingsvormen die bijdragen aan duurzame kwaliteitsverbetering, bijvoorbeeld het tegengaan van fragmentatie
- Implementatie van interventies, methoden en werkwijze in de ggz
- Aandacht voor diversiteit en inclusie in de ggz
- Verbetering van werkplezier, veerkracht en inzetbaarheid van zorgprofessionals

6.6 Effectief domeinoverstijgend samenwerken

- Effect van betere integratie tussen ggz en daarbuiten inclusief sociaal domein, huisartsen, ouderen-, forensische, en verslavingszorg
- Criteria voor triage in samenwerking tussen huisartsenzorg en ggz
- Domeinoverstijgende samenwerkingsmodellen en financieringsvormen

7. Ethiek en recht

7.1 Euthanasie en wilsbekwaamheid

- Ethische en klinische vraagstukken rond euthanasie bij psychiatrische aandoeningen
- Wilsbekwaamheid en de grenzen van behandelen

7.2 Dwang, drang en vrijheidsbeperking

- Effectieve methoden om dwang en crisisopnames te verminderen
- Lange-termijn effecten van dwang op behandeluitkomsten en ervaren impact op herstel, vertrouwen en autonomie van cliënten en naasten
- Relatie van dwang en mensenrechtenvraagstukken met herstel
- Effecten van drangmaatregelen op vertrouwen in de zorg en behandeluitkomsten

8. Specifieke doelgroepen en contexten

8.1 Multiproblematiek

- Oorzaken van en oplossing voor toename in complexe problematiek bij jongeren
- Effectieve interventies en behandeling voor personen met multiproblematiek
- De waarde van systeemgericht werken bij ernstige en langdurige problematiek

9. Onderzoek en innovatie

9.1 Onderzoek naar onderzoek

- Onderzoeksdiseins voor complexe interventies vanuit complexiteitsbenadering
- Onderzoek naar de impact van cliënten- en naastenparticipatie bij het doen van onderzoek in de GGZ
- Praktijkkennis benutten als onderzoeksbron
- Betere kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden en combinaties daartussen
- Sterker verbinden van (neuro)wetenschap en klinische praktijk
- Stimuleren serendipiteit binnen ggz onderzoek
- Kosteneffectiviteit van investering in ggz onderzoek (wat levert onderzoek in de GGZ op)
- Onderzoek doen naar stimuleren van commerciële en filantropische partijen om te investeren in innovatie in de ggz

9.2 Leren en verbeteren

- Nieuwe en systematische vormen van kennisdeling voor implementatie van nieuwe kennis in praktijk
- Onderzoek voor vergroten lerend vermogen van de sector

Colofon

Uitgave van het ggz-kwintet: de Nederlandse ggz, MIND, Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

Met ondersteuning van:
BeBright

Financiering:
ZonMw

Foto: iStock
Uitgave: september 2026
Alle rechten voorbehouden ©2026

**“Goede kennis-
ontwikkeling is
een noodzakelijke
voorwaarde
voor toekomst-
bestendige zorg.”**

de
Nederlandse
ggz

NEDERLANDSE
VERENIGING VOOR
PSYCHIATRIE 



NIP 
Nederlands Instituut
van Psychologen

v&vn