

Rapport Burgerraadpleging

Waar de burger vastloopt

Met beschouwing NZa: De inwoner in beeld?

Beschouwing NZa

De inwoner in beeld?

De zorg staat voor steeds grotere opgaven. De vraag groeit, terwijl capaciteit en middelen begrensd zijn. Schaarste maakt keuzes onvermijdelijk: welke zorg krijgt prioriteit, voor wie en wanneer? Juist nu die keuzes ingrijpender worden, is de vraag relevant: hebben we de inwoner daarbij wel voldoende in beeld? Want deze keuzes raken direct aan het dagelijks leven van mensen en aan de zorg en ondersteuning die zij krijgen. De inzichten van inwoners helpen ons om te bepalen wat passende en rechtvaardige zorg betekent.

Dat perspectief vinden we niet in beleid, cijfers of systemen. Daarvoor moeten we inwoners zelf aan het woord laten. Zij ervaren als geen ander wat het betekent om hun weg te vinden in het zorgstelsel, ondersteuning te krijgen en keuzes te maken wanneer niet alles vanzelfsprekend beschikbaar is. Niet alleen over inwoners praten, maar met hen. Ervaringen en afwegingen van inwoners helpen ons om te zien wat er in de praktijk toe doet en om verder te kijken dan afzonderlijke sectoren, regels en financieringsstromen.

Voor ons als de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is dat perspectief extra belangrijk. De NZa is opgericht om vanuit het inwonersbelang de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg te borgen. Nu deze maatschappelijke opdracht steeds meer onder druk komt te staan, willen we scherp krijgen wat inwoners belangrijk vinden en wat dit betekent voor ons werk. Dat is dan ook onze aanleiding voor een burgerraadpleging, in opdracht uitgevoerd door Radboudumc, over passende zorg voor mentale gezondheid en voor ouderen die langer thuis wonen. De opbrengsten van de dialogen met inwoners geven een rijk en samenhangend beeld van het perspectief van de inwoners van Nederland. Ze bieden ons daarmee niet alleen inzicht, maar ook een aanleiding om kritisch naar ons eigen werk te kijken.

Een jubileum nodigt uit om terug te kijken, maar vooral ook om vooruit te kijken. Hoewel we eerder ervaringen van inwoners hebben opgehaald, vormt deze burgerraadpleging een nieuw vertrekpunt voor een intensievere betrokkenheid van inwoners bij ons werk. Dat het twintig jaar heeft geduurd voordat we als NZa zo'n uitvoerige burgerraadpleging hebben gehouden, is op het eerste gezicht opmerkelijk. Tegelijkertijd is het begrijpelijk als we de ontwikkeling van de afgelopen twintig jaar bezien. Het dominante mensbeeld en onze opvattingen over de verhouding tussen overheid, samenleving en individu zijn veranderd. Ook het zorgstelsel en de maatschappelijke context waarin het functioneert zijn veranderd.

Wat betekent deze ontwikkeling voor de manier waarop wij als NZa invulling geven aan onze maatschappelijke opdracht? In deze beschouwing nemen we u mee in die ontwikkeling. We staan stil bij de verandering van het dominante mensbeeld en de invloed daarvan op de beleidsvorming in de afgelopen twintig jaar. Vervolgens kijken we naar wat de burgerraadpleging ons leert over passende zorg en wat deze inzichten betekenen voor ons werk. Tot slot beschrijven we hoe we de stem van inwoners in de toekomst een steviger plek willen geven.

Het dominante mensbeeld in de samenleving verandert

De Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS) wees er in het essay Machtige mensbeelden (2021)[1] op dat mensbeelden in de Nederlandse verzorgingsstaat twee functies vervullen: ze 'leiden' de inrichting van het stelsel van voorzieningen en ze 'legitimeren' politieke keuzes door ze van een normatief verhaal te voorzien. De afgelopen 20 jaar is het mensbeeld dat ten grondslag ligt aan de inrichting van de gezondheidszorg flink veranderd.

De NZa is opgericht in 2006 om het consumentenbelang te beschermen. Het woord 'consument' in relatie tot 'zorg' deed 20 jaar geleden haar intrede bij inwerkingtreding van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Het woord 'consument' past erg bij die tijd. Er was een rotsvast vertrouwen in maakbaarheid, marktwerking en een duidelijke overtuiging dat mensen rationeel zijn en op basis van alle beschikbare informatie weloverwogen keuzes maken om eigen nut of voordeel te maximaliseren. Consumenten zouden prijzen vergelijken, actief op zoek gaan naar kwaliteit, en kosten en baten zorgvuldig tegen elkaar afwegen. Zorgverzekeraars op hun beurt zouden concurreren om de gunst van deze consument. Zorgaanbieders moesten de consumentenvraag naar zorg beantwoorden. Consumenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders vormden met elkaar een 'zorgdriehoek' die de publieke waarden van kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg in balans moest houden. Onder toeziend oog van de NZa, Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd en de Autoriteit Consumenten & Markt . Binnen de kaders[2] die het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport en het Zorginstituut Nederland stellen.

Onder invloed van wetenschappers, zoals de Nobelprijswinnende econoom Daniel Kahneman in zijn boek Thinking, Fast and Slow (2011), werd steeds duidelijker dat wij mensen geen rationele wezens zijn. Het gros van onze beslissingen nemen we snel, onbewust, en dus met een grote foutgevoeligheid. Het bieden van zoveel mogelijk transparantie leidt dus niet vanzelf tot goede beslissingen.

Maar dat was niet de enige verandering. Ook het samenlevingsperspectief veranderde. Na de Tweede Wereldoorlog werd in Nederland een verzorgingsstaat met een uitgebreid geheel van voorzieningen en uitkeringen opgebouwd. Naar het einde van de vorige eeuw kwam dit meer en meer onder druk te staan, met versoberingen en introductie van marktwerking tot gevolg. Maar in de troonrede van 2013 werd daar een extra dimensie aan toegevoegd: de participatiesamenleving. De Koning sprak hierover de volgende woorden uit: "Het is onmiskenbaar dat mensen in onze huidige netwerk- en informatiesamenleving mondiger en zelfstandiger zijn dan vroeger. Gecombineerd met de noodzaak om het tekort van de overheid terug te dringen, leidt dit ertoe dat de klassieke verzorgingsstaat langzaam verandert in een participatiesamenleving. Van iedereen die dat kan, wordt gevraagd verantwoordelijkheid te nemen voor zijn of haar eigen leven en omgeving."

Tegelijkertijd kreeg het streven naar participatie een andere betekenis met inwerkingtreding van het VN-Verdrag[3] inzake de rechten van personen met een handicap in Nederland in 2016. Waar de participatiesamenleving nadruk legt op de eigen verantwoordelijkheid van burgers, benadrukt het verdrag dat volwaardige participatie ook vraagt om de voorwaarden te creëren waaronder iedereen kan meedoen.[4]

Voor elkaar zorgen en burgerparticipatie

Maar hoe ziet 'verantwoordelijkheid nemen voor je leven en je omgeving' er precies uit? En hoe verhoudt dit zich tot het recht op volksgezondheid en een gezonde leefomgeving, dat in de grondwet is verankerd? Ruim 10 jaar na deze troonrede tekent zich een beeld af. Op de website van Nederland Zorgt voor Elkaar[5] is een indrukwekkende landkaart van zorgzame gemeenschappen te vinden: bewonersinitiatieven op het vlak van welzijn, wonen en zorg.

Steeds meer (overheids)organisaties, gemeenten, samenwerkingsverbanden maken gebruik van burgerparticipatie om de betrokkenheid van inwoners bij (overheids)beleid te vergroten. Bekende voorbeelden in de zorg zijn de Zeeuwse Zorgcoalitie[6], het burgerberaad in Mooi Maasvallei[7] en de Burgerkamer voor burgerparticipatie van zorg- en welzijnspartijen in Zoetermeer[8].

Hoewel burgerparticipatie meer en meer vorm krijgt, mag niet worden ontkend dat het grondrecht op volksgezondheid en een gezonde leefomgeving een actieve rol van de overheid zal blijven vragen. Met het doel ervoor te zorgen dat gezondheidsverschillen niet toe-, maar afnemen.

Inwoners betrekken bij het verdelen van schaarste

Zo beschouwd was het een kwestie van tijd voordat we als NZa burgerraadplegingen[9] zouden houden. Dat het juist nu is gebeurd, heeft absoluut ook te maken met de toenemende schaarste. In tijden van schaarste moeten keuzes gemaakt worden die ons direct als inwoners raken. De Wetenschappelijk Raad voor het Regulerings-beleid (WRR) waarschuwde hier al voor in het rapport Kiezen voor houdbare zorg[10]: de samenleving moet worden voorbereid op toenemende schaarste in de zorg en op de noodzaak om keuzes te maken. Daarbij is maatschappelijk draagvlak onmisbaar en moet de stem van de inwoners nadrukkelijk worden gehoord.

