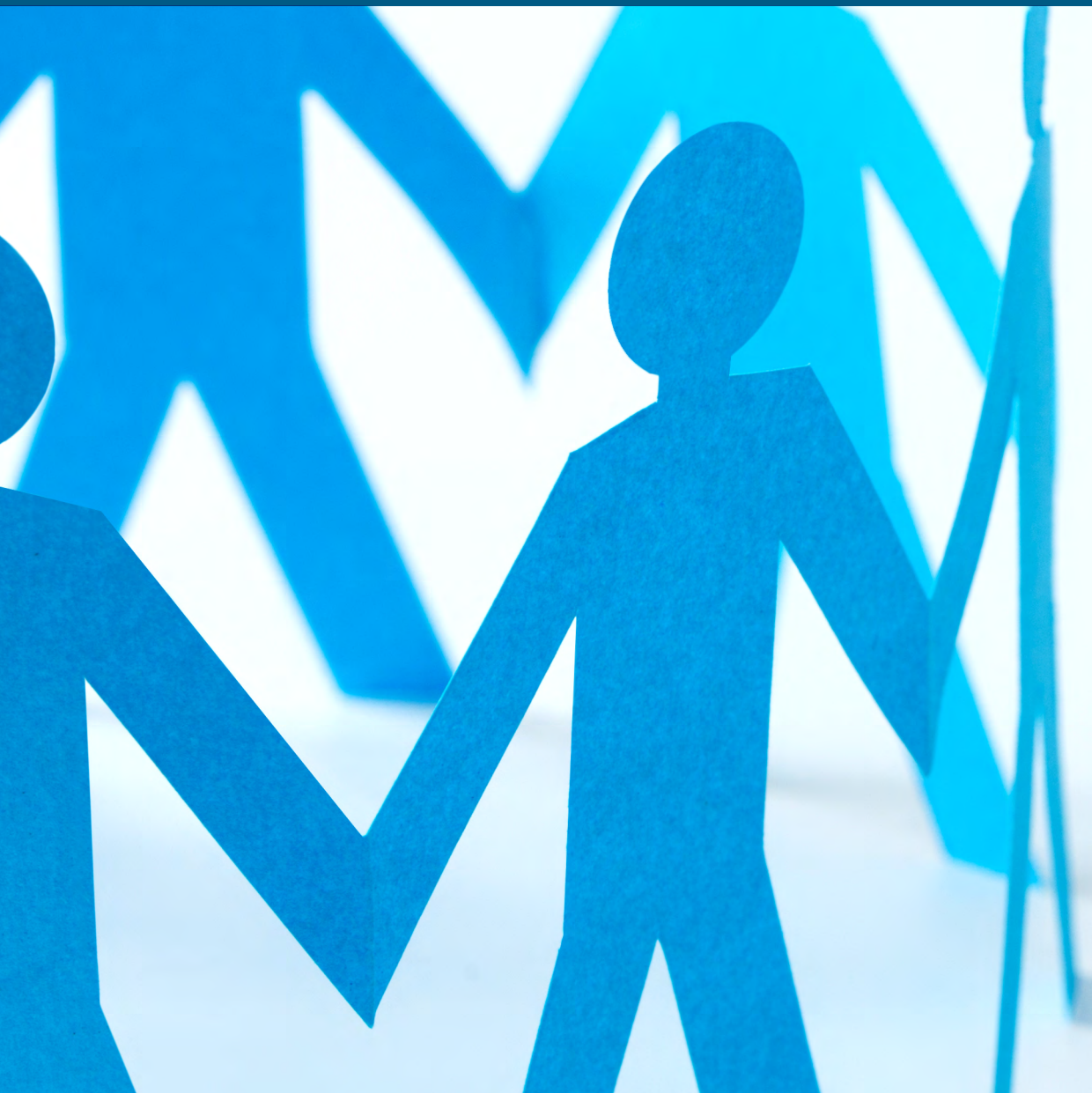


# Panel Psychisch Gezien 2024

Leefsituatie en ontvangen zorg





Aafje Knispel, Anne van Jaarsveld, Lex Hulsbosch, Isabelle Janson,  
Marloes van Wezel, Hans Kroon

# Panel Psychisch Gezien 2024

Leefsituatie en ontvangen zorg

Trimbos-instituut, Utrecht, 2025

## Colofon

*Opdrachtgever*  
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

*Financier*  
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

*Projectleiding*  
Aafje Knispel

*Auteurs*  
Aafje Knispel, Anne van Jaarsveld, Lex Hulsbosch, Isabelle Janson, Marloes van Wezel,  
Hans Kroon

*Met medewerking van*  
Mark Vergeer, Robin Smits

*Project-assistentie*  
Joyce Huls

*Programmacommissie:*  
Jaap van Weeghel (voorzitter programmacommissie), Liesbeth van Gent (De Nederlandse ggz),  
Hilde Koelmans (MIND), Martijn Kole (Blauwe paard), Ellen Krijnen (VNG), Inger Plaisier (SCP),  
Lois van de Water (Nivel), Noortje van Willegen (Ministerie van VWS)

*Met dank aan*  
De leden van het panel Psychisch Gezien  
Ambassadeurs van het panel Psychisch Gezien

*Vormgeving en productie*  
The Creative Hub | Canon

*Beeld*  
Gettyimages.nl

Personen afgebeeld op de omslag van deze uitgave zijn modellen en hebben geen relatie tot het onderwerp van deze uitgave of ieder onderwerp binnen het onderzoeksdomein van het Trimbos-instituut.

Deze uitgave is gratis te downloaden via [www.trimbos.nl/webwinkel](http://www.trimbos.nl/webwinkel) met artikelnummer **TRI-75-014**

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

© 2025, Trimbos-instituut, Utrecht.  
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut

# Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Kwaliteit van leven</b>	<b>8</b>
2.1	Tevredenheid: leven als geheel en per leefgebied	8
2.2	Wonen	9
2.3	Financiële situatie	10
<b>3</b>	<b>Gezondheid</b>	<b>11</b>
3.1	Algemene gezondheid	11
3.2	Psychische klachten	11
3.3	Lichamelijke klachten	12
<b>4</b>	<b>Sociale netwerk</b>	<b>14</b>
4.1	Sociale contacten	14
4.2	Luisterend oor	14
4.3	Eenzaamheid	15
4.4	Mantelzorg	16
<b>5</b>	<b>Participatie en inclusie</b>	<b>17</b>
5.1	Werk en opleiding	17
5.2	Dagactiviteiten	19
5.3	Meetellen	19
5.4	Empowerment	19
5.5	Discriminatie en stigma in de samenleving	20
5.6	Zelfstigma	20
<b>6</b>	<b>Zorg en ondersteuning</b>	<b>21</b>
6.1	Zorgbehoeften per leefdomein	21
6.2	Professionele zorg en ondersteuning bij psychische problematiek	23
6.2.1	Ontvangen professionele zorg	23
6.2.2	Huisartsenzorg	25
6.2.3	Laagdrempelige ondersteuning	25
6.2.4	Stapelings van zorg	25
6.2.5	Medicatie	25
6.2.6	Persoonsgebonden budget	26
6.2.7	Crisis zorg en opnames	26
6.2.8	Afstemming tussen verschillende professionals	27
6.2.9	Tevredenheid met professionele zorg	27
6.3	Ontvangen informele zorg en tevredenheid	29
6.3.1	Ontvangen informele zorg	29
6.3.2	Tevredenheid informele zorg	29



<b>7</b>	<b>Vervulde en onvervulde zorgbehoeften</b>	<b>30</b>
7.1	Vervulde en onvervulde behoeften aan professionele zorg in het algemeen	30
7.2	Vervulde en onvervulde behoeften aan professionele zorg per leefdomein	31
7.3	Vervulde en onvervulde behoeften aan informele zorg	33
<b>8</b>	<b>Trends</b>	<b>34</b>
8.1	In beeld bij de ggz	34
8.2	In crisis	37
8.3	Match tussen zorgbehoeften en ontvangen zorg	39
8.4	Regio-analyse	42
<b>9</b>	<b>Samenvatting en beschouwing</b>	<b>43</b>
<b>10</b>	<b>Verantwoording</b>	<b>46</b>
10.1	Algemene gegevens	46
	<b>Referenties</b>	<b>49</b>

# 1 Inleiding



In 2010 is het Trimbos-instituut gestart met het panel Psychisch Gezien: een landelijk panel van en voor mensen met psychische aandoeningen. Doel van het panelonderzoek is meer zicht te krijgen op het maatschappelijk functioneren en de zorg- en leefsituatie van mensen met langdurige psychische problematiek. Daarnaast is het de bedoeling om de mensen die met deze problemen te maken hebben, een duidelijkere stem te geven in maatschappelijke debatten over de geestelijke gezondheidszorg (ggz). De missie van het panel is om gedegen kennis te verwerven over de zorg- en leefsituatie en maatschappelijke integratie van mensen met langdurige psychische problemen in Nederland.

## Doelgroep en samenstelling panel

De doelgroep van het panel Psychisch Gezien bestaat uit mensen met langdurige psychische problematiek in Nederland. Het gaat bijvoorbeeld om mensen die last hebben (gehad) van psychoses en ernstige depressies, al kan het in principe om elke psychische aandoening gaan. Zij ondervinden als gevolg van hun psychische klachten beperkingen in het dagelijks leven, gedurende langere tijd. De meeste deelnemers krijgen hulp vanuit een ggz-instelling, maar dit is geen voorwaarde voor deelname. Wel moeten mensen die zich aanmelden voor het panel minimaal 18 jaar oud zijn. Panelleden zijn deels via instellingen en deels via directe aanmelding geworven.

## Doelen van het panel Psychisch Gezien

Het panel Psychisch Gezien kent drie functies:

- a. Monitoren van leefsituatie, welzijn en participatie van mensen met langdurige psychische problematiek.
- b. Peilen van de opinies en voorkeuren van panelleden over actuele kwesties rond mensen uit de doelgroep (ggz-kwesties; Wmo; publieke discussies over langdurige psychische problematiek; et cetera).
- c. Genereren van kennis over de doelgroep, die als input kan dienen voor beleid.

## Dataverzameling

De basis van de informatieverzameling van het panel bestaat uit enquêtes/peilingen onder de leden. Minimaal twee keer per jaar wordt een enquête uitgezet, die panelleden – al naargelang hun voorkeur – online of schriftelijk kunnen invullen. In het voorjaar wordt steeds een uitgebreide peiling gedaan, dit noemen wij de voorjaarspeiling (doel a.). Naast de terugkerende enquêtes wordt er aanvullend onderzoek gedaan. Afhankelijk van de doel- en vraagstelling van het aanvullende onderzoek worden hiervoor bijvoorbeeld focusgroepen, werkconferenties of diepte-interviews ingezet (doel b.). Afhankelijk van extra financiering kunnen er in samenwerking met andere partijen extra onderzoeksactiviteiten worden uitgevoerd. Alle activiteiten tezamen dragen bij aan kennis over de doelgroep (doel c.)

## Vraagstelling

In deze rapportage wordt verslag gedaan van de voorjaarspeiling van 2024 over onderwerpen als kwaliteit van leven, participatie en sociale inclusie, zorgbehoeften en zorggebruik van de panelleden. De vraagstelling is tweeledig:

- a. Hoe gaat het in 2024 met mensen met langdurige psychische problematiek, met de panelleden, wat betreft hun kwaliteit van leven, participatie en sociale inclusie, zorgbehoeften en zorggebruik?
- b. Welke ontwikkelingen worden er door de jaren (2016-2024) heen waargenomen?

## Respons

In 2024 zijn 1425 panelleden uitgenodigd om deel te nemen aan de voorjaarspeiling van het panel Psychisch Gezien, in de periode van half mei tot en met juli.

In totaal hebben 697 panelleden de vragenlijst ingevuld en geretourneerd (respons van 49%). Twee derde (67%) van de respondenten van de peiling is vrouw (biologisch geslacht). De meeste mensen identificeren zich ook naar dit biologische geslacht (98%)<sup>1</sup>. De leden zijn gemiddeld 55 jaar oud (met een spreiding van 23 t/m 85 jaar) (zie verder Hoofdstuk 10).

## Leeswijzer

In de hiernavolgende hoofdstukken komen diverse onderwerpen aan bod. Hoofdstuk 2 gaat over kwaliteit van leven, in hoofdstuk 3 worden de resultaten over de psychische en lichamelijke gezondheid van panelleden beschreven, hoofdstuk 4 gaat over het sociale netwerk van de panelleden en in hoofdstuk 5 gaan we in op de resultaten van de maatschappelijke inclusie en participatie. Hoofdstuk 6 gaat over de zorg, zowel wat betreft professionele zorg als informele zorg. In hoofdstuk 7 gaan we in op de resultaten over de zorgbehoeften van panelleden en de mate waarin de verkregen zorg daarbij aansluit. Hoofdstuk 8 gaat over de trends door de tijd heen en de analyses op regioniveau. In het slothoofdstuk worden de belangrijkste resultaten samengevat en voorzien van duiding.

Het aantal panelleden dat een bepaald onderdeel of een bepaalde groep items van de vragenlijst heeft ingevuld varieerde. Daarom wijkt de totale N bij tabellen regelmatig af van het totale aantal van 697.

Wanneer in dit rapport wordt gesproken over 'de panelleden' of 'het panel' zonder verdere toevoeging worden de panelleden bedoeld die hebben meegedaan aan de in de tekst besproken peilingen. Als in een tabel cellen voorkomen met minder dan 10 waarnemingen, dan worden geen exacte cijfers genoemd. In plaats daarvan wordt hier vermeld: <10.

---

1 1% van de panelleden is non-binair, <1% identificeert zich op een andere wijze en 1% spreekt zich hier liever niet over uit.

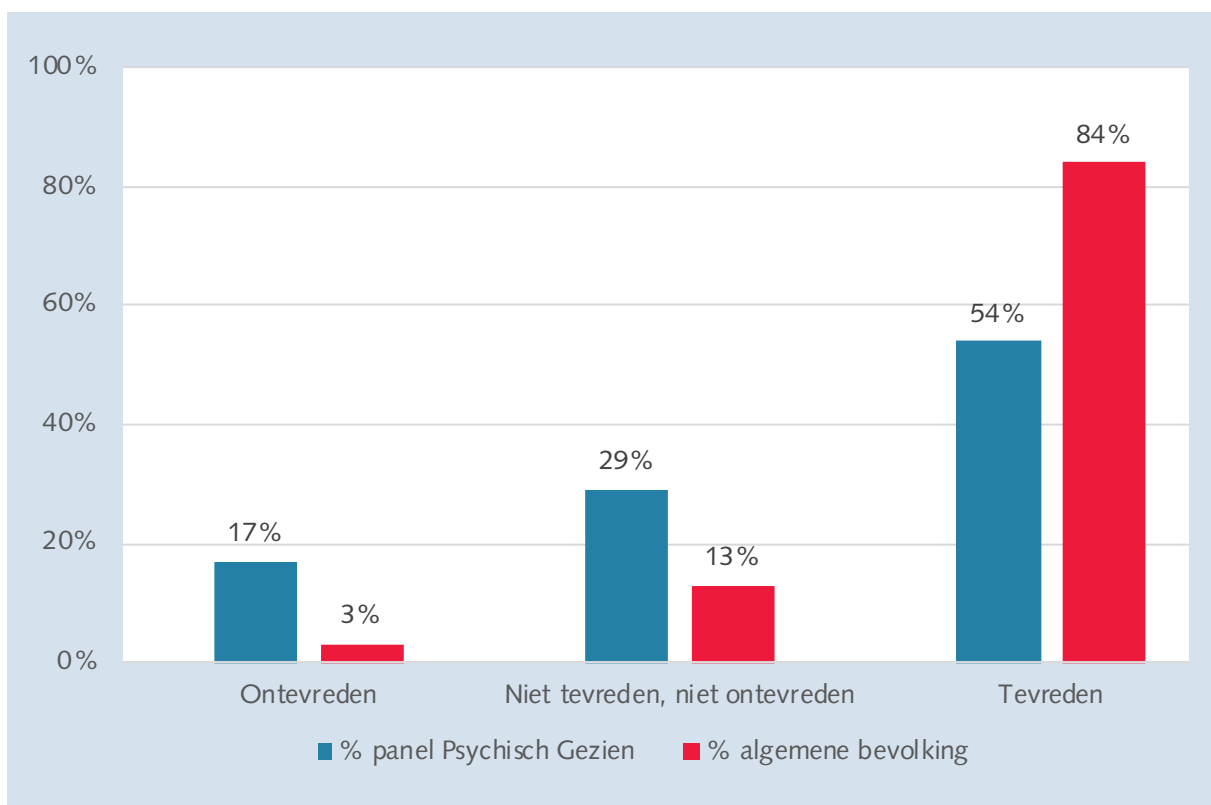
## 2 Kwaliteit van leven



### 2.1 Tevredenheid: leven als geheel en per leefgebied

De panelleden beoordelen het leven dat ze leiden gemiddeld met een 6,3 (SD=1,8; op een schaal van 1 tot 10, waarbij een 1 staat voor volledig ontevreden en 10 voor volledig tevreden). Vergelijken met andere mensen in Nederland is dat relatief laag, de gemiddelde score ligt hier op 7,5 (CBS Statline, 2022b)<sup>2</sup>. Bevolkingscijfers uit 2023 (CBS Statline, 2023) bevestigen dit beeld (zie figuur 2.1). In het panel is de groep ontevreden mensen – procentueel gezien – aanzienlijk groter dan in de algemene bevolking; waar ruim acht op de tien mensen in de algemene bevolking tevreden is met zijn of haar leven, is dat bij het panel iets meer dan de helft.

**Figuur 2.1** Hoe tevreden zijn mensen met het leven dat ze nu leiden?<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Algemene bevolking peiljaar 2023 (CBS StatLine).