“Volgens de WRR wordt de burger of samenleving onvoldoende meegenomen in de verschuiving van een periode van overvloed naar schaarste; het perspectief ontbreekt, mensen ervaren het als verlies en ’afpakken’ en maken zich zorgen over de toekomst van de zorg”.

Wij stellen onszelf in ons werk regelmatig de vraag: wanneer doen we het goed? Onze missie is om voor alle inwoners van Nederland te werken aan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg en de beschikbaarheid van jeugdzorg. Nu deze maatschappelijke opdracht onder druk staat door een toenemende zorgvraag, gaat het meer dan ooit over het verdelen van schaarste. Dit vraagt om zorgvuldige en rechtvaardige keuzes.

Ons kompas is dat we ons inzetten voor een samenleving waarin iedereen een betekenisvol leven kan leiden, en waarin tijdige toegang tot passende zorg en ondersteuning niet afhankelijk is van iemands leeftijd, inkopen, gezondheid, achtergrond of situatie. Verdelen van schaarste mag die inclusiviteit en solidariteit niet uithollen. Daarom is het belangrijk om niet alleen te kijken naar wat er mogelijk is, maar ook naar wat burgers belangrijk vinden bij maatschappelijke keuzes over passende zorg.

Wat inwoners ons meegeven

Tijdens de burgerraadpleging die we in 2026 uitvoerde gingen we op pad met de volgende vraag:

Welke overwegingen vinden inwoners belangrijk bij maatschappelijke keuzes over passende zorg voor mentale gezondheid en ouderen die langer thuis wonen?

We kozen voor de focus op twee grote thema’s waar veel mensen mee te maken hebben. Uit de dialogen werd helder dat inwoners niet alleen kijken naar de beschikbaarheid van professionele zorg, maar vooral naar de vraag of mensen daadwerkelijk verder kunnen wanneer zij met een probleem of hulpvraag te maken krijgen. Dat vraagt om ondersteuning die aansluit bij het dagelijks leven, om herkenbare toegang en duidelijke regie, en om een goede balans tussen formele en informele vormen van hulp. Over de verschillende thema’s heen leggen deelnemers steeds de nadruk op dezelfde onderliggende principes. Mensen moeten weten waar zij terechtkunnen, niet zelf de weg hoeven te vinden door een versnipperd systeem en erop kunnen vertrouwen dat iemand de regie neemt wanneer meerdere vormen van ondersteuning nodig zijn. Tegelijkertijd moet hulp zo vroeg en laagdrempelig mogelijk beschikbaar zijn, zonder dat dit ten koste gaat van tijdige toegang tot profes-sionele zorg wanneer die noodzakelijk is. Ook de rol van de omgeving komt nadrukkelijk naar voren. Sociale contacten, buren, vrijwilligers, mantelzorgers en lokale initiatieven kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan welzijn, zelfredzaamheid en het voorkomen van zwaardere problemen. Deelnemers zien deze informele hulp echter als aanvulling op professionele ondersteuning, niet als vanzelfsprekende vervanging ervan. Dit geldt ook voor langer thuis wonen: dit is volgens deelnemers alleen passend wanneer de woning, de omgeving en de beschikbare ondersteuning daadwerkelijk aansluiten bij wat iemand nodig heeft. Ten slotte benadrukken deelnemers dat ruimte voor eigen keuzes niet mag leiden tot fundamentele ongelijkheid. Er mag ruimte zijn voor aanvullende keuzes of comfort, maar noodzakelijke zorg en ondersteuning moeten voor iedereen toegankelijk blijven, ongeacht financiële positie. Daarmee leggen deelnemers een duidelijke basis onder hun visie: zorg en ondersteuning moeten niet alleen beschikbaar zijn, maar vooral toegankelijk, samenhangend, tijdig, passend en rechtvaardig zijn.

Hoe we verder gaan met de opbrengsten van de burgerraadpleging NZa

De burgerraadpleging geeft ons niet alleen inzicht in wat inwoners belangrijk vinden, maar biedt ook een waardevol perspectief op de werking van het zorgstelsel als geheel. De verhalen, ervaringen en overwegingen van inwoners helpen ons om scherper te zien waar het stelsel mensen wel en niet verder helpt. Daarmee zijn de opbrengsten van de burgerraadpleging voor ons een belangrijke toetssteen voor de keuzes die we maken in ons werk.

De onderzoekers hebben deze opbrengsten vertaald in zes hoofdconclusies en concrete aanbevelingen. Deze geven richting aan waar wij onze inzet als NZa kunnen versterken en bieden aanknopingspunten om beleid en toezicht verder te ontwikkelen vanuit het perspectief van inwoners. Dat vertalen we naar ons werk, onder meer op de volgende punten:

Ten eerste, het begrip toegankelijkheid vraagt om een bredere beschouwing dan we tot nu toe hebben gedaan. Niet alleen capaciteit en wachttijden bepalen of zorg toegankelijk is, maar ook de mate waarin mensen hun weg kunnen vinden, ondersteuning op elkaar aansluit en problemen tijdig worden opgepakt. Dit vraagt om een bredere blik in monitoring en toezicht, waarbij naast aanbod en prestaties ook de ervaringen van mensen met de toegang en continuïteit van zorg en ondersteuning worden betrokken.

Ten tweede werken we aan regulering en bekostiging die aansluit bij zorg- en ondersteuningsvragen die zich over meerdere sectoren en domeinen uitstrekken. Daarbij hebben we nadrukkelijk aandacht voor casemanagement en regievoering, zodat versnippering voorkomen wordt en mensen op het juiste moment, door de juiste professionals en op de juiste plek de benodigde zorg en ondersteuning ontvangen.

Ten derde moedigen de uitkomsten van de burgerraadpleging ons aan om met ons werk bij te dragen aan de beweging naar preventie, de sociale basis en informele ondersteuning: zorg en ondersteuning die aansluit bij het leven van mensen. Dat vraagt om een goed samenspel tussen informele en formele zorg. Het is belangrijk om zichtbaar te maken welke gevolgen deze ontwikkeling heeft voor de samenleving, de draagkracht van informele netwerken, de vraag naar professionele zorg en de verdeling van middelen en verantwoordelijkheden. Daarom blijven we hierover in gesprek met burgerinitiatieven, informele zorgnetwerken en andere betrokken partijen.

Ten vierde liggen veel knelpunten op de grens tussen zorg, ondersteuning, wonen, werk, het sociaal domein en informele hulp. De NZa kan deze randvoorwaarden niet allemaal zelf organiseren. We kunnen wel zichtbaar maken waar het huidige systeem mensen onvoldoende verder helpt. Juist daar ligt een belangrijke rol: signaleren waar bekostiging, contractering, de zorgplicht, informatievoorziening of de verdeling van verantwoordelijkheden passende zorg en ondersteuning belemmert. Daarbij hebben we specifiek aandacht voor verschillen in gezondheidsvaardigheden en voor de vraag of mensen daadwerkelijk in staat zijn hun weg in het stelsel te vinden.

Ten vijfde kunnen ontwikkelingen rond keuzevrijheid en een toename van niet passend zorgaanbod gevolgen hebben voor de toegankelijkheid van zorg. Vanuit onze rol blijven we deze ontwikkelingen volgen en signaleren we wanneer zij invloed hebben op wachttijden, de beschikbaarheid van zorg of de toegang voor verschillende groepen mensen. Daarbij besteden we aandacht aan mogelijke verschillen tussen mensen die wel en mensen die niet kunnen bijbetalen. Waar ontwikkelingen raken aan de inhoud van het verzekerde pakket, sluiten we aan bij de rol van het Zorginstituut Nederland. Het Zorginstituut adviseert over de inhoud van het basispakket en beheert dit pakket.

Tot slot ligt de betekenis van de burgerraadpleging niet in één afzonderlijke aanbeveling, maar in een bredere toetssteen voor beleid, toezicht en regulering: helpt het systeem mensen daadwerkelijk verder, of houdt het vooral bestaande domeinen, loketten en financieringsstromen in stand? Voor de NZa staat daarom centraal dat wij het stelsel en ons werk bezien vanuit het perspectief van inwoners. We kijken niet alleen naar afzonderlijke sectoren, prestaties en toezichtonderzoeken, maar vooral naar de vraag hoe het geheel bijdraagt aan een samenleving waarin iedereen een betekenisvol leven kan leiden. Dat vraagt van ons dat we over sectoren, en domeinen heen kijken, samenwerken met andere overheidspartijen en de stem van inwoners een stevige en blijvende plek geven in ons werk.

Hoe we de stem van inwoners meer en beter gaan benutten in ons werk

De stem van inwoners is meer dan ooit van belang. Ons zorgstelsel en het werk dat wij als NZa doen, staan ten dienste van inwoners. Dat vraagt dat we niet alleen vanuit systeem- en beleidslogica naar het zorgstelsel kijken, maar ook structureel ophalen wat inwoners ervaren, nodig hebben en belangrijk vinden.

Een burgerraadpleging biedt daarvoor een krachtig instrument. In relatief korte tijd levert het rijke en genuanceerde inzichten op, die dankzij een onafhankelijke en wetenschappelijk onderbouwde aanpak zorgvuldig kunnen worden geduid. De kracht zit ook in de manier waarop de inzichten tot stand komen: inwoners gaan met elkaar in gesprek en NZa-collega's kunnen zelf luisteren naar hun ervaringen en perspectieven. Juist omdat wij als organisatie op afstand staan van de dagelijkse praktijk, helpt die directe ontmoeting ons beter te begrijpen wat inwoners ervaren en belangrijk vinden.

Tegelijkertijd is deze vorm van burgerraadpleging ook voor de NZa een relatief nieuwe manier van werken. We beschouwen deze raadpleging daarom niet alleen als een bron van waardevolle inzichten, maar ook als een leerervaring voor onze organisatie. We werken eraan om het betrekken van inwoners steeds beter te verankeren in onze werkwijze en besluitvorming. De ervaringen en lessen uit deze burgerraadpleging helpen ons om daarin verder te groeien en onze aanpak de komende jaren verder te versterken.

Het benutten van wat inwoners ons meegeven vraagt vervolgens om een bewuste keuze: bij welke vraagstukken en op welk moment voegt het betrekken van inwoners de meeste waarde toe? Die vertaalslag kunnen we niet altijd alleen maken. Het zorgstelsel wordt immers door veel partijen gevormd en het gezamenlijk functioneren daarvan bepaalt wat inwoners uiteindelijk ervaren. Deze burgerraadpleging is daarom ook een stimulans om de samenwerking met inwoners binnen 'team overheid' verder op te zoeken. En wij zullen ons daar in de komende jaren extra voor in gaan zetten.

Dankwoord

Wij willen tot slot Rob, Maarten en Danka danken voor hun inzet om van deze burgerraadpleging een succes te maken. Ook een warm woord van dank gaat uit naar de 24 mensen die tijd hebben vrijgemaakt om in twee weekenden hun stem over dit onderwerp te laten horen en de 1054 inwoners die deelnamen aan de uitgebreide enquête. Hun betrokkenheid, energie en inzet stimuleren ons om betekenisvol te blijven werken aan de zorg van morgen, met oog voor wat inwoners nodig hebben en van waarde vinden.

Geranne

Karina

1 Machtige mensbeelden - RVS
2 Wet marktordering gezondheidszorg
3 VN-Verdrag handicap in Nederland
4 Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap
5 Social Handprint
6 Denk Mee Zorg Zeeland
7 Burgerberaad - Mooi Maasvallei
8 ‘Burgerkamer’ voor burgerparticipatie Zoetermeer
9 Rapport MAUG
10 Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak | WRR



‘Waar de burger vastloopt’

Burgerperspectieven op passende zorg en ondersteuning bij mentale gezondheid en ouderen die langer thuis wonen.

September 2026

In opdracht uitgevoerd door
Radboudumc

‘WAAR DE BURGER VASTLOOPT’

BURGERPERSPECTIEVEN OP PASSENDE ZORG EN ONDERSTEUNING BIJ MENTALE GEZONDHEID EN OUDEREN DIE LANGER THUIS WONEN.

Colofon

Auteurs
dr. Maarten Jansen, Radboudumc, dr. Danka Stuijver, huisarts, Prof. dr. Rob Baltussen, Radboudumc.

Uitvoering
Radboudumc, in opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit.

Dankwoord
Met dank aan het M-Select team van Motivaction voor het werven van deelnemers aan het Burgerforum; Marcel Voorn (Motivaction) voor het modereren van het Burgerforum; en Jeroen Bruin (Motivaction) voor assistentie bij het ontwerp en de uitvoering van de online enquête. Met dank aan de leden van de klankbordgroep voor de input en feedback:

- Drs. Illya Soffer, Directeur Jinc, spreekt en schrijft over Inclusie & Toegankelijkheid
- Wilma van der Scheer, Hoogleraar leiderschap en besturing in de zorg, voorzitter MIND
- Drs. Tamara Pieterse MBA, directeur-bestuurder Pharos
- Corine Zijderveld, Patiëntenfederatie Nederland
- Prof Dr Floortje Scheepers, UMC Utrecht, psychiater
- Drs. Amnon Weinberg, specialist ouderengeneeskunde, erelid Verenso

Vormgeving & opmaak
Gloed, Nijmegen

Foto's
Jelmer de Haas

Dit rapport is te downloaden via

Datum
September 2026



Inhoud

Inhoudsopgave

Samenvatting 13

1 Inleiding 19

2 Methode 23

3 Mentale gezondheid 27

4 Langer thuis wonen voor ouderen 35

5 Overkoepelende conclusies en beleidsimplicaties 43

Literatuur **49**

Bijlage 1 Programma weekend 1 & 2 **51**

Bijlage 2 Aanvullende tabellen weekend 1 **54**
Bijlage 2.1 Vormen van hulp en zorg 54
Bijlage 2.2 Positioneringsopdrachten 60
Bijlage 2.3 Rollen en verantwoordelijkheden63
Bijlage 2.4 Likert voormeting 68
Bijlage 2.5 Likert nameting 72
Bijlage 2.6 Verschil voor- en nameting 78

Bijlage 3 Aanvullende tabellen weekend 2 **81**
Bijlage 3.1 Vormen van hulp en zorg 81
Bijlage 3.2 Mantelzorg 86
Bijlage 3.3 Verwachte rollen 90
Bijlage 3.4 Likert voormeting weekend 2 92
Bijlage 3.5 Likert nameting weekend 2 97
Bijlage 3.6 Verschil voor- en nameting 104

Bijlage 4 Aanvullende tabellen online enquête **107**


SITUATIE OUDERE
Aard van de taak
BAND MET
OUDERE
Ellen
Damoon
Alexander

Samenvatting

Inleiding

De Nederlandse zorg staat onder toenemende druk. De vraag naar zorg, hulp en ondersteuning neemt toe, terwijl personeel, tijd en middelen beperkt zijn. Daardoor worden maatschappelijke keuzes over passende zorg, toegankelijkheid, eigen verantwoordelijkheid, informele hulp en de verdeling van schaarse middelen steeds urgenter.

In opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voerde het Radboudumc een burgerraadpleging uit over twee thema's: mentale gezondheid en ouderen die langer thuis wonen. Het doel was inzicht te krijgen in de overwegingen die burgers belangrijk vinden bij maatschappelijke keuzes over passende zorg en ondersteuning. Daarbij ging het niet alleen om wat burgers vinden, maar vooral om waarom zij dat vinden: welke argumenten zij gebruiken, welke grenzen zij trekken en onder welke voorwaarden zij bepaalde keuzes aanvaardbaar vinden.

Opzet van de burgerraadpleging

De burgerraadpleging bestond uit een Burgerforum met 24 deelnemers en een aanvullende online enquête. Alle 24 deelnemers namen deel aan twee burgerforumweekenden. Het eerste weekend richtte zich op mentale gezondheid en passende toegang tot hulp en zorg. Het tweede weekend richtte zich op ouderen die langer thuis wonen, mantelzorg en passende ondersteuning.

Tijdens de burgerforumweekenden kregen deelnemers informatie, bespraken zij concrete situaties en dilemma's, wisselden zij argumenten uit en maakten zij individuele en gezamenlijke afwegingen. De waarde van het Burgerforum ligt daarmee vooral in het zichtbaar maken van redeneringen achter oordelen: welke afwegingen burgers maken, welke voorwaarden zij belangrijk vinden en waar zij grenzen trekken.

De online enquête is gebruikt om te verkennen in hoeverre patronen uit het Burgerforum breder worden gedeeld onder Nederlandse burgers. Voor het thema mentale gezondheid zijn 537 online respondenten ondervraagd. Voor het thema ouderen die langer thuis wonen, mantelzorg en passende ondersteuning zijn 517 online respondenten ondervraagd. De resultaten zijn gewogen naar de doelpopulatie van Nederlanders van 18 tot en met 85 jaar.

Waar de burger vastloopt

Uit de burgerraadpleging komt naar voren dat burgers in de huidige inrichting van zorg en ondersteuning op twee manieren kunnen vastlopen. Ten eerste sluit het stelsel volgens deelnemers onvoldoende aan bij wat mensen nodig hebben om goed, veilig en verbonden te leven. Die behoeften reiken vaak verder dan formele zorg alleen en omvatten bijvoorbeeld ook sociale verbinding, bestaanszekerheid, wonen, praktische hulp en ondersteuning van naasten. Ten tweede is zorg en ondersteuning zo versnipperd georganiseerd dat de gevolgen daarvan bij burgers terechtkomen. Zij moeten zelf hun weg vinden tussen domeinen, loketten, regelingen en financieringsstromen, terwijl routes en verantwoordelijkheden onduidelijk zijn en niemand vanzelfsprekend het overzicht bewaakt. Deze twee manieren waarop burgers kunnen vastlopen, vormen de basis voor de zes overkoepelende conclusies hieronder. De conclusies beschrijven de belangrijkste gedeelde patronen. Tegelijkertijd liepen de meningen op verschillende thema's uiteen en bestonden er ook minderheidsposities, die in de afzonderlijke hoofdstukken nader worden beschreven.