De cijfers zijn gebaseerd op de vraag: 'Kunt u op een schaal van 1 tot en met 10 aangeven in welke mate u tevreden bent met het leven dat u nu leidt?' De drie categorieën zijn als volgt gedefinieerd: ontevreden (cijfers 1 t/m 4), niet tevreden/niet ontevreden (cijfers 5 en 6), tevreden (cijfers 7 t/m 10).

<sup>2</sup> In de vergelijking met de gehele bevolking is niet gecorrigeerd voor kenmerken van panelleden zoals de omvang van eenpersoonshuishoudens en geslacht.



Aan de panelleden is ook naar hun tevredenheid op verschillende leefgebieden gevraagd (op een schaal van 1=helemaal niet tevreden, tot en met 7=zeer tevreden). De resultaten zijn te zien in tabel 2.1. De panelleden zijn – gemiddeld genomen – het meest tevreden met hun woonsituatie en de hulpverlening die zij krijgen. Het minst tevreden zijn zij met hun lichamelijke en psychische gezondheid.

**Tabel 2.1 Gemiddelde scores (inclusief standaarddeviaties) met betrekking tot de tevredenheid over verschillende leefgebieden<sup>1</sup> op een 7-puntsschaal**

	N	Gemiddelde score op een 7-puntsschaal	SD
Hoe tevreden bent u met uw woonsituatie?	689	5,7	1,4
Hoe tevreden bent u met de hulpverlening die u krijgt? <sup>2</sup>	560	5,4	1,5
Hoe tevreden bent u met uw financiële situatie?	685	5,1	1,6
Hoe goed ervaart u op dit ogenblik uw leven als geheel?	685	4,7	1,6
Hoe tevreden bent u met uw dagelijkse bezigheden?	684	4,8	1,5
Hoe tevreden bent u met uw sociale contacten?	685	4,7	1,6
Hoe tevreden bent u met uw psychische gezondheid?	683	4,3	1,7
Hoe tevreden bent u met uw lichamelijke gezondheid?	683	4,3	1,6

<sup>1</sup> Scores op een 7-puntsschaal, lopend van 1 (helemaal niet tevreden) tot en met 7 (zeer tevreden).

<sup>2</sup> Bij dit item kon ook "niet van toepassing" worden gekozen. Vandaar de ogenschijnlijk lage respons.

Hieronder worden de leefgebieden 'wonen' en 'financiële situatie' toegelicht. De andere leefgebieden komen in de volgende hoofdstukken aan de orde.

## 2.2 Wonen

De panelleden geven aan redelijk tevreden te zijn over hun woonsituatie (5,7 op een 7-puntsschaal, zie tabel 2.1). Tegelijkertijd geeft de helft (47%) van de panelleden aan beperkingen te ervaren op het gebied van wonen en 30% ervaart onrust en onveiligheid in hun woning. 17% van de responderende panelleden geeft aan ondersteuningsbehoeften te hebben op het gebied van huisvesting (het vinden van een geschikte woonplek). Het merendeel van de panelleden (90%) woont zelfstandig of begeleid zelfstandig, zie tabel 2.2.

**Tabel 2.2 Woonsituatie: hoe woont u? (N=705)**

	n (%)
Zelfstandig	544 (77)
Begeleid zelfstandig (in eigen koop- of huurwoning)	88 (13)
Bij mijn ouders/familie	16 (2)
In een woning/appartement van een zorginstelling in een woonwijk <sup>1</sup>	28 (4)
Anders	15 (2)

De meeste respondenten (60%) wonen alleen. De respondenten die met huisgenoten wonen (n=278) hebben gemiddeld genomen drie huisgenoten (familie of anderszins).

Vier procent van de panelleden woont in (een woning/appartement van) een zorginstelling in een woonwijk. De meest genoemde zorginstelling is een Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW; 48%).

Van de respondenten die ondersteuning krijgen bij wonen (begeleid zelfstandig wonen), denkt 58% ook zonder professionele ondersteuning zelfstandig te kunnen blijven wonen, 20% twijfelt hieraan en 16% denkt dat zelfstandig wonen dan niet mogelijk is.

## 2.3 Financiële situatie

Gemiddeld genomen zijn de panelleden een beetje tevreden met hun financiële situatie (gemiddelde score van 5,1 op een 7-puntsschaal, zie tabel 2.1). 69% van de panelleden regelt financiële zaken doorgaans zelf. 15% krijgt hier professionele ondersteuning bij en 13% krijgt ondersteuning vanuit het eigen netwerk. 8% van de panelleden krijgt zowel professionele ondersteuning als ondersteuning vanuit het eigen netwerk. 3% heeft ondersteuning vanuit een schuldhulpverleningsorganisatie. (Voor meer informatie verwijzen we naar de [factsheet van het panel Psychisch Gezien Financiële situatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen op basis van de peiling over dit onderwerp in 2022](#)).



## 3 Gezondheid



### 3.1 Algemene gezondheid

Panelleden beoordelen hun gezondheid vooral als matig (46%) en 9% vindt zijn of haar gezondheid zelfs slecht. 36% van de panelleden vindt zijn of haar gezondheid goed. Het deel van de panelleden dat hun gezondheid als “zeer goed” of zelfs “uitstekend” beoordeelt is klein: respectievelijk 7% en 3%.

### 3.2 Psychische klachten

De MHI-5 (Mental Health Inventory) is gebruikt om algemene psychische klachten van panelleden te meten. Deze schaal wordt onder andere door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) gebruikt en bestaat uit vijf vragen die betrekking hebben op hoe men zich in de afgelopen vier weken voelde. De scores lopen van 0 tot 100 waarbij geldt: hoe hoger de score hoe minder psychische klachten. De gemiddelde score op de MHI-5 van de panelleden is 54 (SD=20,4).

Tabel 3.1 laat zien met welke klachten de panelleden te maken hebben. Het gaat hierbij om zelf gerapporteerde klachten, die niet noodzakelijkerwijs overeenkomen met een vastgestelde diagnose. De helft van de panelleden geeft aan te kampen met depressieve klachten (51%) en ongeveer evenveel met angsten (46%). Een derde van de panelleden (37%) heeft last van psychosen en/of schizofrenie. Een bijna even groot percentage wordt gevonden voor persoonlijkheidsstoornissen (27%). 68% van de panelleden geeft aan twee of meer klachten te ervaren.

**Tabel 3.1** Wilt u aangeven van welke klachten of problemen<sup>1</sup> u last heeft volgens u zelf? (meerdere antwoorden mogelijk) (N=675)

	<i>n</i> (%)
Depressie	343 (51)
Angsten	312 (46)
Psychosen en/of schizofrenie	250 (37)
Persoonlijkheidsstoornis	183 (27)
Manisch depressieve klachten (bipolaire stoornis)	126 (19)
Eetproblemen	91 (14)
Autisme of verwante beperkingen	90 (13)
Verslavingsproblemen	97 (14)
Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS)	70 (10)
Meerdere van bovenstaande klachten	461 (68)

<sup>1</sup> Het gaat hier om zelf gerapporteerde klachten, die niet noodzakelijkerwijs overeenkomen met een formeel vastgestelde diagnose.

Naar huidige inzichten moet persoonlijke diagnostiek ook (juist) bij langer bestaande klachten en problemen regelmatig aandacht krijgen. Bij 254 panelleden (39%) is er in de afgelopen 12 maanden een gesprek geweest voor persoonlijke diagnostiek. Deze gesprekken vonden in verreweg de meeste gevallen (bij 176 van de 254 panelleden, 69%) alleen met de betrokkene zelf plaats. Voor 8% van de 254 panelleden is de diagnose aangepast naar aanleiding van het gesprek. Ruim een kwart geeft aan dat het behandelplan is aangepast (29%). Voor 7% van de 254 panelleden is niet duidelijk of het gesprek tot veranderingen heeft geleid.

### 3.3 Lichamelijke klachten

Veel panelleden hebben naast psychische problemen ook lichamelijke problemen. De tevredenheid met de lichamelijke gezondheid kan gemiddeld genomen beschreven worden als 'niet tevreden, niet ontevreden' (gemiddelde score van 4,3 op een 7-puntsschaal, zie ook tabel 2.1) en scoort in vergelijking tot tevredenheid met andere leefgebieden laag. Een groot deel van de panelleden geeft aan pijn en ongemak te ervaren (zie tabel 3.2).

**Tabel 3.2 Ervaart u vandaag pijn of ongemak? (N=722)**

	<i>n (%)</i>
Ik heb geen pijn of ongemak	188 (26)
Ik heb een beetje pijn of ongemak	254 (35)
Ik heb matige pijn of ongemak	189 (26)
Ik heb ernstige pijn of ongemak	82 (11)
Ik heb extreme pijn of ongemak	9 (1)

Uit tabel 3.3 is op te maken dat ruim de helft van het panel naast psychische problemen ook één of meer chronische lichamelijke aandoeningen heeft. Het voorkomen van langdurige klachten in de algemene bevolking is onderzocht door het CBS (CBS, 2020/2021). Een directe vergelijking kan echter niet gemaakt worden omdat in de cijfers van CBS ook de groep 12 tot 18-jarigen is meegenomen én omdat depressieve klachten onderdeel zijn van de CBS-cijfers. Toch kunnen de cijfers van het CBS wel enige houvast bieden. Het CBS geeft ook cijfers voor verschillende leeftijdsgroepen. De langdurige klachten in de algemene bevolking komen het meest voor in de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder, namelijk bij 51%. Voor deze groep is het percentage mensen met langdurige aandoeningen nog steeds lager dan binnen het panel Psychisch Gezien (59%). Kortom: chronische lichamelijke aandoeningen lijken onder de panelleden relatief vaak voor te komen.

**Tabel 3.3 Heeft u naast psychische problemen ook lichamelijke problemen? (N=680)**

	<i>n (%)</i>
Nee	176 (26)
Ja, ik heb lichamelijke klachten, maar die zijn tijdelijk van aard (bijv. griep)	91 (13)
Ja, ik heb last van één of meer chronische aandoeningen (bijv. diabetes, hart- en vaatziekten, kanker, COPD, artrose, reuma)	413 (61)

Van belang is om te benoemen dat de behandeling van psychische klachten met medicijnen van invloed kan zijn op iemands fysieke conditie. Bijwerkingen van medicijnen kunnen een negatieve rol kunnen spelen in de gezondheid van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Zo kunnen bijvoorbeeld antidepressiva en antipsychotica leiden tot gewichtstoename en andere lichamelijke klachten (Asmar et al., 2018; Morrison et al., 2015; Wang et al., 2018).



## 4 Sociale netwerk



### 4.1 Sociale contacten

Een derde van de panelleden (34%) ontmoet vrienden of goede kennissen minimaal elke week, en bijna drie op de tien (29%) ontmoet hen niet elke week maar wel minimaal een keer per maand. Een op de vijf panelleden (21%) ontmoet (schoon)familie minimaal een keer per week, en 23% niet elke week maar wel minimaal een keer per maand. Verder zien twee op de drie panelleden hun uitwonende (klein)kinderen minstens een keer per maand<sup>3</sup>. Ruim de helft (53%) ontmoet buren of buurtgenoten minstens eens per maand. Sommige leden geven aan geen (schoon)familie of vrienden/goede kennissen te hebben (respectievelijk 25% en 9%) of hen zelden tot nooit te zien (respectievelijk 14% en 10%).

### 4.2 Luisterend oor

Het merendeel van de panelleden (78%) heeft iemand in het eigen netwerk die hen een luisterend oor kan bieden. Vooral vrienden, partners en familieleden (anders dan kinderen) vervullen deze rol (zie tabel 4.1). Bij één op de vijf panelleden vervullen (ook) lotgenoten deze rol. De analyses laten zien dat 22% van de panelleden niemand in het eigen netwerk heeft die een luisterend oor kan bieden.

Tabel 4.1 Personen uit het eigen netwerk die een luisterend oor bieden

	Ondersteuning: Luisterend oor (N=656)
	n (%)
Vriend(en)	270 (52)
Partner	200 (39)
Andere familie	176 (34)
(Schoon)ouders	126 (25)
Lotgenoten	107 (21)
Kind(eren)	82 (16)
Kennis(sen)	71 (14)
Buren of buurtgenoten	67 (13)
Collega's	60 (12)
Anders	50 (10)
Leidinggevende	50 (10)
Ex-partner	17 (3)

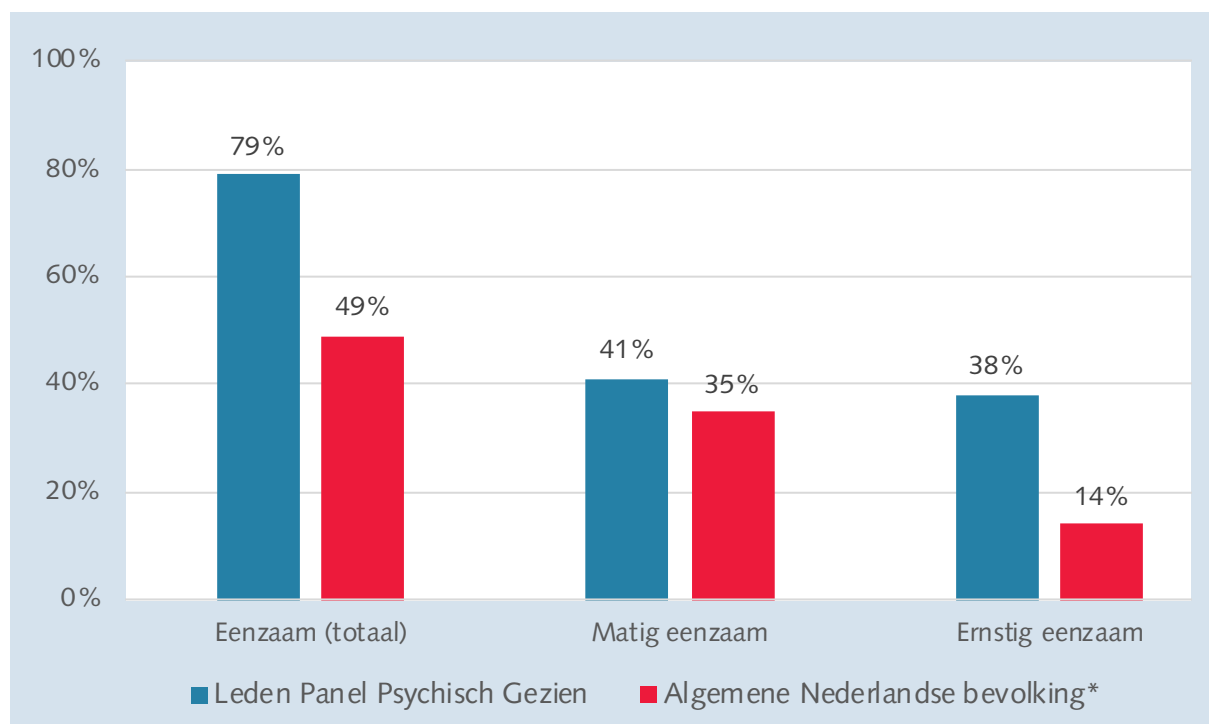
3 Panelleden die aangeven geen (klein)kinderen te hebben zijn niet meegenomen in deze berekening.

Andersom gezien hebben ongeveer 2 op de 3 panelleden (64%) het gevoel iets te kunnen betekenen voor anderen. Ook geeft 41% van de panelleden aan zijn/haar ervaringen te kunnen delen met anderen met soortgelijke ervaringen. Hier kunnen anderen mogelijk ook weer steun uit halen.

### 4.3 Eenzaamheid

Eenzaamheid komt veel voor bij de panelleden; 79% voelt zich in enige mate eenzaam (gemeten met de eenzaamheidsschaal van de Jong Gierveld en Kamphuis, 1985). Meer specifiek: 41% van de leden is matig eenzaam en 38% is ernstig eenzaam<sup>4</sup>. Figuur 4.1 laat zien dat de groep panelleden die zich in 2024 ernstig eenzaam voelt, relatief groot is vergeleken met het percentage bij de algemene bevolking in 2022 (Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen GGD'en, CBS en RIVM, 2022). Bij de vragen die gesteld zijn met de eenzaamheidsschaal gaat het onder andere over het hebben van een goede vriend of vriendin, het ervaren van gezelligheid om je heen en de verbinding met andere mensen. De antwoorden op deze vragen laten zien dat 35% van de panelleden naar eigen zeggen een echt goede vriend(in) mist. Ook heeft een op de vijf panelleden niemand om op terug te vallen met dagelijkse problemen. En 29% van de panelleden mist gezelligheid om zich heen.

**Figuur 4.1 Eenzaamheid leden panel Psychisch Gezien versus de algemene bevolking**



\* De gepresenteerde percentages hebben betrekking op 2022 en zijn overgenomen uit de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen van GGD'en, CBS en RIVM<sup>5</sup>. Eveneens gemeten met de schaal van de Jong Gierveld en Kamphuis (1985).

4 Dit is gebaseerd op een classificering die wordt gebruikt voor de rapportage 'Staat van Volksgezondheid en Zorg'. <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/eenzaamheid>.

5 Voor meer informatie: [Resultaten Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen | RIVM](https://www.vzinfo.nl/eenzaamheid). Data over eenzaamheid zijn te vinden via: <https://www.vzinfo.nl/eenzaamheid>.

## 4.4 Mantelzorg

Een aanzienlijk deel van de panelleden heeft een verzorgende rol voor naasten: één op de vijf panelleden biedt (ten tijde van de peiling) mantelzorg (20%). Zij bieden hulp aan mensen met gezondheidsproblemen binnen hun eigen netwerk zoals mensen met een lichamelijke, psychische of psychosociale beperking. Uit onderzoek onder de algemene bevolking blijkt dat 35% van de 16-plussers mantelzorg heeft geboden in 2020 (De Boer e.a., 2020).<sup>6</sup> Er zijn geen gegevens beschikbaar over het aandeel mantelzorgers binnen andere kwetsbare groepen.