Overkoepelende conclusies

De burgerraadpleging leidt tot zes overkoepelende conclusies.

1. Wat mensen belangrijk vinden als vertrekpunt
Deelnemers benaderen passende zorg en ondersteuning breder dan formele zorg alleen. Bij mentale gezondheid kijken zij ook naar dagelijks functioneren, schulden, werk, school, eenzaamheid, sociale steun en structuur. Bij langer thuis wonen kijken zij ook naar passende woningen, praktische hulp, sociale contacten, veiligheid, kwaliteit van leven en ondersteuning van naasten. De kern is niet dat professionele zorg minder belangrijk wordt, maar dat zorg en ondersteuning moeten aansluiten bij wat mensen in concrete situaties nodig hebben om verder te kunnen.

2. Toegang vraagt herkenbare ingangen en duidelijke regie
Deelnemers zijn kritisch over de huidige versnippering van zorg en ondersteuning. Zij ervaren dat mensen te vaak zelf moeten uitzoeken waar zij terechtkunnen, welke organisatie verantwoordelijk is en hoe verschillende vormen van hulp op elkaar aansluiten. Mensen moeten ergens kunnen beginnen zonder zelf te hoeven weten bij welk domein, loket of welke financieringsstroom hun vraag hoort. Wanneer meerdere organisaties betrokken zijn, moet duidelijk zijn wie aanspreekbaar is en wie bewaakt dat iemand niet tussen wal en schip valt.

3. Mentale gezondheid vraagt om preventie, laagdrempelige steun én tijdige zorg
Deelnemers vinden preventie, sociale steun, praktische hulp en laagdrempelige ondersteuning belangrijk om mentale problemen eerder op te vangen. Tegelijkertijd trekken zij een duidelijke grens: wanneer mentale zorg nodig is, moet die tijdig beschikbaar zijn. Lange wachttijden in de ggz worden als onacceptabel gezien. Tijdige toegang vraagt daarom niet alleen om capaciteit, maar ook om duidelijke routes, goede triage, overbruggingshulp en snelle opschaling wanneer klachten verergeren.

4. Langer thuis wonen vraagt om passende woningen, ondersteuning en begrensde mantelzorg
Deelnemers zien langer thuis wonen niet als doel op zichzelf. Thuis wonen is volgens hen alleen wenselijk wanneer ouderen zich veilig, ondersteund en sociaal verbonden voelen. Daarom leggen zij veel nadruk op passende woonvormen, praktische hulp thuis, sociale contacten, woningaanpassingen, hulpmiddelen, preventie en duidelijke begeleiding bij het regelen van ondersteuning. Mantelzorg wordt als waardevol gezien, maar vooral passend bij lichte, praktische of sociale hulp; grenzen worden scherper wanneer hulp intensief, langdurig, medisch, persoonlijk of emotioneel zwaar wordt.

5. Informele hulp vraagt om een sterke sociale basis
Deelnemers zien buren, vrijwilligers, lotgenoten, lokale initiatieven en gemeenschappen als waardevolle bronnen van steun. Informele hulp kan bijdragen aan sociale verbinding, praktische hulp, vroegsignalering en het voorkomen dat problemen verergeren. Tegelijkertijd ontstaat zulke hulp niet vanzelf en kan niet iedereen er in gelijke mate op terugvallen. Informele hulp moet daarom vrijwillig, haalbaar, veilig en ondersteund zijn, en mag noodzakelijke professionele zorg of ondersteuning niet vervangen.

6. Keuzevrijheid vraagt bescherming van gelijke toegang
Deelnemers wijzen extra keuze, comfort of hulp die beter aansluit bij persoonlijke voorkeuren niet principieel af. Zij zien ruimte voor eigen betaling of aanvullend aanbod wanneer dit gaat om extra keuze of comfort bovenop noodzakelijke hulp en zorg. Tegelijkertijd trekken zij een duidelijke grens bij ongelijke toegang. Eigen betaling of aanvullend aanbod wordt problematisch wanneer mensen met meer geld sneller of beter toegang krijgen tot noodzakelijke hulp, wanneer professionals verschuiven naar aanbod voor mensen die kunnen bijbetalen, of wanneer wachttijden voor anderen langer worden.

Betekenis voor de NZa

Voor de NZa betekent deze burgerraadpleging dat toegankelijkheid breder moet worden begrepen dan beschikbaarheid van zorgaanbod, wachttijden of verzekerde aanspraken. Vanuit burgerperspectief is passende zorg pas werkelijk toegankelijk wanneer mensen weten waar zij kunnen beginnen, informatie kunnen begrijpen, hulp krijgen als zij vastlopen en niet zelf verantwoordelijk worden voor het verbinden van organisaties, domeinen en regelingen. Dit is extra belangrijk voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, voor wie ingewikkelde informatie, formulieren, digitale routes of onduidelijke verantwoordelijkheden de toegang tot zorg en ondersteuning kunnen belemmeren.

De uitkomsten raken aan meerdere onderdelen van het werk van de NZa. Toezicht op toegankelijkheid vraagt niet alleen aandacht voor wachttijden en capaciteit, maar ook voor triage, duidelijke routes, begrijpelijke informatie, overbruggingshulp, tijdige opschaling en opvolging. De zorgplicht van zorgverzekeraars en zorgkantoren vraagt om meer dan het inkopen van aanbod: burgers verwachten dat passende zorg ook vindbaar, begrijpelijk, bereikbaar en organiseerbaar is. Bekostiging en regulering vragen aandacht voor functies die burgers belangrijk vinden, maar die niet altijd vanzelf in bestaande structuren passen, zoals samenwerking, preventie, coördinatie, lokale initiatieven en ondersteuning van mantelzorgers.

Tegelijkertijd liggen veel knelpunten op de grens tussen zorg, ondersteuning, wonen, werk, sociaal domein en informele hulp. De NZa kan die randvoorwaarden niet allemaal zelf organiseren, maar kan wel zichtbaar maken waar het huidige systeem mensen onvoldoende verder helpt. Juist daar ligt een belangrijke rol: signaleren waar bekostiging, contractering, zorgplicht, informatievoorziening of verantwoordelijkheidsverdeling passende zorg en ondersteuning belemmert, zeker wanneer onvoldoende rekening wordt gehouden met verschillen in gezondheidsvaardigheden.

De betekenis van deze burgerraadpleging ligt daarmee niet in één afzonderlijke aanbeveling, maar in een bredere toetssteen voor beleid, toezicht en regulering: helpt het systeem mensen daadwerkelijk verder, of houdt het vooral bestaande domeinen, loketten en financieringsstromen in stand?

Conclusie

De burgerraadpleging laat zien dat burgers kunnen meedenken over de waarden, grenzen en voorwaarden van passende zorg. Hun centrale boodschap is dat passende zorg en ondersteuning moeten beginnen bij wat voor mensen belangrijk is. Zorg is geen doel op zichzelf, maar staat ten dienste van mensen die goed, veilig en verbonden willen leven.

Daarbij zijn solidariteit en gelijke toegang tot noodzakelijke hulp en zorg een ondergrens. De kracht van naasten, buurten en gemeenschappen is belangrijk, maar mag professionele zorg niet vervangen wanneer die nodig is. Juist daarom blijft het belangrijk om niet alleen over burgers te spreken, maar met burgers te blijven nadenken over wat beter, rechtvaardiger en passender kan.

“Betrek de burger. Praat niet over de burger, maar met de burger. Ik ben niet alleen zorgvrager; ik heb ook een mening over wat beter of anders kan.”

— Ellen

Deel 1

Het Burgerforum



1

Inleiding

1.1 Aanleiding en beleidscontext

De Nederlandse zorg staat onder toenemende druk. De vraag naar zorg, hulp en ondersteuning neemt toe, terwijl personeel, tijd en middelen beperkt zijn (1,2). Daardoor ontstaan steeds vaker vragen over wat passende zorg is, hoe toegang eerlijk kan worden georganiseerd en wat redelijkerwijs verwacht mag worden van burgers, naasten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten en overheid.

Deze burgerraadpleging is uitgevoerd in het kader van het twintigjarig bestaan van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en twintig jaar na de herinrichting van het Nederlandse zorgstelsel. De NZa is opgericht om de belangen van burgers te beschermen: als patiënt, verzekerde en premiebetaler. Juist daarom is het belangrijk om te weten hoe burgers zelf denken over passende zorg, toegankelijkheid, keuzevrijheid, eigen verantwoordelijkheid en de verdeling van schaarse middelen. Het Radboudumc organiseerde de burgerraadpleging in opdracht van de NZa.