---

6 Een verklaring voor het verschil in percentages tussen panelleden die mantelzorg verlenen en mantelzorgers in de algemene bevolking kan te maken hebben met de vraagstelling: Aan de panelleden is gevraagd naar het bieden van mantelzorg op het *moment* en niet in de afgelopen *12 maanden*. Als teruggeblikt wordt op het afgelopen jaar, was het percentage mogelijk hoger uitgekomen. Het kan ook zijn dat panelleden minder vaak mantelzorg bieden dan in de algemene bevolking gebeurt.



## 5 Participatie en inclusie



### 5.1 Werk en opleiding

Tabel 5.1 laat de activiteiten van de respondenten zien op het gebied van werk en opleiding. Een vijfde van de leden (20%) heeft een betaalde baan. Hieronder vallen ook degenen die bij een sociale werkvoorziening aan het werk zijn (3% van alle panelleden, 13% van de leden met betaald werk). Gemiddeld hebben de werkende respondenten een werkweek van 25 uur. Het gaat bij betaald werk voornamelijk (76%) om werk in loondienst. De meerderheid van de panelleden zonder een betaalde baan is (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt verklaard (76%). Van de panelleden zonder betaalde baan geeft één op de vijf panelleden aan graag een betaalde baan te willen (dit zijn panelleden zonder een arbeidsongeschiktheidsverklaring maar ook panelleden met een (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheidsverklaring). Uit een eerdere verdiepende analyse bij panelleden over arbeidsparticipatie blijkt dat panelleden meerdere belemmeringen ervaren in pogingen om deel te nemen aan de arbeidsmarkt zoals omgaan met een beperkte belastbaarheid en fluctuaties door de tijd, stigma, onbegrip en gebrek aan ondersteuning bij (toeleiding naar) werk.

**Tabel 5.1 Betaald werk, vrijwilligerswerk en opleiding ten tijde van de peiling**

	N	n (%)
Betaald werk (CBS-definitie) <sup>1</sup>	680	134 (20)
Vrijwilligerswerk	678	257 (38)
Opleiding/werk-gerelateerde cursus <sup>2</sup>	706	125 (18)

<sup>1</sup> Het CBS gebruikt sinds 2015 de volgende definitie voor betaald werk: iedereen met betaald werk in de leeftijd van 15 tot 75 jaar (het eerdere criterium van 12 uur per week is losgelaten, er wordt nu gevraagd naar meer dan één uur per week).

<sup>2</sup> Berekend over de groep panelleden in de leeftijd van 15 tot 75 jaar.

Vergeleken met de algemene bevolking zijn relatief weinig mensen met langdurige psychische problemen aan het werk. Zo blijkt uit bevolkingsonderzoek van het CBS dat in 2023 bijna driekwart (73%) van de bevolking tussen 15 en 75 jaar een betaalde baan had (CBS, 2023). De arbeidsparticipatie onder panelleden is dus aanzienlijk lager dan in de algemene bevolking in Nederland.

De participatie van mensen met aanhoudende psychische problemen kan ook vergeleken worden met andere doelgroepen. Panelonderzoek van het Nivel in 2022 wijst uit dat ook relatief weinig mensen met een lichamelijke beperking betaald werk hebben (Bottenheft e.a., 2022). Zo is 43% van de mensen (tot 65 jaar) met een lichamelijke beperking aan het werk<sup>7</sup>. Toch is het percentage panelleden met een betaalde baan ook in vergelijking met dit percentage laag.

<sup>7</sup> Als we in de paneldata inzoomen op panelleden tot 65 jaar, dan heeft 18 procent betaald werk.

Vier op de tien panelleden doen vrijwilligerswerk (38%). Zij doen gemiddeld 6 uur per week vrijwilligerswerk, variërend van één tot 30 uur per week. Wat betreft onbetaald werk ligt het percentage bij het panel op hetzelfde niveau als in de algemene bevolking in 2021 (40%) (CBS, 2021a). Vergeleken met mensen met een lichamelijke beperking doen relatief veel panelleden vrijwilligerswerk; 24% van de mensen met een lichamelijke beperking werkte in 2021 als vrijwilliger (Knapen e.a., 2022). Een kleine groep panelleden (6%) doet zowel vrijwilligers- als betaald werk.

Van de panelleden volgt 15% een werk-gerelateerde cursus of training en 3% een opleiding (berekend over de groep respondenten die behoort tot de beroepsbevolking oftewel, in de leeftijd van 15 tot 75 jaar). Wat betreft het volgen van een opleiding of werk-gerelateerde cursus ligt het percentage bij het panel (totaal 18%) hoger dan het percentage onder volwassenen in de algemene bevolking, van wie 13% in 2024 een opleiding of werk-gerelateerde cursus volgde (CBS, 2024).



## 5.2 Dagactiviteiten

Driekwart van de responderende panelleden (75%) komt dagelijks buitenshuis en een vijfde (21%) niet dagelijks maar wel wekelijks. Een groep van 2% komt weinig buiten de deur maar nog wel één keer per maand. 1% komt minder dan één keer per maand buiten en 2% zelden tot nooit. Ter vergelijking: in 2021 kwam 80% van de algemene Nederlandse bevolking dagelijks buitenshuis en 79% van de mensen met een lichamelijke beperking (Knapen et al., 2022).

Aan de panelleden is ook gevraagd hoe vaak ze tijd besteden aan hobby's of vrijetijdsactiviteiten. Buitenshuis is dat vaak wekelijks (42%) en thuis dagelijks (45%) of wekelijks (26%).

Meer dan de helft van de panelleden (58%) doet minstens een keer per week aan sport of een andere vorm van bewegen. Een op de vijf panelleden gaat maandelijks naar een restaurant, café of discotheek. Verder neemt respectievelijk 8% en 14% ten minste maandelijks deel aan georganiseerde activiteiten en religieuze bijeenkomsten. Er zijn ook respondenten die geen tijd besteden aan hobby's en vrijetijdsactiviteiten, noch buiten de deur (25%) noch thuis (16%).

De meest gebruikte vervoersmiddelen onder panelleden zijn een (elektrische) fiets en het openbaar vervoer. Respectievelijk worden deze vervoersmiddelen door 55% en 19% van de panelleden ten minste wekelijks gebruikt.

## 5.3 Meetellen

Een kwart (25%) van de panelleden heeft het gevoel mee te tellen in de maatschappij, een derde van de leden (34%) heeft dit gevoel een beetje. Bij een kwart (25%) ontbreekt het gevoel mee te tellen in de maatschappij. Waar 59% van de leden van het panel Psychisch Gezien het gevoel heeft (een beetje) mee te tellen in de maatschappij, was dit in 2021 voor mensen met een lichamelijke beperking 74% en voor de algemene bevolking 76% (Knapen et al., 2022).

## 5.4 Empowerment

Aan de panelleden zijn vragen gesteld uit de Nederlandse Empowerment Lijst (NEL)<sup>8</sup>, met subschalen professionele hulp, zelfmanagement, eigen wijsheid, en erbij horen. Uit de antwoorden op deze vragen blijkt dat bijna de helft (47%) van de panelleden op zichzelf durft te vertrouwen en 43% weet zijn/haar eigen grenzen te trekken. Twee derde weet waar hij/zij goed in is. Bijna twee derde (62%) van de panelleden heeft naar eigen zeggen elke dag voldoende te doen. Een vergelijkbaar deel (63%) doet dingen die hij/zij belangrijk vindt. Tegelijkertijd betekenen deze resultaten dat ruim de helft van de panelleden niet op zichzelf durft te vertrouwen en eigen grenzen moeilijk kan bewaken en ruim een derde van de panelleden naar eigen zeggen onvoldoende invulling kan geven aan de dag. Ruim één op de vijf panelleden (23%) vindt zichzelf *niet* de moeite waard.

---

8 [Empowerment according to Persons with Severe Mental Illness: Development of the Netherlands Empowerment List and Its Psychometric Properties.](#)

## 5.5 Discriminatie en stigma in de samenleving

Een kwart (24%) van de panelleden heeft zich – in de afgelopen 12 maanden – wel eens gediscrimineerd of achtergesteld gevoeld vanwege zijn of haar psychische problemen. Voor driekwart van deze groep panelleden gebeurde dit soms tot regelmatig, bij 15% vaak tot zeer vaak en 11% gaf aan één keer gediscrimineerd te zijn. In deze percentages is geen rekening gehouden met mensen die mogelijk geen discriminatie ervaren doordat zij bewust bepaalde situaties vermijden (waarin discriminatie kan optreden) dan wel niet open durven te zijn over wat zij ervaren vanwege hun psychische kwetsbaarheid.

*"Zodra mensen weten dat je psychische problemen hebt, wordt alles daarop afgeschoven. Je wordt niet meer serieus genomen en kinderlijk behandeld of uit de weg gegaan." – Panellid 2024*



*"Ik houd me zoveel mogelijk op afstand van mensen, alleen oppervlakkige contacten. Meer trek ik niet. Dan kunnen mensen je niet raken, teleurstellen en kwetsen." – Panellid 2024*



## 5.6 Zelfstigma

Naast stigma vanuit de omgeving kunnen mensen met psychische problematiek geïnternaliseerd stigma of zelfstigma ervaren. Hierbij worden de negatieve oordelen die in de maatschappij heersen overgenomen door de persoon zelf. Hierover zijn aan de panelleden vragen gesteld afkomstig uit de Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI-10<sup>9</sup>). De antwoorden op deze vragen laten zien dat ruim een derde van de panelleden (36%) vindt dat mensen met psychische aandoeningen geen belangrijke bijdrage leveren aan de maatschappij. Een op de tien panelleden heeft de opvatting dat mensen met psychische aandoeningen de neiging hebben gewelddadig te zijn. De helft van de respondenten geeft aan dat het hebben van een psychische aandoening hun leven heeft verpest. Een op de vijf (22%) panelleden geeft aan dat zij sociale situaties vermijden om familie en vrienden niet in verlegenheid te brengen. Ook gaat 33% van de panelleden minder met anderen om dan voorheen omdat ze zich mogelijk 'raar' gedragen vanwege hun psychische aandoening.

9 Verkorte versie van de ISMI heeft sterke psychometrische eigenschappen - Kenniscentrum Phrenos  
Kenniscentrum Phrenos.

## 6 Zorg en ondersteuning



### 6.1 Zorgbehoeften per leefdomein

86% van de panelleden geeft aan behoefte te hebben aan zorg (professioneel en/of informeel), op uiteenlopende leefdomeinen. Tabel 6.1 laat zien op welke gebieden panelleden zorgbehoeften hebben. De ondersteuningsbehoefte is het grootste bij het leefdomein psychische gezondheid (77%: ondersteuningsbehoefte van professionals, van eigen netwerk en beide samen genomen). Ongeveer zeven op de tien panelleden hebben behoefte aan ondersteuning bij lichamelijke gezondheid (70%), (het aangaan van) sociale contacten (68%), en het krijgen van de juiste hulpverlening (65%). Voor persoonlijke verzorging en alcohol- en/of drugsgebruik is de behoefte aan (professionele) ondersteuning het laagst, respectievelijk 16% en 11%.

Aan panelleden is gevraagd of zij hulp en ondersteuning vooral willen krijgen van professionals of vanuit hun eigen netwerk (informele zorg). De meeste panelleden geven aan behoefte te hebben aan een combinatie van professionele en informele zorg, of aan alleen professionele hulp. Er is een relatief kleine groep panelleden die alleen maar hulp wil uit het eigen netwerk; de behoefte aan hulp uit het eigen netwerk is alleen relatief groot voor de leefdomeinen 'sociale contacten' (22%) en 'huishouden' (16%). Als we inzoomen op de ondersteuningsbehoefte bij psychische gezondheid (zoals genoemd 77% van de panelleden) dan valt op dat ruim een derde van de panelleden hierbij zowel professionele hulp als hulp uit het eigen netwerk wil (36%), ruim een derde alleen professionele hulp (35%) wil, en een kleine groep alleen hulp uit het eigen netwerk wenst (7%). Voor het merendeel van de panelleden is dus op dit domein behoefte aan professionele zorg.

We zien dat 'zingeving', 'sociale contacten' en 'huishouden' leefdomeinen zijn waarvoor eerder naar hulp vanuit het eigen netwerk wordt gekeken. Omgekeerd zijn 'krijgen van de juiste hulpverlening' en 'omgaan met medicatie' juist domeinen waarvoor eerder professionele ondersteuning gewenst is.

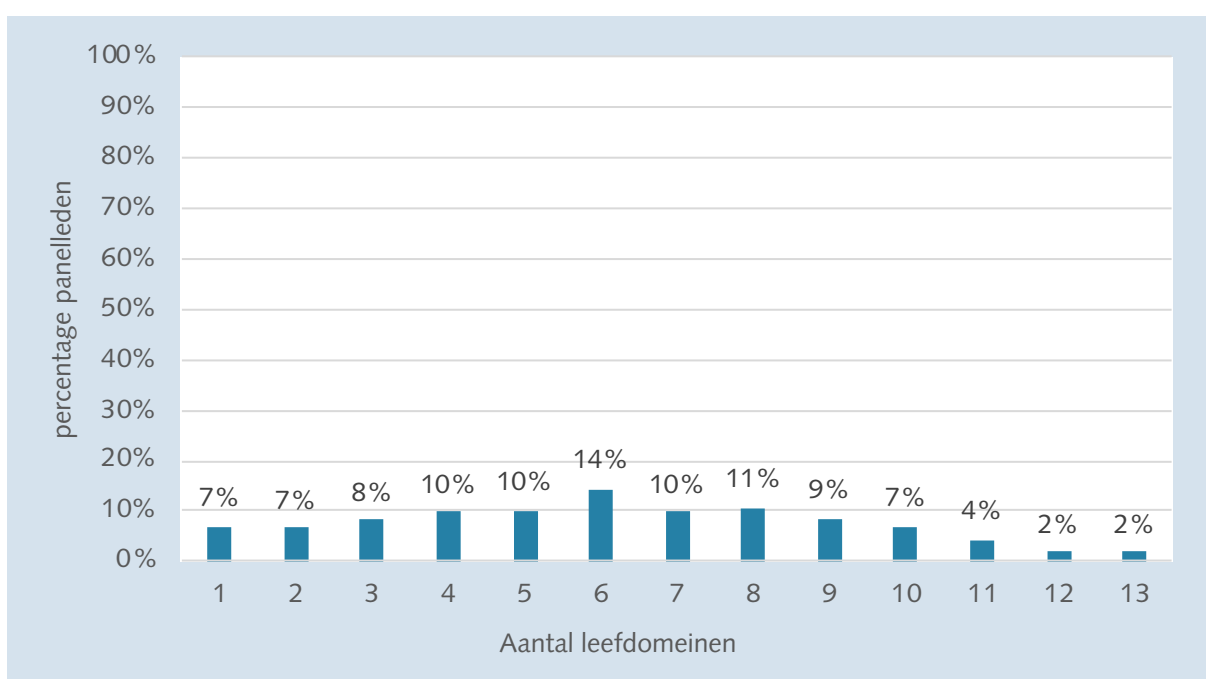


**Tabel 6.1 Zorg en ondersteuningsbehoeften per leefdomein**

Behoeftes aan zorg en ondersteuning?		Alleen van professionals	Alleen uit eigen netwerk	Van zowel professionals als eigen netwerk	Geen van beide
leefdomein	N	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Psychische gezondheid	640	221 (35)	42 (7)	231 (36)	146 (23)
Lichamelijke gezondheid	640	230 (36)	38 (6)	179 (28)	193 (30)
Sociale contacten	643	49 (8)	150 (23)	241 (38)	203 (32)
Krijgen van juiste hulpverlening	636	214 (34)	14 (2)	182 (29)	226 (36)
Zingeving en perspectief	636	81 (13)	54 (9)	183 (29)	318 (50)
Huishouden	637	103 (16)	111 (17)	102 (16)	321 (50)
Dagelijkse bezigheden	639	87 (14)	69 (11)	137 (21)	346 (54)
Omgaan met medicatie	639	212 (33)	17 (3)	65 (10)	345 (54)
Financiële situatie	641	96 (15)	81 (13)	51 (8)	413 (64)
Seksualiteit en intimiteit	633	42 (7)	77 (12)	40 (6)	474 (75)
Huisvesting	639	28 (4)	29 (5)	50 (8)	532 (83)
Persoonlijke verzorging	638	36 (6)	38 (6)	26 (4)	538 (84)
Alcohol- en/of drugsgebruik	636	30 (5)	13 (2)	24 (4)	569 (90)

Uit de analyses blijkt dat het grootste deel (93%) van de panelleden met een ondersteuningsbehoefte (professioneel en/of eigen netwerk), behoefte heeft aan ondersteuning op meerdere leefdomeinen. Er is veel variatie in de combinatie aan verschillende leefdomeinen waarop panelleden een zorgbehoefte hebben. Dit geeft de complexiteit van de problematiek en zorgbehoeften weer. Figuur 6.1 laat het aantal domeinen zien waarop panelleden zorgbehoeften hebben.

**Figuur 6.1 Panelleden met een zorgbehoefte: het aantal leefdomeinen met een zorgbehoefte**



## 6.2 Professionele zorg en ondersteuning bij psychische problematiek

### 6.2.1 Ontvangen professionele zorg

Zeven op de tien panelleden (71%) is op enige wijze in beeld bij de ggz en/of verslavingszorg. Dit houdt in dat iemand cliënt is bij een instelling voor ggz of verslavingszorg en/of in het afgelopen jaar contact heeft gehad met minstens één van de in tabel 6.2 genoemde ggz-instanties. Hieronder wordt meer in detail ingegaan op de contacten met ggz en verslavingszorg.