In dit rapport staan twee thema's centraal: mentale gezondheid en ouderen die langer thuis wonen. Bij mentale gezondheid gaat het om toegang tot passende hulp. Mensen met mentale klachten kunnen te maken krijgen met wachttijden, onduidelijke routes naar hulp en problemen in het dagelijks leven, zoals schulden, werkstress, eenzaamheid of gebrek aan structuur (3-5). Daardoor gaat het niet alleen om professionele behandeling, maar ook om preventie, laagdrempelige ondersteuning, praktische hulp en steun vanuit de eigen omgeving.

Bij ouderen die langer thuis wonen gaat het om vergelijkbare vragen rond toegang, ondersteuning en verantwoordelijkheid. Langer thuis wonen vraagt niet alleen om zorg aan huis, maar ook om geschikte woningen, praktische hulp, sociale contacten, mantelzorg, veiligheid en kwaliteit van leven (6, 7). Ook hier is de vraag welke hulp passend is, wie die hulp moet organiseren of bieden, en wanneer thuis wonen niet meer verantwoord of te belastend wordt.

1.2 Doel van de burgerraadpleging

Het doel van deze burgerraadpleging is inzicht te krijgen in de overwegingen die burgers belangrijk vinden bij maatschappelijke keuzes over passende zorg voor mentale gezondheid en ouderen die langer thuis wonen. Het gaat daarbij niet alleen om wat burgers vinden, maar vooral om waarom zij dat vinden: welke argumenten gebruiken zij, welke grenzen trekken zij en onder welke voorwaarden vinden zij bepaalde keuzes aanvaardbaar? Het doel en de gerelateerde onderzoeksvragen zijn opgesteld op basis van de opdracht van de NZa, inclusief een voorbereidende afstemming.

1.3 Centrale onderzoeksvragen

De centrale vraag van deze burgerraadpleging luidt:

Welke overwegingen vinden burgers belangrijk bij maatschappelijke keuzes over passende zorg voor mentale gezondheid en ouderen die langer thuis wonen?

Deze centrale vraag is beantwoord middels twee onderzoeksactiviteiten: (i) een Burgerforum met 24 deelnemers die gedurende twee weekenden met elkaar in gesprek gingen, waarbij het eerste weekend zich richtte op mentale gezondheid en het tweede weekend op ouderen die langer thuis wonen; ii) een online enquête onder ongeveer 1.000 Nederlanders, bedoeld om te verkennen in hoeverre de uitkomsten van het Burgerforum overeenkomen met opvattingen van een bredere groep burgers.

Bij het thema mentale gezondheid stonden de volgende vragen centraal:

1. Waar moeten mensen met mentale problemen volgens burgers terechtkunnen voor zorg, hulp of ondersteuning?
2. Waar zou volgens burgers extra geld, tijd of aandacht als eerste naartoe moeten gaan bij mentale gezondheid?
3. Hoe kijken burgers aan tegen prioritering, bijbetalen en gelijke toegang bij mentale hulp?
4. Welke verantwoordelijkheden zien burgers voor verschillende partijen bij mentale gezondheid en passende toegang tot hulp?

Bij het thema ouderen die langer thuis wonen stonden de volgende vragen centraal:

1. Welke hulp, ondersteuning of zorg vinden burgers passend bij ouderen die langer thuis wonen?
2. Waar zou volgens burgers extra geld, tijd of aandacht als eerste naartoe moeten gaan bij langer thuis wonen?
3. Wanneer vinden burgers mantelzorg acceptabel, en wat is nodig om mantelzorg mogelijk en houdbaar te maken?
4. Welke verantwoordelijkheden zien burgers voor verschillende partijen bij langer thuis wonen?

1.4 Opbouw van het rapport

Hoofdstuk 2 beschrijft de methode van de burgerraadpleging, waaronder de opzet van de weekenden, de werving en samenstelling van deelnemers, de werkvormen, de online enquête en de analyse. Hoofdstuk 3 en 4 gaan respectievelijk over de resultaten rond mentale gezondheid en ouderen die langer thuis wonen. In beide hoofdstukken worden de resultaten van de burgerforumweekenden en de online enquête gepresenteerd en met elkaar vergeleken. Hoofdstuk 5 bevat de overkoepelende conclusies en beleidsimplicaties.

In dit rapport verwijst 'burgerraadpleging' naar het gehele onderzoek: het Burgerforum en de aanvullende online enquête. 'Burgerforum' verwijst naar de weekenden waarin burgers met elkaar in gesprek gingen. Met 'deelnemers' bedoelen we de deelnemers aan het Burgerforum; met 'online respondenten' de respondenten van de aanvullende online enquête.




ASTBAARHEID
TELZORGER
KAN HET OOK OP AN
MANIER opgevangen
VRIJWILLIGHEID
"KAN IK HET?"
Legamaster



2

Methode

2.1 Opzet van de burgerraadpleging

De burgerraadpleging richtte zich op twee thema's: mentale gezondheid en ouderen die langer thuis wonen. Beide thema's zijn onderzocht met een Burgerforum en een aanvullende online enquête. In het Burgerforum kregen deelnemers informatie, bespraken zij concrete situaties, wisselden zij argumenten uit en hoorden zij verschillende perspectieven voordat zij hun afwegingen aanscherpten. De online enquête is gebruikt om de uitkomsten van het Burgerforum te vergelijken met opvattingen van een bredere groep burgers.

2.2 Werving en samenstelling van deelnemers aan het Burgerforum

Aan het Burgerforum namen 24 burgers deel. Dezelfde groep deelnemers nam deel aan beide burgerforumweekenden. Deelnemers zijn geworven via het onderzoekspanel van Motivaction.

De selectie was gericht op diversiteit in perspectieven en waardenprofielen, niet op statistische representativiteit voor de Nederlandse bevolking. Het Mentality™-model van Motivaction is gebruikt om deelnemers met verschillende maatschappelijke oriëntaties en waarden te betrekken: uit elk van de acht waardenprofielen zijn drie deelnemers geselecteerd. Daarnaast is gestreefd naar spreiding naar inkomen, geslacht, leeftijd, opleiding en regio. De uitkomsten van de burgerforumweekenden moeten daarom niet worden gelezen als een representatieve meting van publieke opinie, maar als inzicht in hoe een diverse groep burgers na informatie en deliberatie redeneert over de voorgelegde vraagstukken.

Potentiële deelnemers kregen vooraf summiere informatie over de inhoud van het onderzoek. Zij werden benaderd voor deelname aan een onderzoek over gezondheidszorg waarvoor deelname aan twee weekenden nodig was. De specifieke thema's werden vooraf niet uitgebreid toegelicht, om te voorkomen dat deelnemers zich inhoudelijk zouden voorbereiden en minder onbevangen aan de gesprekken zouden deelnemen. Wel ontvingen deelnemers vooraf praktische informatie over de opzet, deelname, vergoeding, verblijf en verwerking van onderzoeksgegevens. Na instemming met deelname is telefonisch nagevraagd of deelnemers bezwaar hadden tegen het bespreken van mentale gezondheid. Voor deelname is toestemming vastgelegd voor deelname aan het Burgerforum en voor verwerking van de onderzoeksgegevens ten behoeve van geanonimiseerde analyse en rapportage. Deelnemers ontvingen een vergoeding van €400 voor het bijwonen van beide weekenden. Daarnaast werden hotelovernachtingen en maaltijden verzorgd.

2.3 Opzet van het Burgerforum

Beide weekenden volgden dezelfde hoofdlijn: deelnemers vulden aan het begin een voormeting in, bespraken gedurende het weekend concrete situaties en dilemma's, en vulden aan het einde een nameting, open reflectievragen en een procesevaluatie in.

Weekend 1 was opgebouwd rond vier hoofdvragen: waar mensen terecht moeten kunnen bij mentale problemen; waar extra geld, tijd of aandacht als eerste naartoe zou moeten gaan; hoe deelnemers aankijken tegen prioritering, bijbetalen en gelijke toegang; en welke rollen zij zien voor verschillende partijen.

Weekend 2 was opgebouwd rond vier hoofdvragen: welke hulp, ondersteuning of zorg passend is bij langer thuis wonen; waar extra geld, tijd of aandacht als eerste naartoe zou moeten gaan; wanneer mantelzorg acceptabel is en wat nodig is om mantelzorg houdbaar te maken; en welke rollen deelnemers zien voor verschillende partijen.