Tabel 6.2 laat zien met welke voorzieningen en instanties panelleden zoal te maken hebben. Ruim één op de vijf (23%) heeft contact met een (F)ACT-team. Ruim een kwart (26%) heeft contact met een poli in de ggz of verslavingszorg. Verder krijgt 13% woonbegeleiding en krijgt 16% ondersteuning van een hulpverlener met een eigen praktijk. Ruim een derde van de leden (34%) heeft contact met het UWV. Ongeveer één op de tien panelleden (9%) bezoekt een dagactiviteitencentrum (DAC). Verder heeft 30% van de panelleden contact met medewerkers van de gemeente rondom de Wet maatschappelijke ondersteuning. Ruim een tiende (15%) heeft contact met een vrijwilligersorganisatie en ruim een op de tien leden heeft contact met een sociaal wijkteam (11%). Ook maakt 10% van de panelleden gebruik van een buurthuis.



**Tabel 6.2 Contact met zorg- en dienstverlenende instanties<sup>10</sup>**

	Respons	Contact in het afgelopen jaar (contact op dit moment en/of in de afgelopen 12 maanden)
<b>GGZ</b>	<b>N</b>	<b>n (%)</b>
ACT/FACT-team: assertive community treatment	659	152 (23)
Poli van een instelling in de ggz of verslavingszorg	658	170 (26)
RIBW (regionale instelling voor beschermd wonen) of andere organisatie die woonbegeleiding biedt	656	88 (13)
Psycholoog/psychiater/psychotherapeut met een eigen praktijk (ofwel een vrijgevestigde psycholoog et cetera)	657	106 (16)
Praktijkondersteuner ggz bij de huisarts (POH-GGZ)	656	130 (20)
Zorg/begeleiding vanuit een ggz- of verslavingszorgkliniek (vanwege een opname)	663	116 (18)
Steunpunten ggz: steunpunt, steun- en informatiepunt (STIP), cliënten-informatiepunt (CLIP) of cliëntenbelangenbureau	655	20 (3)
Andere cliënteninitiatieven voor herstel en zelfregie inclusief een lotgenotengroep en herstelacademie	652	101 (16)
PIT team: psychiatrische intensieve thuiszorg	655	12 (2)
IHT-team: intensive home treatment/intensieve thuisbehandeling	656	19 (3)
VIP-team: vroege interventie psychose team	655	6 (1)
<b>Dagbesteding/werk en financiën</b>	<b>N</b>	<b>n (%)</b>
UWV: Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen	657	224 (34)
Dagactiviteitencentrum (DAC)	657	58 (9)
Sociale werkvoorziening	650	34 (5)
Re-integratiebureau	652	19 (3)
Schuldhulpverleningsorganisatie	653	22 (3)
<b>Overige instanties</b>	<b>N</b>	<b>n (%)</b>
Gemeente: medewerkers rondom de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo consulent, medewerkers bij het Wmo Loket/Zorg Loket/Sociaal Loket)	655	199 (30)
Vrijwilligersorganisatie	647	97 (15)
Sociaal wijkteam/buurtteam	654	73 (11)
Homeopaat, haptonoom, acupuncturist of hulpverlener van een andere alternatieve geneeswijze	649	82 (13)
Buurthuis	651	68 (10)
Gemeente: overig	651	47 (7)
Coach met een eigen praktijk	653	39 (6)
Gemeente: Dienst Werk en Inkomen (bijvoorbeeld jobcoach van de gemeente)	651	28 (4)
Wijkverpleegkundige	652	38 (6)
Welzijnsorganisatie	648	36 (6)
MEE (ondersteuning bij leven met een beperking)	653	21 (3)

<sup>10</sup> De contacten met de huisarts worden apart beschreven.



### 6.2.2 Huisartsenzorg

In de afgelopen drie maanden hebben zes op de tien panelleden (64%) contact gehad met de huisarts. Bijna drie op de tien (29%) panelleden zijn in de afgelopen drie maanden specifiek voor psychische klachten naar de huisarts geweest. Gemiddeld genomen gebeurde dit twee keer.

### 6.2.3 Laagdrempelige ondersteuning

16% van de panelleden komt bij herstelacademies of andere initiatieven voor zelfregie en herstel. Drie procent van de panelleden maakt gebruik van steunpunten van de ggz. Ruim een op de tien panelleden heeft in de afgelopen drie maanden contact gehad met een ervaringsdeskundige.

### 6.2.4 Stapeling van zorg

Een kwart (26%) van de panelleden krijgt ten tijde van de peiling ggz zorg of ondersteuning van meer dan één instantie of hulpverlener (zorgverleners ggz van tabel 6.2). Als wordt gekeken naar de afgelopen 12 maanden, dan gaat het om ruim een derde (36%) van de panelleden. Het gaat met name om hulp of ondersteuning vanuit twee of drie zorgaanbieders.

Als wordt gekeken naar *alle* instanties en hulp-/zorgverleners waarnaar is gevraagd (inclusief de huisarts), dan krijgt ten tijde van de peiling bijna twee derde (62%) zorg of ondersteuning van meerdere aanbieders, vaak van twee of drie instanties. Voor de afgelopen 12 maanden gaat het dan om ruim drie kwart (77%) van de panelleden, waarbij het aantal oploopt naar vier instanties. Kortom, de meeste panelleden hebben in het afgelopen jaar zorg en ondersteuning gekregen vanuit meerdere zorgaanbieders en instanties. In deze stapeling van zorg zijn geen duidelijke patronen en combinaties te identificeren: er komen veel verschillende combinaties van zorg voor waarbij sommige panelleden met wel tien verschillende zorgaanbieders en instanties te maken hebben. Dit geeft de versnippering van zorg aan waar een aanzienlijk deel van de panelleden mee te maken heeft.

### 6.2.5 Medicatie

Acht op de tien panelleden gebruikt medicijnen om de psychische klachten te verminderen of onder controle te houden. Dit gaat in vrijwel alle gevallen (99%) om medicatie op voorschrift van een psychiater of arts. Twee derde van de panelleden die medicatie gebruikt, geeft aan dit te gebruiken voor somberheid/depressie. Minder dan de helft van de panelleden die medicatie gebruikt doet dit voor psychose, angst/paniek/stress, en nachtrust, respectievelijk 45%, 44% en 43%. Minder dan een op de tien (9%) medicatiegebruikers slikt medicatie in combinatie met medicatie tegen bijwerkingen van antipsychotica. De meeste panelleden gebruiken hun medicatie op dagelijkse basis. Ruim een op de vijf panelleden geeft aan behoefte te hebben aan professionele ondersteuning bij medicatie gebruik, maar dit niet te krijgen (zie ook H7.2 Vervulde en onvervulde behoeften aan professionele zorg per leefdomein).

### 6.2.6 Persoonsgebonden budget

Van de panelleden heeft slechts 10% ten tijde van de peiling een persoonsgebonden budget (PGB), terwijl 20% hier behoefte aan heeft. Van de panelleden met behoefte aan een PGB, heeft 60% een PGB aangevraagd, waarvan bij 85% de aanvraag (gedeeltelijk) is gehonoreerd.

## 6.2.7 Crisiszorg en opnames

10% van de panelleden heeft in het afgelopen jaar naar eigen zeggen crisiszorg gehad. Ambulante crisiszorg was hierbij de meest ingezette variant: van de mensen die crisiszorg hebben gehad gaf 51% aan hiermee te maken te hebben gehad. 11% van de panelleden met crisiszorg kreeg deze zorg op een gesloten afdeling in een instelling. Van degenen die crisiszorg hebben gehad, vindt 70% dat de crisiszorg snel genoeg is gestart. Ruim driekwart (80%) is van mening dat de crisiszorg goed is afgehandeld, voor de overige panelleden (20%) is de crisiszorg niet optimaal opgepakt. 5% van de panelleden geeft aan geen crisiszorg te hebben gehad, terwijl deze zorg wel nodig was. Respondenten konden hun antwoorden toelichten. Hieronder een aantal citaten uit deze toelichtingen.

*"Door de huisarts en psycholoog werd direct actie ondernomen. Na een paar dagen was de crisis weer voorbij." – Panellid 2024*



*"De hulpverlener nam mij niet serieus." – Panellid 2024*



*"Ik ben wel weer voor even 'gestabiliseerd', maar ben nog steeds in de situatie waardoor ik steeds in crisis raak (namelijk de therapie die me uit balans brengt, terwijl de therapie op dit punt stoppen me ook uit balans brengt)."*  
– Panellid 2024



Een groep van 33 panelleden (5%) is in de afgelopen 12 maanden op vrijwillige basis opgenomen. Zeven panelleden (1%) zijn gedwongen opgenomen. Ongeveer een vijfde (21%) van de opgenomen panelleden werd in de afgelopen 12 maanden meer dan één keer opgenomen. Het gemiddeld aantal opnamedagen in het afgelopen jaar was 85. Gezien de ruime spreiding in opnamedagen en daarmee de relatief grote invloed van extremen op het gemiddelde (SD 126,8; minimaal 1 en maximaal 365 dagen) is ook gekeken naar de mediaan, deze komt uit op 21 dagen.

## 6.2.8 Afstemming tussen verschillende professionals

Ruim de helft (56%) van de panelleden geeft aan hulp te ontvangen van meerdere zorgverleners en instanties<sup>11</sup>. Een derde (33%) van de panelleden die zorg van meerdere hulpverleners heeft gekregen, geeft aan dat er één hulpverlener eindverantwoordelijk was voor de zorg. Volgens ruim een derde (36%) van de panelleden werkten de hulpverleners nauwelijks samen.

## 6.2.9 Tevredenheid met professionele zorg

Over de ontvangen professionele zorg is 73% van het panel (heel) tevreden en 5% (heel) ontevreden. De overige panelleden (22%) hebben gemengde ervaringen en zijn zowel tevreden als ontevreden. De geleverde professionele zorg en ondersteuning worden door de panelleden met een gemiddeld rapportcijfer van 7,2 (SD=1,6) beoordeeld (op een schaal van 1 tot 10).

Acht op de tien panelleden (80%) zijn het er (sterk) mee eens dat zij een goede samenwerkingsrelatie hebben met hun hulpverlener. Met de stelling “Mijn hulpverlener gaat uit van mijn mogelijkheden in plaats van mijn beperkingen” is driekwart van de panelleden (76%) het (sterk) eens. Twee derde van de panelleden vindt verder dat de hulpverlener er is als deze nodig is (68%) en dat de hulpverlening goed aansluit bij diens leven (68%).

In tabel 6.3 is voor diverse instanties het rapportcijfer van de panelleden te zien op een schaal van 1 tot 10. Er is een onderverdeling gemaakt in drie categorieën: 1) ggz, 2) dagbesteding/werk en financiën, 3) overige instanties. De voorzieningen binnen de categorie ggz scoren allemaal een 7 of hoger. Woonvoorzieningen, woonbegeleiding, cliëntinitiatieven, laagdrempelige steunpunten en vrijgevestigde therapeuten scoren het hoogst met een 7,5 à 7,6. De voorzieningen van de overige twee categorieën van tabel 3.3 scoren wisselend met een range van een 6,2 tot een 7,9 met een lagere score voor gemeentelijke loketten en UWV en een hogere score voor dagactiviteitencentra en alternatieve geneeswijzen.

---

11 Aan panelleden is gevraagd of ze van meerdere zorgverleners hulp ontvangen. 56% geeft aan dat dit zo is. Er is ook gevraagd van welke zorgaanbieders en instanties panelleden zorg en ondersteuning krijgen. Op basis van deze antwoorden is geanalyseerd hoeveel panelleden vanuit meerdere aanbieders en instanties zorg krijgen. Dit percentage ligt nog hoger dan 56%.

**Tabel 6.3 Gemiddelde rapportcijfers (inclusief standaarddeviaties) voor diverse professionele zorginstanties<sup>1</sup>**

<b>GGZ</b>	<b>n<sup>2</sup></b>	<b>Rapportcijfer</b>	<b>SD</b>
Zorg/begeleiding vanuit een ggz- of verslavingszorgkliniek (vanwege een opname)	49	7,0	1,8
Poli van een instelling in de ggz of verslavingszorg	114	7,2	1,7
RIBW (regionale instelling voor beschermd wonen) of andere organisatie die woonbegeleiding biedt	63	7,3	1,7
ACT/FACT-team: assertive community treatment	115	7,3	1,5
IHT-team: intensive home treatment/intensieve thuisbehandeling	<10	-	-
PIT-team: psychiatrisch intensieve thuiszorg	<10	-	-
VIP-team: vroege interventie psychose team	<10	-	-
Steunpunten ggz: steunpunt, steun- en informatiepunt (STIP), cliënteninformatiepunt (CLIP) of cliëntenbelangenbureau	<10	-	-
Andere cliënteninitiatieven voor herstel en zelfregie (incl. herstelacademie en lotgenotengroep)	51	7,5	1,2
Praktijkondersteuner ggz bij de huisarts (POH-GGZ)	49	7,1	1,9
Psycholoog/psychiater/psychotherapeut met een eigen praktijk (ofwel een vrijgevestigde therapeut)	62	7,5	1,5
<b>Dagbesteding/werk en financiën</b>	<b>n<sup>2</sup></b>	<b>Rapportcijfer</b>	<b>SD</b>
UWV: Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen	143	6,6	2,2
Schuldhulpverleningsorganisatie	10	8,6	1,5
Sociale werkvoorziening	20	7,8	1,1
Dagactiviteitencentrum (DAC)	36	7,8	1,7
Re-integratiebureau	<10	-	-
<b>Overige instanties</b>	<b>n<sup>2</sup></b>	<b>Rapportcijfer</b>	<b>SD</b>
Wijkverpleegkundige	20	7,9	1,2
MEE (ondersteuning bij leven met een beperking)	<10	-	-
Sociaal wijkteam/ buurtteam	34	6,8	1,8
Gemeente: Dienst Werk en Inkomen (bijv. jobcoach van de gemeente)	16	6,3	2,4
Gemeente: medewerkers rondom de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo consulent, medewerkers bij het Wmo Loket/Zorg Loket/Sociaal Loket)	104	6,4	2,0
Gemeente: overig	18	6,2	2,8
Welzijnsorganisatie	11	7,0	1,0
Buurthuis	32	7,4	1,5
Vrijwilligersorganisatie	39	7,1	1,5
Huisarts	231	7,7	1,5
Coach met een eigen praktijk	12	8,0	1,2
Homeopaat, haptonoom, acupuncturist of hulpverlener van een andere alternatieve geneeswijze	36	8,1	1,1

<sup>1</sup> Scores op een 10-puntsschaal, lopend van 1 (heel erg slecht) tot en met 10 (uitstekend). Rapportcijfers over zorg en dienstverlening zijn bij kleine subgroepen (lager dan 10) weggelaten.

<sup>2</sup> Aantallen kunnen enigszins afwijken van de aantallen in tabel 2.5 vanwege ontbrekende gegevens.

## 6.3 Ontvangen informele zorg en tevredenheid

### 6.3.1 Ontvangen informele zorg

Driekwart (75%) van de panelleden geeft aan op het moment van de peiling zorg of ondersteuning bij hun psychische problemen te krijgen van iemand uit hun eigen netwerk. Tabel 6.4 laat zien welke personen hierbij een rol spelen. Het zijn vooral de partner, vrienden, andere familie en (schoon)ouders die de panelleden bijstaan. Lotgenoten zijn een belangrijke bron van informele zorg voor 21% van de panelleden die informele zorg krijgen.

**Tabel 6.4 Personen uit eigen netwerk die zorg of ondersteuning bieden<sup>1</sup>**

	<i>Ondersteuning: Algemeen (N=515)</i>
	<i>n (%)</i>
Partner	200 (39)
Vriend(en)	270 (52)
Andere familie	176 (34)
(Schoon)ouders	126 (25)
Kind(eren)	82 (16)
Lotgenoten	107 (21)
Kennis(sen)	71 (14)
Buren of buurtgenoten	67 (13)
Anders	50 (10)
Collega's	60 (12)
Leidinggevende	50 (10)
Ex-partner	17 (3)

<sup>1</sup> De vermelde percentages hebben betrekking op de groep panelleden die aangeeft zorg of ondersteuning te krijgen van iemand uit hun netwerk.

### 6.3.2 Tevredenheid informele zorg

Ruim twee derde van de panelleden (72%) die zorg en ondersteuning krijgen van iemand uit hun eigen omgeving is (heel) tevreden met de hulp die door mensen uit de eigen omgeving wordt geboden. Daar tegenover staat 6% die (heel) ontevreden is met deze hulp. De hulp uit eigen omgeving wordt door de panelleden gewaardeerd met een gemiddeld rapportcijfer van 6,9 (SD=1,8).

## 7 Vervulde en onvervulde zorgbehoeften



### 7.1 Vervulde en onvervulde behoeften aan professionele zorg in het algemeen

23% van alle panelleden krijgt naar eigen zeggen te weinig professionele zorg, omdat ze geen zorg en ondersteuning krijgen maar dit wel nodig hebben (7% van alle panelleden), of omdat de zorg en ondersteuning die ze krijgen niet toereikend is (16% van alle panelleden). De panelleden die naar eigen zeggen onvoldoende zorg krijgen, noemen verschillende redenen voor deze ontbrekende of ontoereikende zorg (zie tabel 7.1).

Het grootste struikelblok voor het krijgen van (voldoende) professionele zorg is het ontbreken van geschikt aanbod (41% van de mensen die geen of onvoldoende zorg krijgen geeft dit aan als reden). Drie op de tien panelleden (30%) die aangeven onvoldoende zorg/ondersteuning te krijgen wijten dit aan onbegrip bij anderen ten aanzien van de hulpvraag. Bijna drie op de tien (29%) benoemen wachtlijsten als belemmering. Verschillende persoonlijke redenen – niet weten hoe ondersteuning te regelen, opzien tegen het regelwerk, niet om ondersteuning durven vragen – zijn voor 13% tot 20% van de panelleden een reden voor het tekort aan zorg en ondersteuning. Ook financiële voorwaarden spelen een rol: 19% geeft aan dat de benodigde ondersteuning niet wordt vergoed en 10% kan de eigen bijdrage niet betalen.

**Tabel 7.1 Redenen voor het ontbreken van (voldoende) professionele zorg volgens panelleden die geen of onvoldoende zorg krijgen (n=167)<sup>1</sup>**

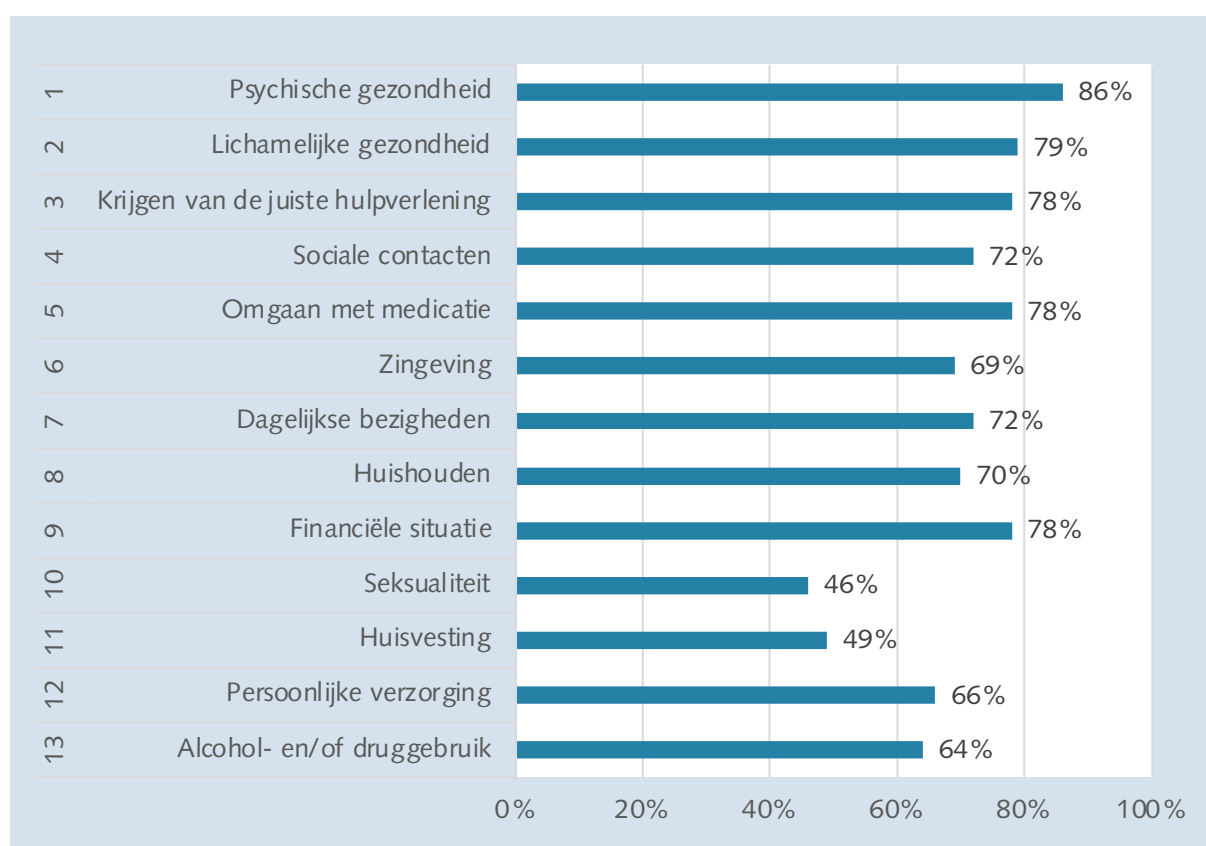
	<i>n (%)</i>
De ondersteuning die ik nodig heb, is niet beschikbaar/wordt niet aangeboden	68 (41)
Anderen begrijpen mijn hulpvraag niet	50 (30)
Er zijn wachtlijsten voor de zorg en ondersteuning die ik nodig heb	48 (29)
Ik zie op tegen het regelen van deze ondersteuning (bijvoorbeeld door het regelwerk, rompslomp)	34 (20)
De ondersteuning die ik nodig heb, wordt niet vergoed	35 (19)
Ik kom niet in aanmerking voor deze ondersteuning/speciale voorzieningen	31 (19)
Ik durf niet om deze ondersteuning te vragen	27 (16)
Ik weet niet hoe ik deze ondersteuning moet regelen	22 (13)
Ik moet een eigen bijdrage betalen en ik heb het geld hier niet voor	17 (10)
Andere reden dan hier genoemd	41 (25)

<sup>1</sup> Panelleden konden meerdere redenen aangeven.

## 7.2 Vervulde en onvervulde behoeften aan professionele zorg per leefdomein

Als we kijken naar de zorgbehoeften van de panelleden per leefdomein en de zorg die ze krijgen, dan blijkt dat dit lang niet altijd op elkaar aansluit. Voor gewenste hulp of ondersteuning van zorgprofessionals wordt voor de leefdomeinen 'psychische gezondheid', 'lichamelijke gezondheid', 'omgaan met medicatie', 'financiële situatie' en 'krijgen van de juiste hulpverlening' het best voorzien in de zorgbehoeften van de panelleden (zie figuur 7.1, met het leefdomein met de grootste zorgbehoefte bovenaan). Voor al deze domeinen geeft ruim driekwart van de panelleden die behoefte heeft aan professionele zorg aan deze zorg ook te krijgen. De domeinen 'huisvesting' (vinden van een geschikte woonplek) en 'seksualiteit' scoren het slechtst: van de panelleden met behoefte aan professionele zorg op deze leefdomeinen, geeft minder dan de helft aan deze zorg te krijgen.

**Figuur 7.1 Ondersteuning van professionals: vervulde zorgbehoeften per leefdomein, gerangschikt van het leefdomein met de meeste zorgbehoefte (1) naar het leefdomein met de minste zorgbehoefte (13)**



Ook is gevraagd naar ervaringen rond tijdelijke op- en/of afschaling van de zorg in de afgelopen 12 maanden. Voor 47% van de panelleden was dit niet aan de orde. Voor 46% was op enig moment meer zorg nodig dan gebruikelijk, 6% van de panelleden kon tijdelijk met minder zorg toe en bij 1% van de leden was in de afgelopen 12 maanden zowel op- als afschaling van de zorg nodig.

Tabel 7.2 laat zien in hoeverre aan deze op- en afschaal wensen tegemoet is gekomen. Al met al is voor de helft van de panelleden (50%) alles naar volle tevredenheid opgepakt, maar bij de andere helft niet (geheel).

**Tabel 7.2 In hoeverre is aan de wens tot op- en/of afschaling van zorg tegemoet gekomen?<sup>1</sup> (N=284)**

	<i>n (%)</i>
Op- en/of afschaling geregeld: naar tevredenheid	142 (50)
Op- en/of afschaling geregeld: deels naar tevredenheid	69 (24)
Op- en/of afschaling geregeld: niet naar tevredenheid	10 (4)
Er is niets geregeld	63 (22)

<sup>1</sup> Ter toelichting: hierbij is geen navraag gedaan in hoeverre zorgaanbieders op de hoogte waren (gesteld) van de wens.

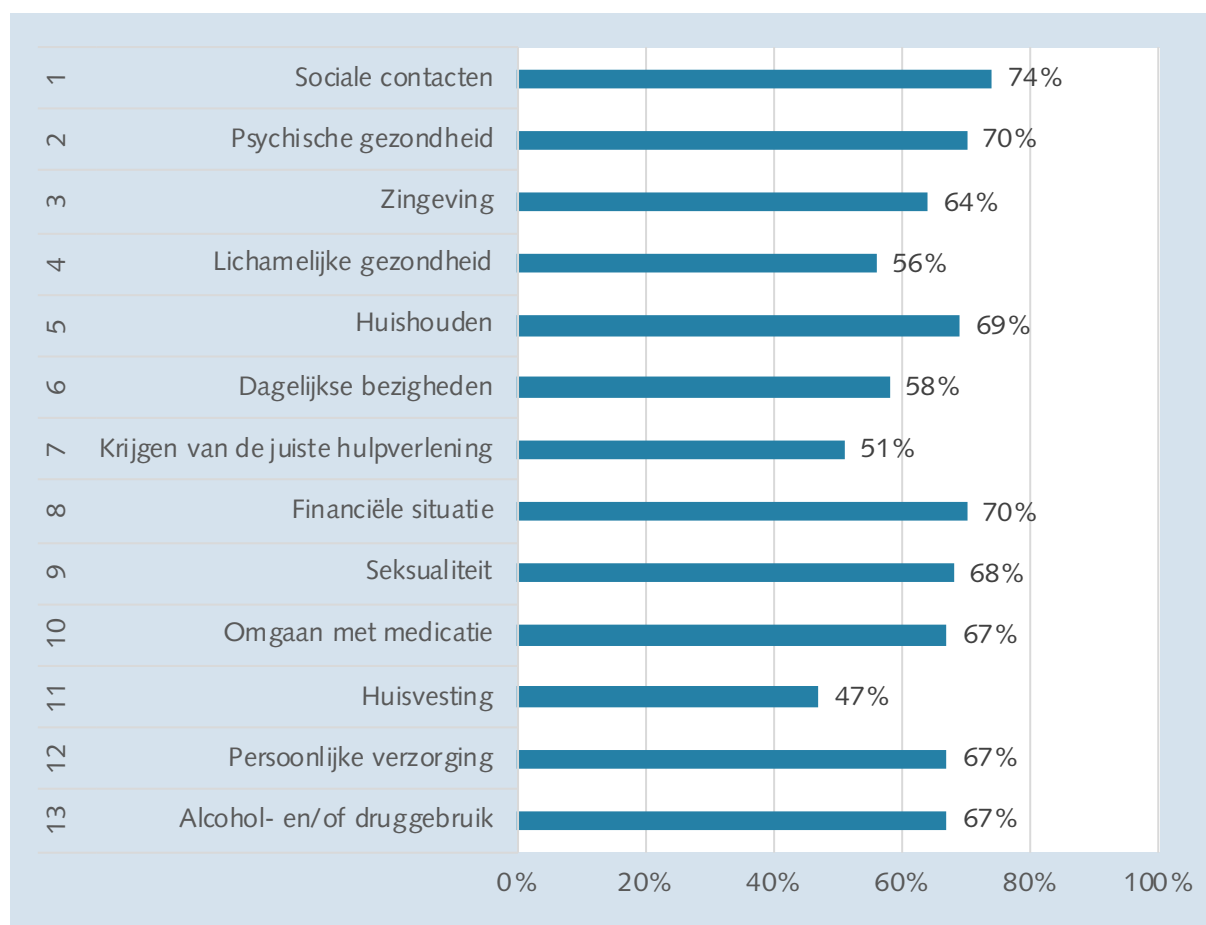




### 7.3 Vervulde en onvervulde behoeften aan informele zorg

In figuur 7.2 is te zien hoe de verhouding tussen zorgbehoeften en ontvangen zorg ligt voor ondersteuning vanuit het eigen netwerk (het leefdomein met de grootste zorgbehoefte bovenaan). Hier wordt het beste resultaat gevonden voor het leefdomein 'sociale contacten', gevolgd door 'psychische gezondheid' en 'financiële situatie'. Voor al deze domeinen geven zeven op de tien panelleden aan dat ze zorg nodig hebben en deze ook ontvangen. Enkele opvallende verschillen met de gewenste zorg van professionals zijn de domeinen 'lichamelijke gezondheid', 'krijgen van de juiste hulpverlening' en 'seksualiteit'. Daar waar de eerste twee leefdomeinen voor gewenste zorg door professionals nog goed uit de bus komen (respectievelijk 79% en 78% panelleden met vervulde zorgbehoeften), is dit aanzienlijk minder positief voor de ondersteuning vanuit het eigen netwerk: respectievelijk 56% en 51%. Voor het domein 'seksualiteit' geldt het omgekeerde: hier wordt een relatief laag resultaat behaald bij de gewenste zorg van professionals (46% panelleden met een vervulde zorgbehoefte), terwijl dit percentage voor ondersteuning vanuit het eigen netwerk op 68% ligt.

**Figuur 7.2 Ondersteuning vanuit het eigen netwerk: vervulde zorgbehoeften per leefdomein, gerangschikt van het leefdomein met de meeste zorgbehoefte (1) naar het leefdomein met de minste zorgbehoefte (13)**



## 8 Trends



In dit hoofdstuk worden ontwikkelingen in de periode 2016-2024 beschreven. Hierbij is gekeken naar de volgende onderwerpen:

1. Activiteiten buitenshuis
2. Vrijwilligerswerk
3. Betaald werk
4. Het gevoel mee te tellen in de maatschappij
5. Eenzaamheid
6. Algemene psychische klachten (Mental Health Inventory, de MHI-5)
7. Kwaliteit van leven (rapportcijfer)
8. Cliënt zijn bij een instelling voor ggz of verslavingszorg
9. Het ontvangen van brede ggz ondersteuning (zowel 1e als 2e lijn ggz-voorzieningen)
10. Tevredenheid met ggz-voorzieningen
11. Tevredenheid met voorzieningen in het sociale domein (sociaal wijkteam, DAC, Wmo-loket van de gemeente, woonbegeleiding/beschermd wonen)
12. Crisis doorgemaakt in de afgelopen 12 maanden?
13. Crisiszorg ontvangen indien er sprake was van een crisis?
14. Mismatch zorgbehoefte en ontvangen zorg per leefdomein (zorgbehoefte, geen zorg ontvangen)

Voor elk peiljaar zijn de resultaten steeds vergeleken met de resultaten in de twee daaraan voorgaande peilingen. Zo is voor bijvoorbeeld betaald werk in 2024 gekeken of er een statistisch significant verschil wordt gevonden met het percentage panelleden met betaald werk in 2023 en 2022. In de Verantwoording wordt in meer detail ingegaan op de gebruikte werkwijze.

Voor de meeste onderwerpen worden geen (duidelijke) trends waargenomen. Vaak zijn er wel enkele statistisch significante verschillen, maar betreft dit slechts incidentele veranderingen en/of veranderingen die wel statistisch significant zijn, maar zo klein of grillig dat ze praktisch minder relevant zijn<sup>12</sup>. De onderwerpen waar wel opvallende ontwikkelingen zijn waar te nemen worden hieronder besproken.

### 8.1 In beeld bij de ggz

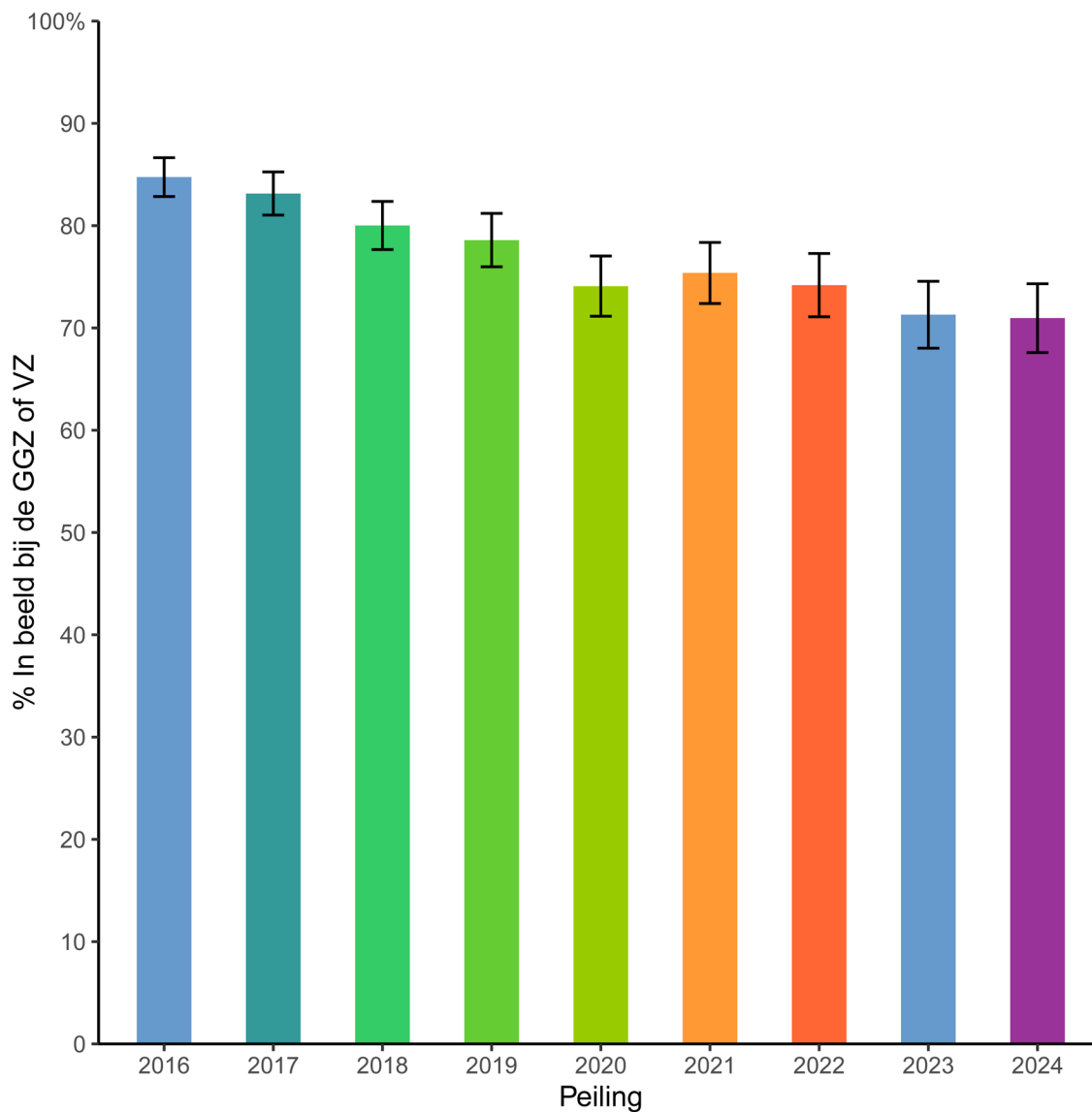
In hoeverre krijgen panelleden zorg voor psychische problematiek? Hier is op twee manieren naar gekeken. Om te beginnen is nagegaan of mensen cliënt zijn bij een instelling voor ggz of verslavingszorg (vz). Daarnaast is gekeken of mensen op het moment van de peiling contact hebben met een zorgverlener of ondersteuner voor hun psychische problematiek. Dit betreft