2.4 Werkvormen en dataverzameling

Tijdens de weekenden is gewerkt met individuele opdrachten, groepsgesprekken, plenaire terugkoppelingen, stickeroefeningen en positioneringsopdrachten. Bij de casussen noteerden deelnemers eerst individueel hun ideeën, waarna deze in groepen werden besproken en geordend. Bij prioriteringsvragen verdeelden deelnemers stickers over categorieën die eerder in het gesprek waren ontstaan. Bij morele of verdelingsvraagstukken kozen deelnemers positie in de ruimte, bijvoorbeeld bij antwoordopties als "ja", "twijfel" en "nee" of "aanvaardbaar", "twijfel" en "niet aanvaardbaar".

Om interpretatie door onderzoekers zoveel mogelijk te beperken, zijn deelnemersopbrengsten waar mogelijk vastgelegd in de oorspronkelijke vorm, zoals individuele formulieren, post-its, flip-overs en plenaire overzichten. Op basis van de inbreng van deelnemers heeft het onderzoeksteam waar relevant de opbrengsten per onderdeel geordend in thema's of categorieën. Deze ordening werd, waar passend, plenair aan de deelnemers voorgelegd, besproken en waar nodig aangepast. De groepsgesprekken zijn niet volledig getranscribeerd. De analyse is daarom gebaseerd op

de vastgelegde opbrengsten van de opdrachten, gesprekken en terugkoppelingen, niet op een volledige woordelijke gespreksanalyse.

2.5 Voor- en nameting bij deelnemers aan het Burgerforum

De deelnemers aan het Burgerforum vulden aan het begin en einde van elk weekend een vragenlijst in. De voor- en nametingen bevatten stellingen over de thema's van het betreffende weekend. Deelnemers beantwoordden deze op een vijfpuntsschaal van helemaal oneens tot helemaal eens. Waar van toepassing konden zij ook kiezen voor "weet ik niet / geen mening".

De nameting bevatte daarnaast open reflectievragen over belangrijkste inzichten en mogelijke veranderingen in opvattingen, en een procesevaluatie over onder meer begrijpelijkheid van informatie, bruikbaarheid van casussen, ruimte voor meningsuiting, respectvolle gesprekken en inzicht in keuzes en dilemma's.

2.6 Online enquête

Naast het Burgerforum is een aanvullende online enquête uitgezet onder respondenten uit het onderzoekspanel van Motivaction. De enquête bestond uit twee thematische deelsteekproeven. Voor het thema mentale gezondheid en passende toegang tot hulp zijn 537 online respondenten ondervraagd. Voor het thema ouderen die langer thuis wonen, mantelzorg en passende ondersteuning zijn 517 online respondenten ondervraagd. De stellingen waren gebaseerd op de nametingen van de twee burgerforumweekenden. Online respondenten namen niet deel aan het Burgerforum en vulden geen voor- en nameting in, maar beantwoordden één online vragenlijst binnen het aan hen toegewezen thema.

De stellingen zijn beantwoord op dezelfde vijfpuntsschaal als in de nametingen van het Burgerforum. Respondenten kregen vooraf een korte schriftelijke introductie bij het betreffende thema. Achtergrondkenmerken die al beschikbaar waren via het panel, zoals leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, regio en Mentality™-profiel, zijn niet opnieuw uitgevraagd. Deze kenmerken zijn gebruikt om de samenstelling van de steekproeven te beschrijven en, waar nodig, om de resultaten te wegen.

De online enquête is gebruikt om te verkennen in hoeverre patronen uit het Burgerforum ook herkenbaar zijn bij een bredere groep burgers. De vergelijking moet voorzichtig worden geïnterpreteerd, omdat online respondenten niet dezelfde informatie, casussen en groepsgesprekken hebben gehad als de deelnemers aan het Burgerforum.

2.7 Analyse en interpretatie van de resultaten

De analyse combineerde kwalitatieve en kwantitatieve beschrijving. De kwalitatieve analyse richtte zich op terugkerende argumenten, overwegingen, voorwaarden en grenzen die deelnemers noemden tijdens individuele opdrachten, groepsgesprekken, plenaire terugkoppelingen en open reflectievragen. De kwantitatieve beschrijving bestond uit tellingen van stickers, tellingen van positioneringen en de resultaten van Likert-stellingen in de voor- en nametingen.

De kwalitatieve analyse verliep in meerdere stappen. Eerst zijn de opbrengsten uit individuele opdrachten, groepsgesprekken, flip-overs, post-its en moderatorenverslagen per hoofdvraag geordend. Bij de interpretatie is niet alleen gekeken naar hoe vaak bepaalde punten werden genoemd, maar ook naar de betekenis die deelnemers eraan gaven, de voorwaarden waaronder zij iets aanvaardbaar vonden en de grenzen die zij trokken.

De Likert-stellingen in de voor- en nametingen zijn eveneens beschrijvend geanalyseerd. Per stelling zijn de gemiddelde Likert-score en het percentage deelnemers dat het eens of helemaal eens was berekend. Antwoorden "weet ik niet / geen mening" zijn niet meegenomen in de gemiddelde Likert-score. Voor stellingen die in zowel de voor- als nameting waren opgenomen, zijn verschuivingen in gemiddelde score en in het aandeel eens / helemaal eens beschreven. Door het beperkte aantal deelnemers zijn geen statistische toetsen uitgevoerd. De resultaten van de vragenlijsten worden daarom gebruikt om patronen uit de gesprekken te ondersteunen en te nuanceren, niet om harde uitspraken te doen over verandering of representativiteit.

Voor de online enquête zijn per thema de gemiddelde scores en het percentage respondenten dat het eens of helemaal eens was met een stelling berekend. De gemiddelde scores zijn gewogen om te corrigeren voor afwijkingen van de uiteindelijke deelsteekproeven ten opzichte van de doelpopulatie van Nederlanders van 18 tot en met 85 jaar. De

gewogen gemiddelden geven daardoor een beter beeld van hoe de stellingen in een bredere groep burgers worden beoordeeld dan ongewogen gemiddelden. De percentages eens of helemaal eens zijn gebruikt om de resultaten inhoudelijk te duiden en te vergelijken met de nametingen van het Burgerforum.

Bij de beschrijving van percentages is in de hoofdtekst gebruikgemaakt van vaste termen. Deze termen verwijzen steeds naar het percentage deelnemers dat het eens of helemaal eens was met een stelling. Met “een meerderheid” wordt bedoeld dat meer dan de helft van de deelnemers het eens of helemaal eens was. Met “een grote meerderheid” wordt bedoeld dat driekwart of meer van de deelnemers het eens of helemaal eens was. Met “bijna volledige steun” wordt bedoeld dat ongeveer 90% of meer van de deelnemers het eens of helemaal eens was. Wanneer alle deelnemers het eens of helemaal eens waren met een stelling, is dit expliciet beschreven als “alle deelnemers”. Door het beperkte aantal deelnemers moeten deze termen beschrijvend worden gelezen en niet als statistische uitspraken.

De interpretatie van de resultaten is gebaseerd op samenhang tussen verschillende databronnen. Wanneer een thema terugkwam in casusbesprekingen, prioriteringsoefeningen, positioneringsopdrachten en nametingen, is dit sterker geïnterpreteerd dan wanneer een punt slechts incidenteel werd genoemd. Tegelijkertijd is ook aandacht besteed aan minderheidsposities en twijfel, omdat juist bij normatieve vraagstukken verschillende redeneringen naast elkaar kunnen bestaan.

2.8 Methodologische kanttekeningen

De resultaten van de burgerforumweekenden zijn niet statistisch representatief voor de Nederlandse bevolking. De waarde van de weekenden ligt vooral in de diepte van de gesprekken en het zichtbaar maken van argumenten, voorwaarden en afwegingen. De uitkomsten moeten daarom worden gelezen als inzicht in hoe een diverse groep burgers na informatie en deliberatie redeneert over de voorgelegde vraagstukken.

Door het beperkte aantal deelnemers moeten percentages voorzichtig worden geïnterpreteerd. Bij 24 deelnemers staat één deelnemer gelijk aan ongeveer 4,2 procentpunt. Percentages en verschillen tussen voor- en nameting zijn daarom beschrijvend gebruikt en niet statistisch getoetst.

Ook de gekozen casussen, werkvormen en formulering van opdrachten kunnen invloed hebben gehad op de uitkomsten. De casussen hielpen deelnemers om concreet na te denken, maar andere casussen hadden mogelijk andere accenten opgeleverd. De deliberatieve setting is eveneens van belang: de weekenden meten niet alleen bestaande voorkeuren, maar laten zien hoe oordelen zich vormen na informatie, gesprek en reflectie.

Bij de interpretatie van de prioriteringsopdrachten is voorzichtigheid nodig. Deelnemers is gevraagd waar extra geld, tijd of aandacht volgens hen als eerste naartoe zou moeten gaan. De uitkomsten laten dus relatieve prioriteiten binnen de opdracht zien, maar niet welke onderdelen volgens deelnemers minder belangrijk zijn, waar middelen zouden kunnen worden verminderd of welke vormen van hulp of ondersteuning zij eventueel zouden willen afbouwen.