---

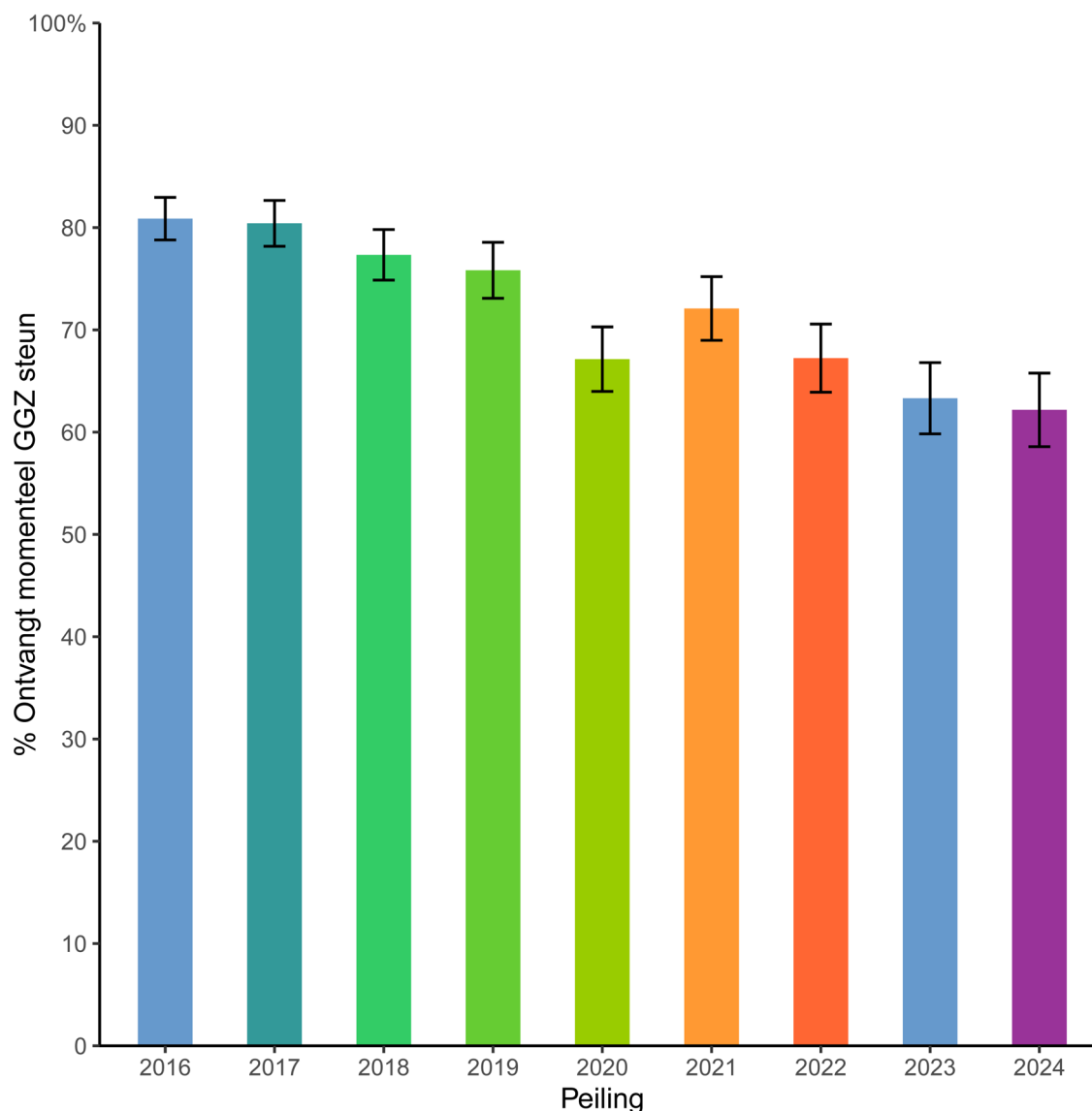
12 Het panel is dermate groot dat een verschil al snel statistisch significant kan zijn.

zowel laagdrempelige zorg (bijv. POH-GGZ, ggz-steunpunten) als gespecialiseerde zorg (bijv. FACT, IHT, PIT). Oftewel, het gaat om brede ggz ondersteuning. Figuren 8.1 en 8.2 laten de ontwikkeling over de jaren 2016 t/m 2024 zien.

**Figuur 8.1** Percentage panelleden dat in beeld is bij een ggz of verslavingszorginstelling



**Figuur 8.2** Percentage panelleden dat op het moment van de peiling brede ggz ondersteuning ontvangt

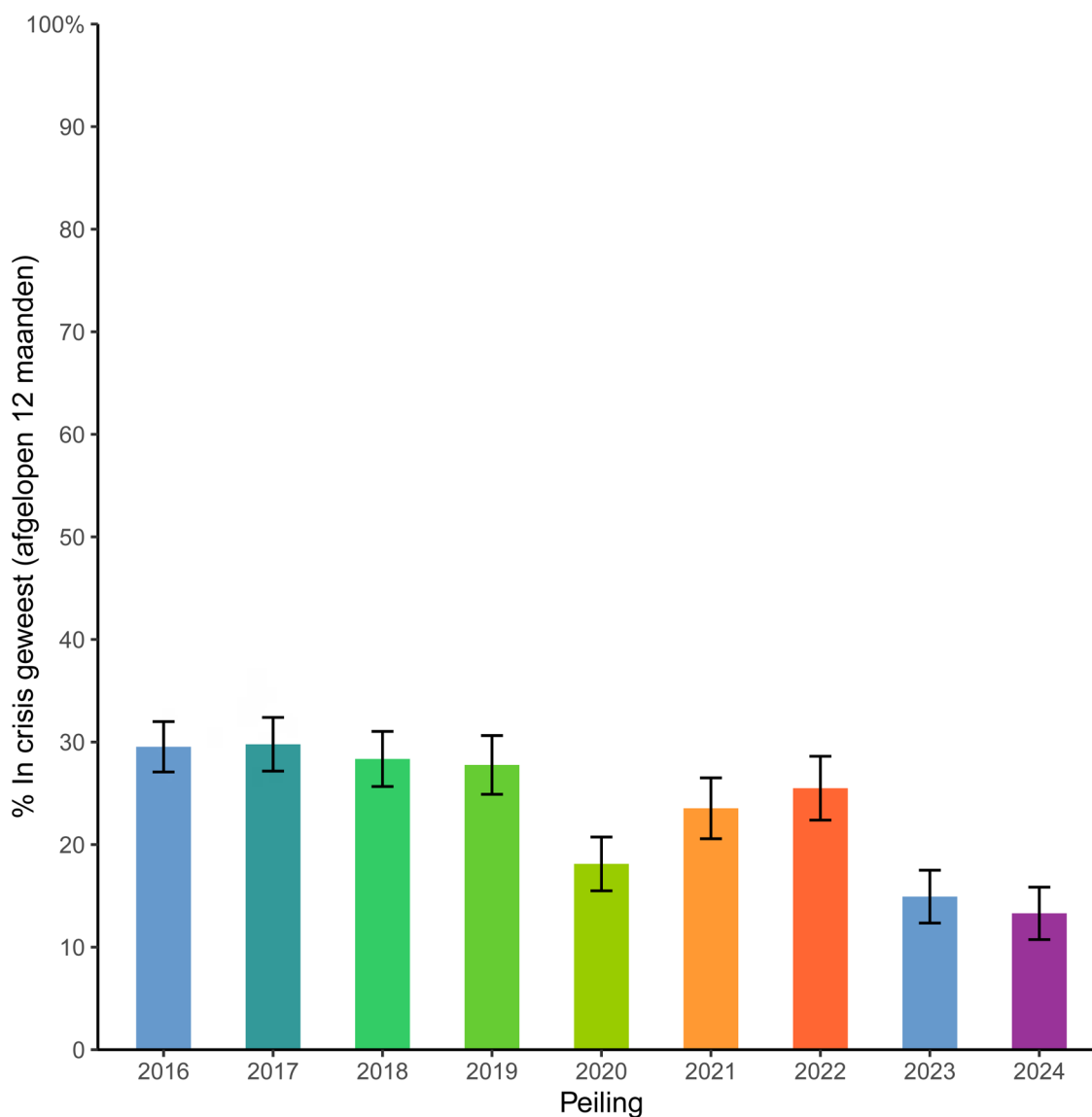


De groep panelleden die in beeld is bij de ggz is in de afgelopen jaren kleiner geworden. De figuren 8.1 en 8.2 laten beide een dalende trend zien. Hoe deze trend precies geduid kan worden, vergt een diepgaande analyse die buiten het bestek van deze rapportage valt. Uit de gegevens over de match tussen de behoefte aan zorg en het ontvangen van zorg bij psychische problematiek (zie Hoofdstuk 7) blijkt wel dat er een groep panelleden is die geen zorg krijgt voor psychische problematiek terwijl zij dit naar eigen zeggen wel nodig hebben (14% van de panelleden met een zorgbehoefte op het gebied van psychische gezondheid geeft aan onvoldoende (geen of te weinig) professionele zorg hiervoor te krijgen).

## 8.2 In crisis

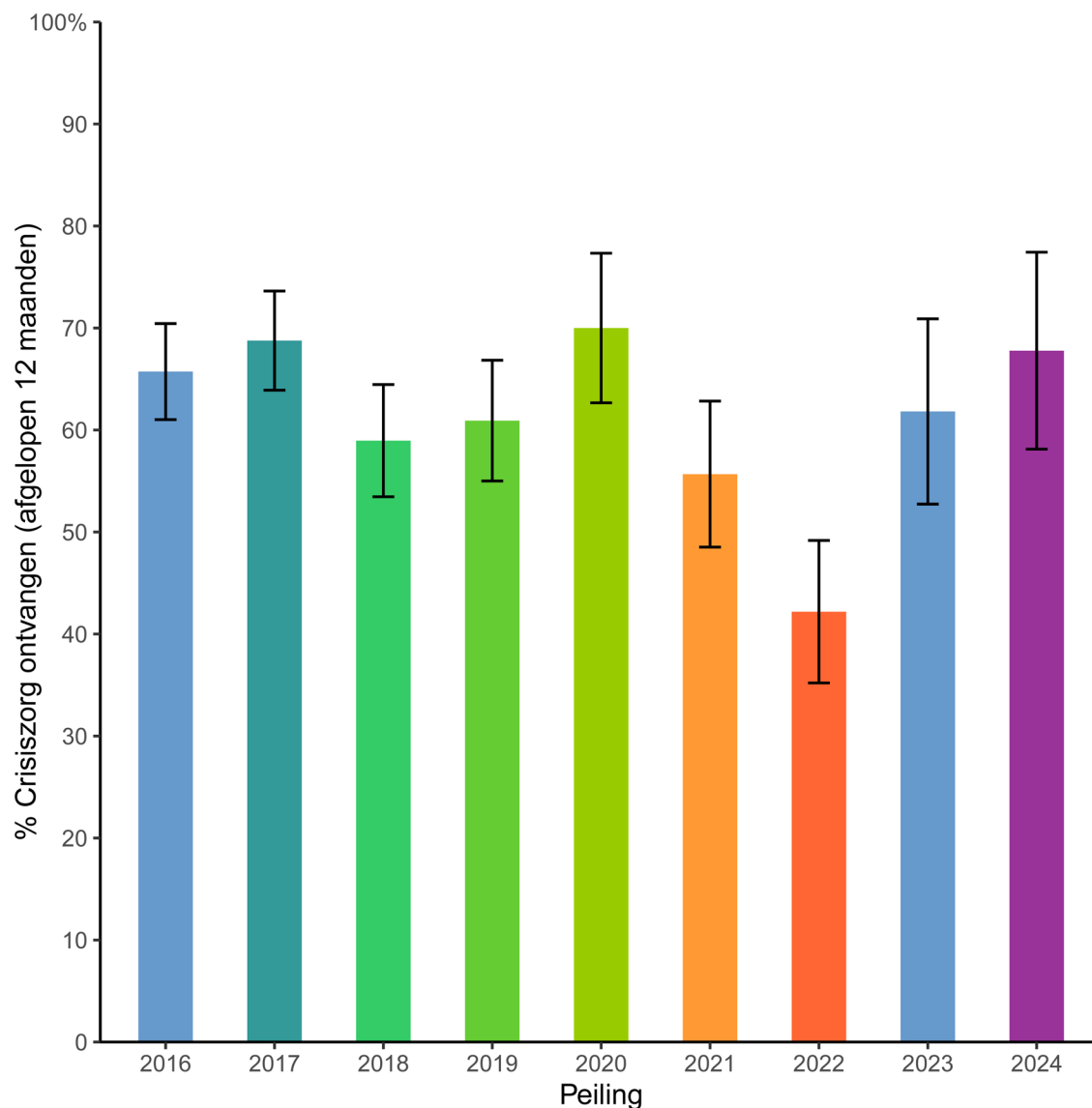
Het percentage panelleden dat in de afgelopen 12 maanden een crisissituatie heeft doorgemaakt, laat sinds 2016 een dalende trend zien. Na een significante daling in 2020 leek het voor 2021 en 2022 weer wat terug te veren naar het oude niveau, maar in 2023 is wederom een significante daling te zien (zie figuur 8.3).

**Figuur 8.3** Percentage panelleden dat in de afgelopen 12 maanden een crisissituatie heeft doorgemaakt



Krijgen mensen die een crisis doormaken ook de crisiszorg (variërend van ambulante crisiszorg tot een opname) die ze op dat moment nodig hebben? In figuur 8.4 is te zien wat de ontwikkelingen sinds 2016 zijn geweest.

**Figuur 8.4** Percentage panelleden dat in de afgelopen 12 maanden zorg kreeg in geval van een crisissituatie

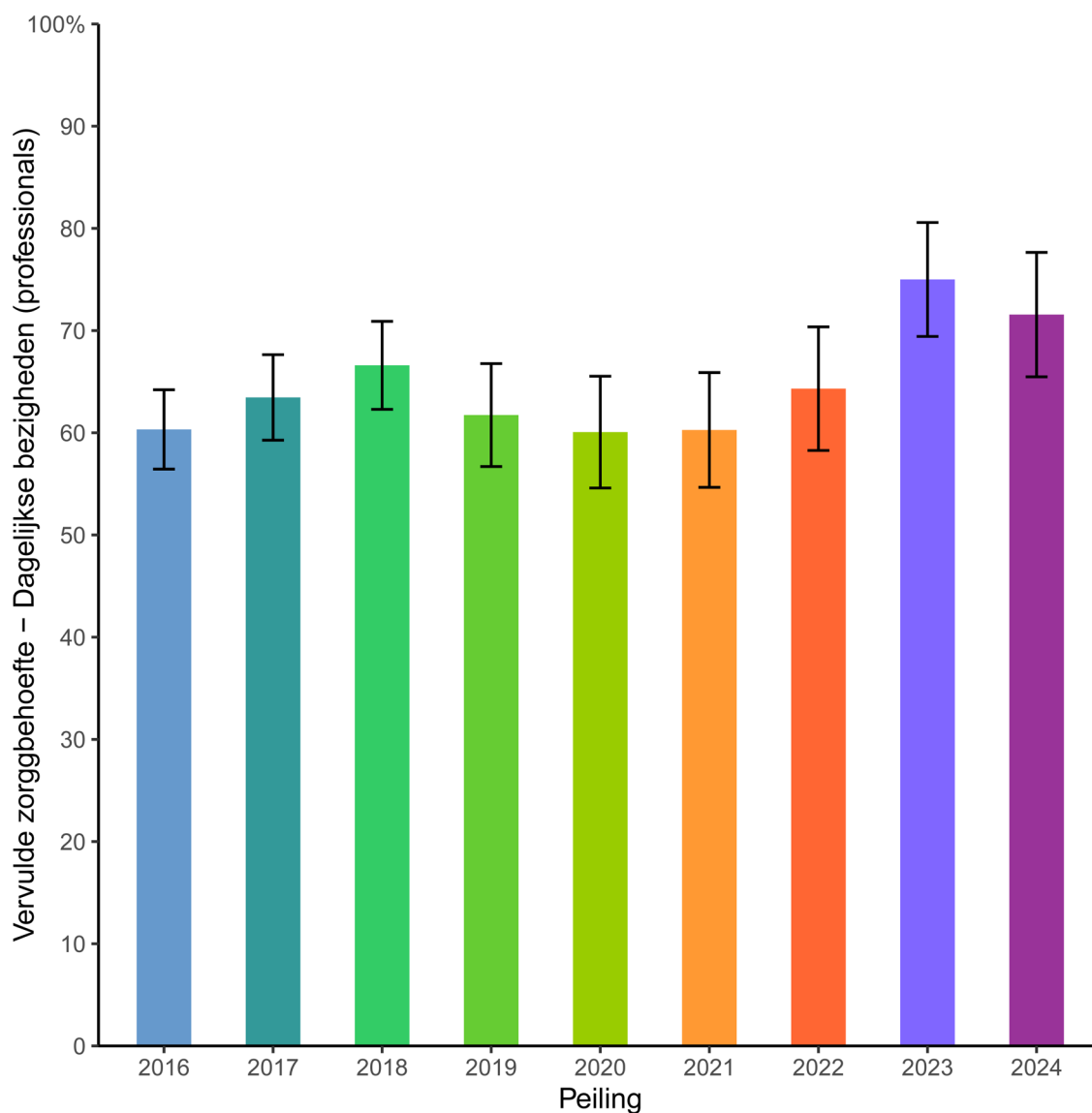


Het percentage panelleden dat crisiszorg heeft ontvangen in geval van een crisissituatie laat een grillig verloop zien. Wat in de laatste jaren vooral opvalt, is dat na 2020 het percentage stevig daalt, om vanaf 2023 weer significant te stijgen naar het niveau van 2020 en eerder.