De groepsgesprekken zijn niet volledig getranscribeerd. Binnen de beschikbare tijd en middelen was gekozen voor systematische vastlegging van de opbrengsten van opdrachten, plenaire terugkoppelingen, vragenlijsten en open reflectievragen. Daardoor zijn de belangrijkste argumenten, afwegingen en prioriteiten vastgelegd en geordend, maar zijn niet alle gespreksnuances woordelijk beschikbaar.

Zowel de deelnemers aan de burgerforumweekenden als de respondenten van de online enquête zijn afkomstig uit het onderzoekspanel van Motivaction. Mensen die niet in onderzoekspanels deelnemen, digitaal minder vaardig zijn, de Nederlandse taal minder goed beheersen of minder geneigd zijn aan onderzoek mee te doen, kunnen daardoor minder goed vertegenwoordigd zijn.

De vergelijking tussen de nametingen van het Burgerforum en de online enquête moet voorzichtig worden geïnterpreteerd. Online respondenten namen niet deel aan de deliberatieve gesprekken en kregen niet dezelfde informatie, casussen en groepsdiscussies als de deelnemers aan het Burgerforum. Verschillen tussen de nameting en de online enquête kunnen daarom samenhangen met het ontbreken van deliberatie, maar ook met verschillen in betrokkenheid, interpretatie of samenstelling van de groepen. De online enquête moet daarom worden gezien als verbreding en context, niet als directe toets van het effect van deliberatie.



3

Mentale gezondheid

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft welke overwegingen burgers belangrijk vinden bij maatschappelijke keuzes over passende zorg voor mentale gezondheid. Daarbij gaat het niet alleen om geestelijke gezondheidszorg, maar ook steun vanuit de eigen omgeving, praktische problemen in het dagelijks leven, laagdrempelige hulp, preventie, crisiszorg en de rol van verschillende partijen.

Centraal staan vier vragen: waar mensen terecht moeten kunnen; waar extra geld, tijd of aandacht als eerste naartoe zou moeten gaan; hoe deelnemers aankijken tegen prioritering, bijbetalen en gelijke toegang; en welke rollen zij zien voor verschillende partijen.

Dit hoofdstuk presenteert zowel de resultaten van het Burgerforum als van de online enquête. Paragrafen 3.2 tot en met 3.5 beschrijven de opbrengsten van de gesprekken tijdens het Burgerforum. Hierbij worden ook de resultaten van de nameting onder de deelnemers aan het Burgerforum besproken. De volledige resultaten van de nameting zijn te vinden in bijlage 2.5. Paragraaf 3.6 presenteert de resultaten van de online enquête. Paragraaf 3.7 beschrijft de reflectie van deelnemers en paragraaf 3.8 bevat de deelconclusie.

3.2 Waar moeten mensen terechtkunnen bij mentale problemen?

Deelnemers bespraken aan de hand van casussen waar of bij wie iemand terecht zou moeten kunnen wanneer die persoon vastloopt door mentale problemen. Uit de gesprekken kwam geen enkelvoudige oplossing naar voren. Deelnemers beschreven eerder een brede ondersteuningsketen waarin verschillende vormen van hulp, steun en zorg op elkaar moeten aansluiten.

De negen categorieën in tabel 3.1 zijn geen vooraf vastgesteld inhoudelijk kader, maar een thematische ordening van de vormen van hulp, steun en zorg die deelnemers in de casusbesprekingen noemden. De categorieën zijn gebruikt om de opbrengsten uit de gesprekken samen te vatten en vergelijkbare suggesties te groeperen. De concrete suggesties van deelnemers bij deze vraag zijn opgenomen in bijlage 2.1.

Categorie	Kernboodschap
Mensen dichtbij	Deelnemers zien mensen dichtbij als een belangrijke eerste steunlaag, maar niet als vervanging van georganiseerde hulp.
Hulp bij dagelijks leven	Deelnemers koppelen mentale gezondheid sterk aan praktische problemen in het dagelijks leven.
Iemand die helpt uitzoeken en regelen	Deelnemers vinden dat mensen niet alleen hulp nodig hebben, maar ook iemand die helpt om de juiste hulp te vinden, te regelen en vol te houden.
Snelle lichte mentale hulp	Deelnemers willen snelle, laagdrempelige mentale ondersteuning voordat klachten verergeren.
Steun van mensen met vergelijkbare ervaringen	Lotgenoten en ervaringsdeskundigen bieden herkenning en normalisering, maar moeten vindbaar, veilig en voldoende betrouwbaar georganiseerd zijn.
Professionele behandeling	Deelnemers willen sneller passende professionele behandeling, met minder wachttijd, minder herhaling en betere samenhang.
Crisis en directe veiligheid	Bij crisis en directe onveiligheid mag geen wachttijd bestaan; er moet direct deskundige hulp en opvolging beschikbaar zijn.
Preventie	Preventie betekent voor deelnemers: mentale gezondheid eerder bespreekbaar maken, normaliseren dat mentale klachten of moeilijke periodes bij het leven kunnen horen, en mensen leren waar zij hulp kunnen zoeken.
Creatieve ideeën en overige ideeën	Deelnemers noemden aanvullende ideeën om hulp beter vindbaar, betrouwbaarder en veiliger te maken, zoals een ombudsman, luisterlijn, één bekend nummer of loket, toezicht op online diensten, certificering van coaches of influencers en kritisch kijken naar marktwerking en medicatieprijzen

Tabel 3.1 Overzicht van vormen van hulp en ondersteuning bij mentale problemen

De tabel laat zien dat deelnemers mentale gezondheid niet alleen als een GGZ-vraagstuk zien. Zij verbinden mentale klachten ook met de sociale omgeving en met problemen in het dagelijks leven, zoals schulden, werk, school, wonen, administratie, eenzaamheid of gebrek aan structuur. Daarom moet volgens deelnemers eerst goed worden gekeken wat er speelt voordat passende hulp wordt gekozen.

Een centrale lijn is dat mensen niet moeten verdwalen tussen instanties. Deelnemers vroegen om een herkenbare ingang, duidelijke informatie en iemand die kan helpen uitzoeken en regelen welke hulp nodig is. Steun vanuit de eigen omgeving is belangrijk, maar niet voldoende. Naasten kunnen signaleren, ondersteunen en helpen om een eerste stap te zetten, maar zij vervangen geen georganiseerde of professionele hulp.

"De ggz-zorg is onduidelijk voor de burger. Meer inzicht voor de burger, alstublieft."

— Hafida

Over de verschillende vormen van hulp heen kwamen enkele terugkerende voorwaarden naar voren. Hulp moet bekend, laagdrempelig, vindbaar, dichtbij, betrouwbaar en goed verbonden zijn. Er moet bovendien snel kunnen worden opgeschaald wanneer de situatie verslechtert. Bij crisis moet direct duidelijk zijn wie verantwoordelijkheid neemt en waar iemand terechtkan.

"Er zijn echt wel manieren om hulp te vinden, maar dit is niet bij iedereen bekend."

– Daniël

De nameting ondersteunt dit beeld. Een grote meerderheid vond de huidige wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg onacceptabel. Ook was er bijna volledige steun voor het eerst breed kijken naar wat er speelt voordat passende hulp wordt gekozen. Alle deelnemers vonden dat bij mentale klachten door problemen als schulden, eenzaamheid of werkstress ook naar andere vormen van hulp of ondersteuning dan geestelijke gezondheidszorg moet worden gekeken, en dat er een duidelijke route moet zijn om snel meer hulp in te zetten wanneer iemands situatie verslechtert.

3.3 Waar moet extra geld, tijd of aandacht als eerste naartoe?

Na de bespreking van de verschillende vormen van hulp en ondersteuning verdeelden deelnemers ieder tien stickers over de categorieën die uit de eerdere opdracht waren ontstaan. De stickeropdracht laat zien waar deelnemers extra geld, tijd of aandacht als eerste op zouden inzetten; de uitkomsten zeggen niet dat lager geprioriteerde categorieën onbelangrijk werden gevonden.

Preventie kreeg duidelijk de meeste prioriteit, gevolgd door professionele behandeling, iemand die helpt uitzoeken en regelen, crisis en directe veiligheid, en snelle lichte mentale hulp.

Rangorde	Categorie	Aantal stickers	Aandeel van totaal
1	**Preventie**	66	27,5%
2	**Professionele behandeling**	38	15,8%
3	**Iemand die helpt uitzoeken en regelen**	31	12,9%
4	**Crisis en directe veiligheid**	25	10,4%
5	**Snelle lichte mentale hulp**	22	9,2%
6	**Creatieve ideeën / overige ideeën**	21	8,8%
7	**Steun van mensen met vergelijkbare ervaringen**	15	6,3%
8	**Mensen dichtbij**	12	5,0%
9	**Hulp bij dagelijks leven**	10	4,2%
	Totaal	**240**	**100%**

Tabel 3.2 Prioritering van extra geld, tijd of aandacht voor mentale gezondheid

De hoge prioriteit voor preventie moet breed worden gelezen. In de plenaire bespreking ging preventie niet alleen over het voorkomen van mentale klachten, maar ook over psycho-educatie, normalisering, weerbaarheid, gezonde leefstijl, sport, voorlichting op school, leren signaleren en weten waar iemand terechtkan. Preventie werd daarnaast verbonden aan het beter begrijpen van oorzaken van mentale problemen.