### 8.3 Match tussen zorgbehoeften en ontvangen zorg

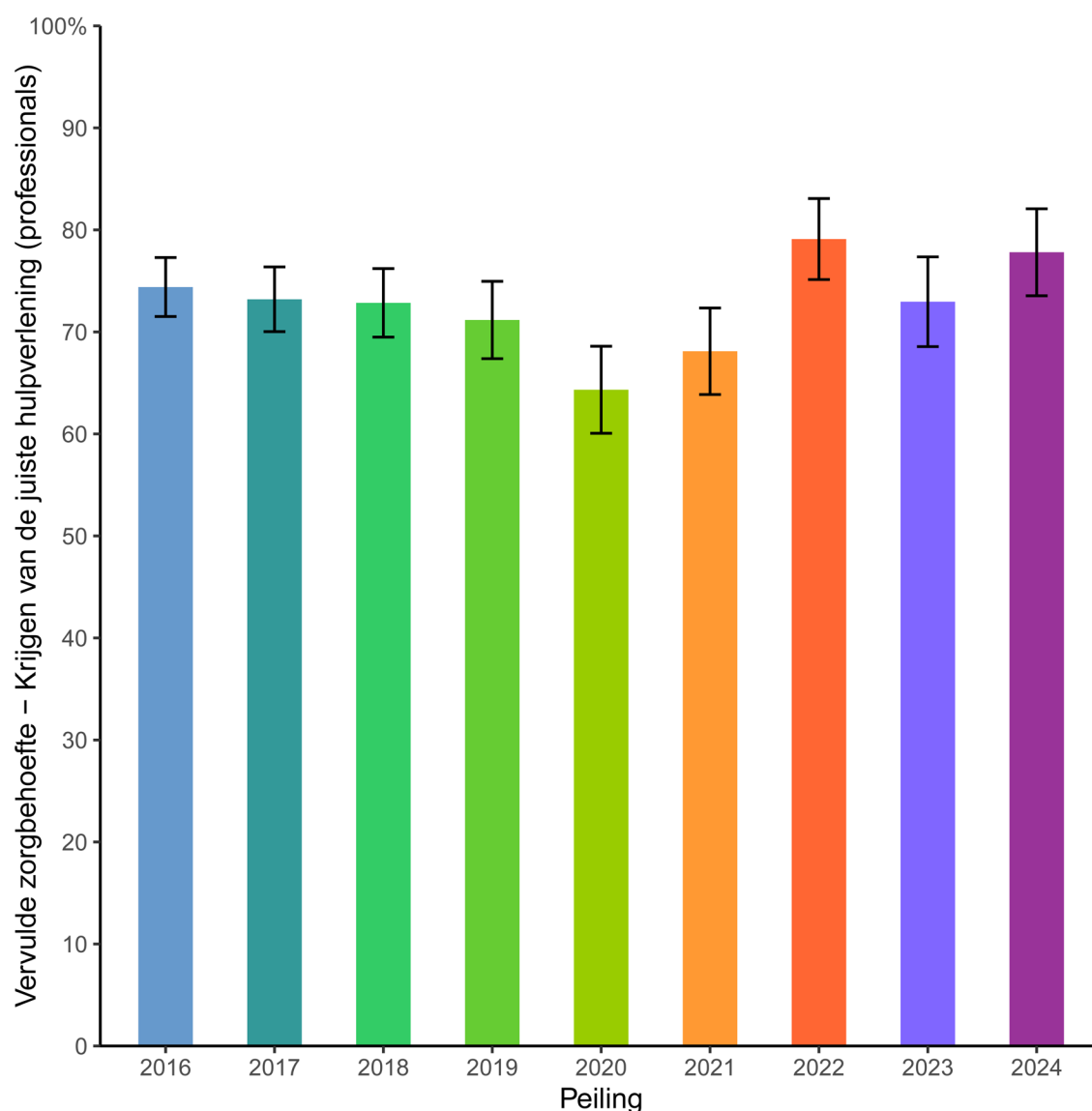
Ook de trends van de match tussen zorgbehoeften en ontvangen zorg voor de verschillende leefdomeinen zijn geanalyseerd, apart voor professionele zorg en zorg vanuit het eigen netwerk. Voor drie leefdomeinen werden significante verschillen door de tijd heen gevonden (met ook hier steeds een vergelijking met het voorgaande jaar en een vergelijking met twee jaar terug).

**Figuur 8.5** Vervulde zorgbehoefte: professionele ondersteuning bij dagelijkse bezigheden



Figuur 8.5 laat zien dat steeds meer panelleden met een behoefte aan professionele zorg voor dagelijkse bezigheden deze zorg ook daadwerkelijk ontvingen. Tussen 2021 en 2023 is dit percentage statistisch significant gestegen.

**Figuur 8.6** Vervulde zorgbehoefte: professionele ondersteuning bij het krijgen van de juiste hulpverlening

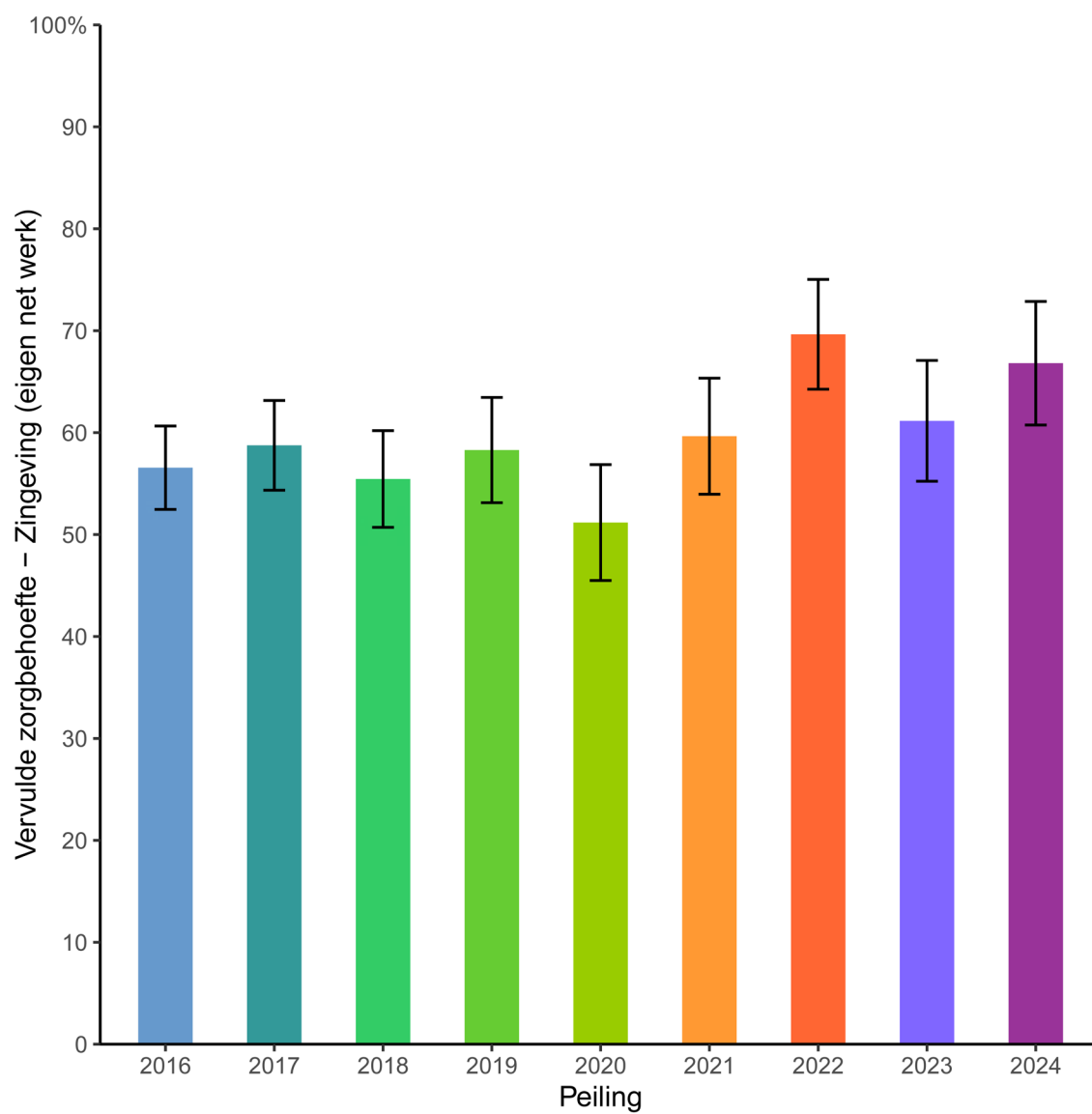


Tijdens de coronaperiode daalde het percentage panelleden dat, in geval van behoefte, professionele ondersteuning kreeg bij het vinden van de juiste hulp. Na deze periode is dit percentage weer gestegen. Tussen 2019 en 2020 was er een statistisch significante daling van de match van zorgbehoefte en ontvangen zorg op dit domein (en tussen 2018 en 2020 ook). Tussen 2021 en 2022 steeg deze match weer, statistisch significant.

Tenslotte zijn er statistisch significante verschillen gevonden op de ontwikkeling van ontvangen ondersteuning bij zingeving uit het eigen netwerk, voor panelleden die hier behoefte aan hadden (zie figuur 8.7). De match tussen zorgbehoefte en ontvangen zorg laat hier door de jaren heen een wisselend beeld zien, met een stijging na de coronaperiode (statistisch significante stijgingen tussen 2020-2021, 2021-2022, 2022-2023 en tussen 2020-2022).



**Figuur 8.7** Vervulde zorgbehoefte: informele ondersteuning bij zingeving



## 8.4 Regio-analyse

We hebben voor de derde achtereenvolgende keer aan de hand van een exploratieve analyse onderzocht of zorgkantoorregio's mogelijk van elkaar verschillen met betrekking tot een aantal uitkomsten. Hierbij is gekeken naar de mate waarin de panelleden van de verschillende zorgkantoorregio's:

- activiteiten buitenshuis ondernemen;
- betaald werk of vrijwilligerswerk hebben;
- eenzaamheid ervaren;
- gebruik maken van de ggz;
- tevreden zijn met de ggz;
- het gevoel hebben mee te tellen in de maatschappij;
- psychische klachten hebben;
- zich 'empowered' voelen;
- kwaliteit van leven beoordelen;
- gebruik maken van het sociaal domein.

De regio-analyses zijn gedaan voor de huidige peiling (voorjaar 2024). Alleen zorgkantoorregio's met minstens 50 panelleden zijn in de analyses meegenomen. In de analyse is gecorrigeerd voor verschillen tussen de regio's in kenmerken van de panelleden. Zo is gecontroleerd voor sekse (biologisch geslacht), leeftijd, opleidingsniveau<sup>13</sup> (laag, middel of hoog), en de aanwezigheid van klachten gerelateerd aan psychosen en/of schizofrenie. In hoofdstuk 8 (Verantwoording) wordt in meer detail ingegaan op de gebruikte werkwijze.

Voor geen van de uitkomstvariabelen werd een statistisch significant verschil gevonden tussen de zorgkantoorregio's.

---

13 Volgens de Standaard Onderwijsindeling (SOI) die het CBS hanteert.

## 9 Samenvatting en beschouwing



In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen van de peiling van het panel Psychisch Gezien in 2024 samengevat en de trends tussen 2016 en 2024 beschreven. Ook wordt duiding gegeven aan de meest opvallende resultaten. Belangrijk om hierbij te noemen is dat de panelgroep meer vrouwen dan mannen bevat (twee derde is vrouw) en dat de leeftijd van de panelleden varieert van 23 jaar tot 85 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 55 jaar. Dit kan een relatie hebben met de gevonden resultaten.

### *Kwaliteit van leven*

De panelleden beoordelen het leven dat ze leiden gemiddeld met een 6,3 (op een schaal van 1 tot 10). Vergeleken met andere mensen in Nederland die hun leven gemiddeld het rapportcijfer 7,5 geven is dit cijfer van de panelleden laag. In vergelijking tot de algemene bevolking valt vooral op dat het percentage panelleden dat ontevreden is met het leven vijf keer groter is dan in de algemene bevolking.

### *Gezondheid*

Uit de metingen van de Mental Health Inventory (MHI-5) blijkt dat de ervaren psychische klachten van panelleden, op groepsniveau, door de jaren heen niet veel veranderen. In 2024 is de gemiddelde MHI-5-score van panelleden 54, waarbij een score van 76 of lager duidt op een hogere kans op angst- en stemmingsstoornissen in de afgelopen maand. Daarnaast blijkt dat een groot deel van de panelleden naast psychische, ook lichamelijke klachten heeft. Zo ervaart 74% fysieke pijn en ongemak. Ruim de helft van de panelleden heeft één of meer chronische lichamelijke aandoeningen.

### *Sociale netwerk*

Een derde van de panelleden (34%) ontmoet vrienden of goede kennissen minimaal elke week. Het merendeel van de panelleden (78%) heeft iemand in hun netwerk die hen een luisterend oor kan bieden, zoals vrienden, partners of familieleden. Daarnaast biedt één op de vijf panelleden op dit moment mantelzorg (20%). Toch blijkt uit de peiling dat 79% van de panelleden zich in enige mate eenzaam voelt, 38% geeft zelfs aan zich (heel) erg eenzaam te voelen. Dit percentage is relatief hoog vergeleken met ouderen en de algemene bevolking. Het ervaren van (veel) eenzaamheid is door de jaren heen niet veranderd.

### *Participatie en inclusie*

De participatie van panelleden in betaald werk is laag; 20% van de panelleden heeft een betaalde baan en dat is aanzienlijk lager dan in de algemene bevolking (73%, peiljaar 2022) en onder mensen met een lichamelijke beperking (43%, peiljaar 2022)<sup>14</sup>. De participatie in betaald werk onder panelleden is door de jaren heen niet veranderd. De participatie in vrijwilligerswerk is groter dan in betaald werk: 38% van de panelleden doet vrijwilligerswerk, wat vergelijkbaar is met de algemene bevolking. Ook volgt 18% van de panelleden een opleiding of werk-gerelateerde

---

14 Als we in de paneldata inzoomen op panelleden tot 65 jaar, dan heeft 18 procent betaald werk.

cursus, wat iets boven het gemiddelde van 13% in de algemene bevolking ligt (peiljaar 2023) (CBS, 2024). Meer dan de helft van de panelleden (58%) sport of beweegt minstens wekelijks, en 42% neemt wekelijks deel aan buitenshuis activiteiten zoals een horecabezoek of culturele uitjes. De beleving van inclusie is laag, slechts 59% van de panelleden voelt zich (een beetje) onderdeel van de maatschappij. Een kwart van de panelleden ervaart discriminatie vanwege hun psychische problematiek.

### *Zorg en ondersteuning*

Een groot deel van de panelleden krijgt hulp. Zeven op de tien panelleden ontvangt zorg van een ggz- of verslavingszorgaanbieder, een kwart krijgt ggz ondersteuning van meerdere ggz- en verslavingszorgaanbieders. Driekwart van de panelleden ontvangt (ook) hulp vanuit hun eigen netwerk voor psychische problematiek. De trendanalyses laten zien dat het gebruik van ggz door de jaren heen is afgenomen, zowel bij gespecialiseerde als laagdrempelige zorg. In het afgelopen jaar heeft 10% van de panelleden crisiszorg gekregen. Vijf procent gaf aan deze zorg niet te hebben ontvangen terwijl dit wel nodig was. Ruim een derde (39%) van de panelleden heeft in het afgelopen jaar (opnieuw) een gesprek gehad voor persoonlijke diagnostiek. De tevredenheid over zowel professionele zorg als zorg uit het eigen netwerk is hoog, met ruim 70% van de panelleden die (heel) tevreden zijn.

### *Vervulde en onvervulde zorgbehoeften*

Bijna een kwart van de panelleden geeft aan onvoldoende professionele zorg te ontvangen. Dit komt doordat zij geen zorg krijgen terwijl ze dit wel nodig hebben of omdat de ontvangen zorg niet toereikend is. Belangrijke oorzaken hiervoor zijn een gebrek aan geschikt zorgaanbod, onbegrip bij anderen over de hulpvraag en lange wachtlijsten. Voor de leefdomeinen 'psychische gezondheid' en 'lichamelijke gezondheid' is een grote behoefte aan professionele zorg. Voor het grootste deel krijgen de panelleden deze professionele zorg ook (86% bij psychische gezondheid en 79% bij lichamelijke gezondheid). Voor informele zorg is te zien dat panelleden vooral (ook) behoefte hebben aan informele zorg op de leefdomeinen 'sociale contacten' en 'psychische gezondheid'. Zeven op de tien panelleden ontvingen ook daadwerkelijk informele zorg voor deze leefdomeinen. Opvalt dat voor het leefdomein 'huisvesting (het vinden van een geschikte woonplek)' zowel voor professionele zorg als voor informele zorg de behoeftevervulling relatief laag is (onder de 50%). Uit de trendanalyses blijkt dat deze behoeftevervulling ook in de afgelopen jaren rond de 50% lag. Het gaat dus om een aanhoudend lage behoeftevervulling.

De trendanalyses laten op enkele leefgebieden ontwikkelingen door de tijd zien wat betreft vervulde zorgbehoeften: op het gebied van zingeving (ondersteuning uit eigen netwerk), het krijgen van ondersteuning bij het vinden van de juiste hulp (ondersteuning van professionals), en dagelijkse bezigheden (ondersteuning van professionals) is er een significante stijging in vervulde zorgbehoeften.

### **Wat valt het meest op in de resultaten van deze peiling onder de leden van het panel Psychisch Gezien?**

Op belangrijke thema's zoals sociale inclusie, participatie en kwaliteit van leven, laten de resultaten weinig verandering in de afgelopen jaren zien. Leden van het panel Psychisch Gezien ervaren nog steeds een lagere kwaliteit van leven dan de algemene bevolking. Eenzaamheid is een groot probleem, een aanzienlijk deel van de panelleden heeft het gevoel niet of nauwelijks onderdeel te

zijn van de samenleving, panelleden ervaren discriminatie vanwege hun psychische problematiek, slechts een relatief klein deel heeft betaald werk en zijn er nog altijd onvervulde zorgbehoeften. Er zijn enkele kleine positieve ontwikkelingen zichtbaar. Zo krijgen panelleden die hulp nodig hebben bij zingeving vanuit hun eigen netwerk dit vaker dan voorheen. Ook lijken de behoeften aan professionele ondersteuning op twee specifieke domeinen meer te worden vervuld dan in voorgaande jaren, namelijk bij het verkrijgen van passende hulp en bij dagelijkse bezigheden.

De meeste panelleden geven aan behoefte te hebben aan professionele hulp, al dan niet in combinatie met informele hulp. Er is maar een relatief kleine groep die alleen informele hulp wil. Een groot deel van de panelleden heeft ondersteuningsbehoeften op meerdere leefdoelgebieden (ondersteuning nodig bij psychische problematiek, lichamelijke problematiek, zingeving, het huishouden, financiën, het vinden van de juiste huisvesting etc.). Bijna twee derde van de panelleden krijgt professionele hulp van meerdere zorgaanbieders en instanties. In deze stapeling van zorg zijn geen duidelijke patronen te identificeren. Een aanzienlijke groep panelleden ervaart dat er nauwelijks wordt samengewerkt tussen de verschillende instanties waar zij hulp en ondersteuning van krijgen; zij ervaren problemen met de versnippering van zorg. Bij de waardering (met een rapportcijfer) van de hulp door professionals valt op dat vrijgevestigde therapeuten, coaches met een eigen praktijk, alternatieve geneeswijzen en clientinitiatieven voor herstel relatief hoge cijfers krijgen. Vrije keuze voor een zorgverlener is belangrijk en uit opmerkingen van panelleden blijkt dat er zorgen zijn over de impact van de afschaffing van de restitutiepolis hierop.

De trendanalyses tonen aan dat het aantal panelleden dat zorg ontvangt voor hun psychische problematiek in de loop der jaren is afgenomen. Dit geldt zowel voor gespecialiseerde ggz als voor meer laagdrempelige ondersteuning, zoals POH-GGZ. Op zichzelf biedt deze daling weinig inzicht in de vraag of dit een positieve of negatieve ontwikkeling is. Over het algemeen hebben mensen met ernstige psychische problematiek namelijk baat bij een vorm van 'waakvlamzorg' van vertrouwde hulpverleners (Muusse, 2023) en daarom kan (helemaal) uit zorg gaan onwenselijk zijn.

Het eigen netwerk is belangrijk voor panelleden. Dat drie kwart van de panelleden ondersteuning krijgt vanuit hun eigen netwerk, laat dit zien. Helaas zijn er ook panelleden met een klein netwerk of zelfs zonder netwerk: twee op de tien panelleden heeft niemand die een luisterend oor kan bieden, één op de tien panelleden heeft geen goede vrienden en één op de tien panelleden heeft wel vrienden, maar ziet of spreekt hen nagenoeg nooit. Discriminatie en zelfstigma kunnen hierop invloed hebben: een op de drie panelleden gaat minder met anderen om dan voorheen omdat ze zich zorgen maken dat ze zich anders zouden gedragen.

De resultaten van 2024 laten zien dat de leden van het panel Psychisch Gezien nog steeds een achterstand hebben in sociale inclusie en participatie. Het overbruggen van deze achterstand is niet iets dat één partij alleen kan doen en het is zeker niet iets dat alleen bij mensen met langdurige psychische problematiek ligt. Het vereist een collectieve inspanning van de hele samenleving. Met focus op het vergroten van bewustwording en bestrijden van stigma, sterkere samenwerking tussen instanties en hulpverleners en het verbeteren van de toegang tot voorzieningen, sociale ontmoetingsplekken en de arbeidsmarkt.

# 10 Verantwoording



Tussen 7 mei en 9 juli 2024 vond peiling 28 plaats onder de leden van het panel Psychisch Gezien. De volgende thema's werden aan de panelleden voorgelegd:

- Leefsituatie
  - a. Wat vindt u van uw leefsituatie?
  - b. Hoe ziet uw leefsituatie eruit?
- Zorgsituatie
  - a. Krijgt u zorg en ondersteuning, en zo ja welke?
  - b. Wat vindt u van de zorg en ondersteuning?
  - c. Wat zijn uw behoeften en wensen wat betreft zorg en ondersteuning?

De peiling is in 2024 uitgezet onder 1.425 panelleden, waarvan er 697 de vragen hebben beantwoord (49% respons)<sup>15</sup>.

## 10.1 Algemene gegevens

Twee derde (67%) van de respondenten van de peiling is vrouw (biologisch geslacht). De meeste mensen identificeren zich ook naar dit biologische geslacht (98%)<sup>16</sup>. De leden zijn gemiddeld 55 jaar oud (met een spreiding van 23 t/m 85 jaar). In figuur 10.1 is de leeftijdsopbouw uitgesplitst naar het biologische geslacht. In de meeste leeftijdsgroepen is het aandeel mannen en vrouwen redelijk vergelijkbaar.

Uit de non-responsanalyses op enkele kernvariabelen<sup>17</sup> blijkt dat de gemiddelde leeftijd ten tijde van de peiling significant hoger lag voor de respondenten (55,2 jaar, SD=11,7) dan voor de non-respondenten (53,1 jaar, SD=13,1). Daarnaast was ook een verschil te zien in opleidingsniveau<sup>18</sup>: onder de respondenten was het aantal deelnemers met een hoge opleiding relatief hoog (34%, versus 30% onder non-respondenten), terwijl zich onder de non-respondenten juist meer laagopgeleiden bevonden (34%, versus 29% in respondenten).

---

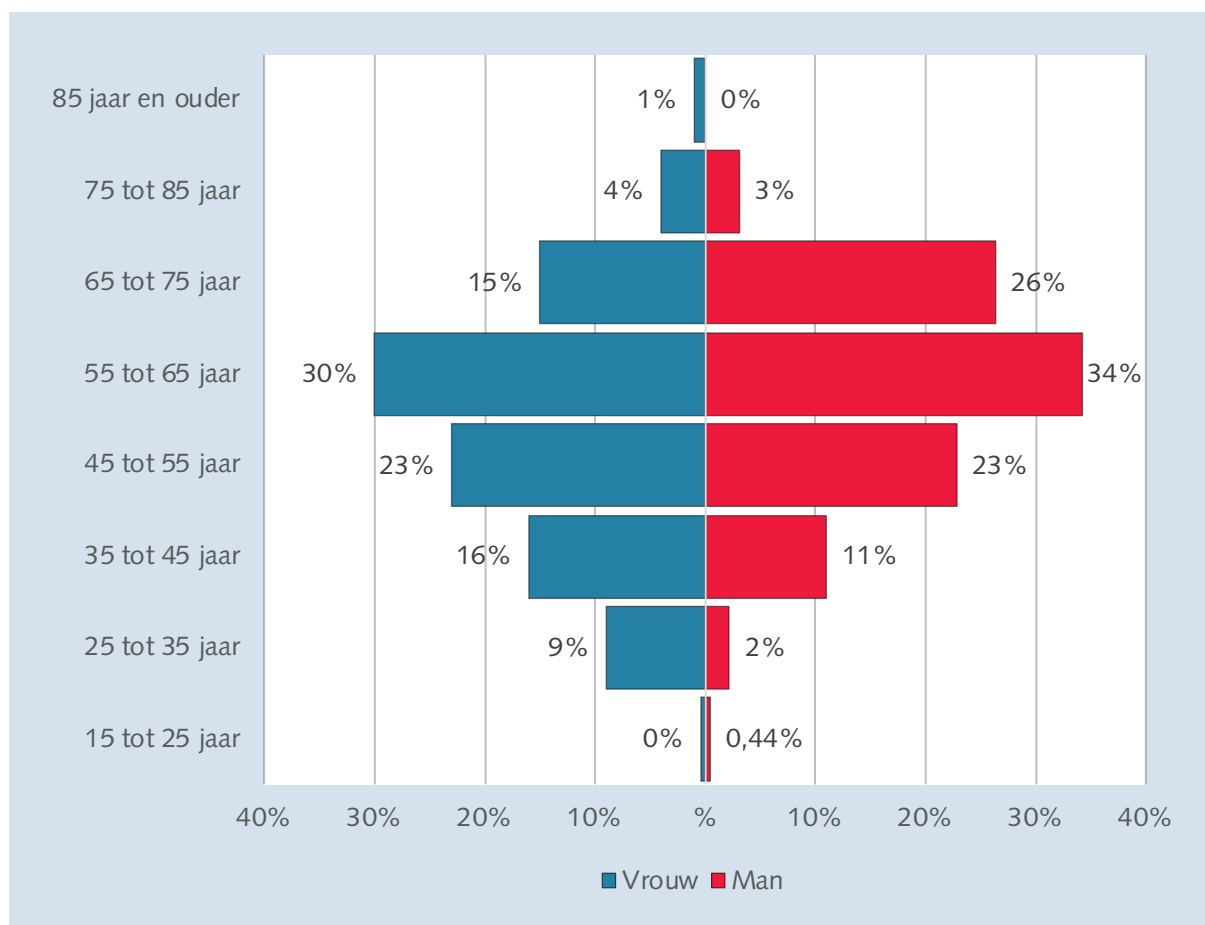
15 Dit is het aantal panelleden dat ten minste 80% van de vragenlijst heeft ingevuld en geretourneerd. De respons per item van de vragenlijst kan lager uitvallen, aangezien het voorkomt dat niet iedereen alle vragen in de lijst daadwerkelijk beantwoordt.

16 1% van de panelleden is non-binair, <1% identificeert zich op een andere wijze en 1% spreekt zich hier liever niet over uit.

17 Het vergelijken van de groepen 'deelname 2024 (respons)' en 'geen deelname 2024 (non-respons)' van de panelleden die zijn uitgenodigd voor deelname aan peiling 28. De kernvariabelen: biologisch geslacht, etnische herkomst, opleidingsniveau, leeftijd.

18 CBS-indeling: laag, middelbaar en hoog. Laag: onderwijs op het niveau van basisonderwijs, het vmbo, de eerste 3 leerjaren van havo/vwo of de assistentenopleiding (mbo-1). Middelbaar: de bovenbouw van havo/vwo, de basisberoepsopleiding (mbo-2), de vakopleiding (mbo-3) en de middenkader- en specialistenopleidingen (mbo-4). Hoog: onderwijs op het niveau van hbo of wo.

**Figuur 10.1** Verdeling over leeftijdsklassen voor mannen en vrouwen (biologisch geslacht)



### Trendanalyses

Er is gekeken naar de jaren 2016 tot en met 2024. Elke peiling is getoetst tegen de voorgaande peiling én tegen de peiling daarvoor. De analyses zijn gedaan aan de hand van multi-level modellen, waarin een random effect is opgenomen voor deelnemer. Hierdoor zijn we in staat alle beschikbare data te gebruiken en niet enkel die van deelnemers die in alle peilingen voorkomen. Omdat hiertoe de analyses de facto gepaard zijn uitgevoerd tussen peilingen, is het niet nodig geweest te corrigeren voor demografische variabelen. Voor alle analyses is gewerkt met een toets drempel ( $\alpha$ ) van 0,05.

Er moet worden aangetekend dat eventuele trends deels voort zouden kunnen komen uit selectieve uitval (een geobserveerde opwaartse trend in gemiddelde kwaliteit van leven kan bijvoorbeeld deels gedreven worden door non-respons van panelleden met een lage score). Uit preliminaire/verkennde analyses is echter gebleken dat dit geen noemenswaardig effect heeft gehad op de uitkomsten van de trendanalyses.

### Regio-analyses

De regio-analyses zijn gedaan voor de huidige peiling (peiling 28, voorjaar 2024). Alleen zorgkantoorregio's met minstens 50 panelleden (ongeacht hun deelname aan de huidige peiling) zijn in de analyses meegenomen. Er is gebruik gemaakt van GLM met een toetsdrempel ( $\alpha$ ) van 0,05. Omdat veel vergelijkingen worden gemaakt is gebruik gemaakt van de Bonferroni correctie om kans kapitalisatie tegen te gaan. Er is gecontroleerd voor sekse (biologisch geslacht), leeftijd,

opleidingsniveau (laag, middel of hoog volgens de Standaard Onderwijsindeling (SOI) die het CBS hanteert) en de aanwezigheid van klachten gerelateerd aan psychosen en/of schizofrenie.

Gebruikte definities/operationalisaties bij de regio-analyses

- Activiteiten buitenshuis

1=dagelijks; 2=wekelijks; 3=minstens 1x per maand; 4=minder dan 1x per maand; 5=zelden of nooit.

- Eenzaamheid

Gemeten met de Loneliness Scale van De Jong Gierveld. Dit instrument bestaat uit 11 items waarop iemand aangeeft in hoeverre deze van toepassing zijn. Hoe hoger de score (op een schaal van 0 t/m 11), hoe eenzamer iemand is.

- Tevredenheid met de ggz

Rapportcijfer van ggz-voorzieningen waar iemand in de afgelopen 12 maanden contact mee heeft gehad. Dit kan gaan om: klinisch verblijf/opname in een ggz-instelling, poliklinische behandeling in een ggz-instelling, verblijf in een RIBW, POH-GGZ, psycholoog/psychiater met eigen praktijk, FACT, PIT, VIP, IHT, huisarts.

- Ggz-zorggebruik

Ggz-voorzieningen waar iemand in de afgelopen 12 maanden contact mee heeft gehad. Dit kan gaan om: klinisch verblijf/opname in een ggz-instelling; poliklinische behandeling in een ggz-instelling; POH-GGZ; psycholoog/psychiater met eigen praktijk; FACT; PIT; VIP; IHT; huisarts.

- Gevoel van meetellen

Antwoord op de vraag "Ik heb het gevoel dat ik meetel in de maatschappij". Respons op een 5-punts antwoordschaal: 1=Eens, 2=Beetje eens, 3=Beetje oneens, 4=Oneens, 5=Geen mening. Dit wordt omgezet naar een dichotomie wel/niet meetellen. Wel het gevoel mee te tellen zijn de scores 1 en 2. De overige scores vallen onder "Niet meetellen".

- Algemene psychische klachten

Gemeten met de Mental Health Inventory, 5-item versie (MHI-5). Lagere scores duiden op meer psychische klachten.

- Empowerment

Gemeten via drie subschalen van de Nederlandse Empowerment Lijst (NEL). Het gaat om de schalen: 1) Eigen wijsheid, 2) Zelfmanagement en 3) Erbij horen. Een hogere score duidt op een hogere mate van empowerment.

- Kwaliteit van leven

Een rapportcijfer over iemands leven in het algemeen.

- Gebruik sociaal domein

Voorzieningen in het sociaal domein waar iemand in de afgelopen 12 maanden mee in contact is geweest. Dit kan gaan om: sociaal wijkteam; Wmo-loket van de gemeente, dagactiviteitencentrum (DAC), woonbegeleiding en/of beschermd wonen.



# Referenties



Boer, A. de, Klerk, M. de, Verbeek-Oudijk, D. & Plaisier, I. (2020). Blijvende bron van zorg Ontwikkelingen in het geven van informele hulp 2014-2019. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Bon-Martens, van M.J.H., Have, ten M., Schouten, F., Dorsselaer, van S., Shields-Zeeman, L. & Luik, A.I. (2024). Herijking afkapwaarden MHI-5: Validering en psychometrische kenmerken van de MHI-5 binnen NEMESIS-3. Utrecht: Trimbos-instituut.

Bottenheft, E., Zonneveld, E. & Boeije, H. (2022). Participatie van mensen met een beperking in 2022: arbeidsparticipatie uitgelicht. Utrecht: Nivel.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2020/2021). *Gezondheid en zorggebruik; geslacht, leeftijd, persoonskenmerken*. <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83384NED/table?dl=787E8>.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2021a). *Sociale contacten en Maatschappelijke Participatie*. Van <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/82249NED/table?dl=65622>.

CBS Statline (2023). *Welzijn; Kerncijfers, Persoonskenmerken*. Van <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/85542NED/table?dl=9C4E9>.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2023). *Arbeidsdeelname; Kerncijfers*. Van <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/85264NED/table?dl=79256&ts=1711632363371>.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2024). 13 procent van 25- tot 65-jarigen volgt korte opleiding voor werk. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2024/50/13-procent-van-25-tot-65-jarigen-volgt-korte-opleiding-voor-werk>

GGD'en, CBS en RIVM (2021). *Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2020*. Van <https://www.vzinfo.nl/eenzaamheid>.

Jong Gierveld, J. de & Kamphuis, F. (1985). *The Development of a Rasch-Type Loneliness Scale*. *Applied Psychological Measurement* 9(3): 289–99.

Knapen, J., Zonneveld, E., Meijer, M., Hulsbosch, L., Aussems, C., Menting, J., Boeije, H. (2022). *Monitoring VN-verdrag handicap: rapportage overkoepelende indicatoren: 2016-2021*. Utrecht: Nivel.

Muusse, C. (2023). *Crisis, what crisis? A multi-sited ethnography of community mental health care around a psychiatric crisis in Trieste and Utrecht*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