Tegelijkertijd zagen deelnemers preventie niet als volledige oplossing. Zij benadrukten juist dat vroegtijdige hulp beschikbaar moet zijn wanneer klachten ontstaan of dreigen te verergeren. Het ging daarbij om laagdrempelige hulp, zoals de huisarts of POH-GGZ, korte gesprekken, maatschappelijk werk, online hulp, tijdelijke overbruggingshulp of lokale steunpunten, maar ook om sneller toegankelijke professionele behandeling wanneer klachten ernstiger of complexer zijn. Deelnemers vroegen dus niet alleen om meer aandacht voor preventie, maar om een systeem dat eerder ingrijpt, duidelijke routes biedt en snel kan opschalen naar passende professionele hulp of crisiszorg wanneer dat nodig is.

De prioriteit voor professionele behandeling ging daarbij niet alleen over meer capaciteit, maar ook over betere toegang en samenhang. Deelnemers noemden onder meer kortere wachttijden, betere intake en prioritering, wachtlijstoverzicht en bemiddeling, minder doorverwijzingen, meer gecombineerde zorg, betere follow-up en het voorkomen dat mensen eerst moeten verslechteren voordat zij toegang krijgen tot passende hulp.

Dat hulp bij dagelijks leven relatief weinig stickers kreeg, betekent niet dat deelnemers dit onbelangrijk vonden. In de casusbesprekingen kwam praktische hulp juist vaak terug. De lagere prioritering lijkt vooral te betekenen dat deelnemers extra middelen eerder wilden inzetten op preventie, professionele behandeling, wegwijsfunctie en crisiszorg, terwijl praktische of sociale hulp vaker werd gezien als onderdeel van bredere ondersteuning of als iets dat niet altijd primair extra zorgbudget of inzet vraagt.

De nameting bevestigt dat deelnemers extra inzet op preventie en snelle laagdrempelige hulp belangrijk vinden, zonder dat dit hulp aan mensen met ernstige klachten vervangt. Een meerderheid vond dat extra geld vooral naar preventie moet gaan. Een grote meerderheid vond dat extra geld vooral moet gaan naar snelle laagdrempelige hulp, zodat mentale klachten niet erger worden. Daarmee ondersteunt de nameting de bredere lijn dat preventie, vroegtijdige hulp en professionele behandeling naast elkaar nodig zijn.

3.4 Prioritering, betaling en gelijke toegang

Deelnemers bespraken ook verdelingsvraagstukken rond mentale hulp. Daarbij ging het om zelf betalen, de vraag of een groter deel van de zorguitgaven naar geestelijke gezondheidszorg moet gaan, prioritering naar ernst, en mentale gezondheid als gedeelde verantwoordelijkheid. Bij deze positioneringsopdrachten namen deelnemers positie in de ruimte in en gingen zij vanuit die positie met elkaar in gesprek over hun argumenten en afwegingen. De volledige uitkomsten zijn opgenomen in bijlage 2.2.

Zelf betalen voor extra hulp of keuze?

Zelf betalen werd niet principieel afgewezen. Deelnemers maakten onderscheid tussen zelf bijbetalen voor extra keuze of hulp die beter aansluit bij eigen wensen en voorkeuren, en bijbetalen waardoor anderen minder toegang krijgen. Sommige deelnemers vonden het aanvaardbaar dat mensen eigen middelen gebruiken voor aanvullende hulp, een andere aanbieder of een behandeling die beter past bij hun persoonlijke voorkeuren, zeker wanneer dit bovenop noodzakelijke basiszorg komt.

Tegelijkertijd riep bijbetalen veel ongemak op wanneer dit betekent dat mensen met meer geld sneller terechtkunnen dan mensen met minder geld. Deelnemers benoemden daarbij het risico op ongelijke toegang tot mentale hulp op basis van inkomensverschillen. Dit werd vooral problematisch gevonden wanneer mensen met dezelfde hulpvraag verschillend worden behandeld op basis van financiële mogelijkheden.

"De zorg staat voor zoveel meer dan ik zelf ooit dacht. De kloof tussen rijk en arm heeft ook hier grote invloed."

– Anita

De zorgen werden sterker wanneer zelf betaalde mogelijkheden gevolgen hebben voor anderen. Deelnemers vonden het niet aanvaardbaar wanneer professionals wegtrekken naar aanbieders waar cliënten zelf betalen, waardoor het collectief gefinancierde aanbod verder onder druk komt te

staan. Dan gaat bijbetalen niet meer alleen over individuele keuzevrijheid, maar over verdringing en verslechtering van toegang voor mensen die niet kunnen betalen.

De nameting bevestigt dat deelnemers gelijke toegang tot noodzakelijke mentale hulp als ondergrens zien. Een grote meerderheid vond het niet aanvaardbaar als mensen met minder geld duidelijk minder mogelijkheden hebben om snel mentale hulp te krijgen. Tegelijkertijd was er bijna volledige steun voor de stelling dat mensen zelf mogen betalen voor extra keuze, zolang iedereen toegang houdt tot noodzakelijke mentale hulp.

Meer geld voor mentale gezondheidszorg?

In algemene zin was er brede steun voor een groter aandeel van de zorguitgaven voor geestelijke gezondheidszorg. Deelnemers verbonden dit vooral met de lange wachttijden, het risico dat mentale klachten verergeren en het idee dat mentale gezondheid ook gevolgen heeft voor lichamelijke gezondheid, werk, gezin en samenleving. Meer investeren in mentale gezondheid werd daarbij niet alleen gezien als extra behandelcapaciteit, maar ook als investering in preventie, vroegsignalering, laagdrempelige hulp en ondersteuning in de gemeenschap.

Tegelijkertijd was deze steun niet onvoorwaardelijk. Wanneer meer middelen voor geestelijke gezondheidszorg ten koste zouden gaan van andere vormen van noodzakelijke zorg, werden deelnemers terughoudender. Vooral bij huisartsenzorg, ziekenhuiszorg, ouderenzorg en gehandicaptenzorg zagen deelnemers duidelijke grenzen. Huisartsenzorg werd bijvoorbeeld gezien als belangrijke eerste toegang tot hulp, juist voor mensen die niet weten waar zij met mentale klachten terechtkunnen. Ook wilden deelnemers niet dat andere kwetsbare groepen minder zorg krijgen doordat mentale gezondheid meer middelen krijgt.

De kern is daarom niet dat deelnemers geestelijke gezondheidszorg boven andere zorg plaatsen. Zij willen vooral dat mentale gezondheid serieuzer wordt genomen en dat middelen worden ingezet op kortere wachttijden, eerdere hulp, betere toegang en betere samenwerking. Extra geld is volgens deelnemers vooral aanvaardbaar wanneer dit bijdraagt aan een beter functionerend systeem, zonder dat dit leidt tot verdringing van andere noodzakelijke zorg.

Prioriteren naar ernst en urgentie?

Deelnemers vonden het in principe begrijpelijk dat mensen met ernstige mentale klachten sneller worden geholpen dan mensen met lichtere klachten. Vooral bij acute ontregeling, suïcidaliteit of gevaar voor de persoon zelf of de omgeving vonden deelnemers snelle hulp noodzakelijk. Ook werd genoemd dat ernstige mentale problemen gevolgen kunnen hebben voor het gezin en de bredere omgeving, waardoor uitstel tot grotere problemen kan leiden.

Bij bespreking in deze positioneringsopdracht werd het oordeel genuanceerder. Deelnemers wezen erop dat lichtere klachten kunnen verergeren wanneer mensen te lang moeten wachten. Juist korte gesprekken, online hulp, laagdrempelige ondersteuning of een snelle eerste beoordeling kunnen voorkomen dat mensen uiteindelijk zwaardere zorg nodig hebben. Ook speelde de vraag wie bepaalt wat ernstig genoeg is, en of mensen hun klachten sterker gaan benadrukken wanneer alleen ernstige klachten snel toegang geven.

Prioriteren naar ernst werd daarom vooral aanvaardbaar gevonden wanneer er tegelijk voldoende vroegtijdige en laagdrempelige hulp beschikbaar blijft. Deelnemers wilden geen systeem waarin mensen met lichtere klachten blijven hangen totdat hun situatie ernstig genoeg is voor hulp.

De nameting laat zien dat deelnemers vooral prioriteit willen geven op basis van ernst, urgentie en risico op verergering, en minder op vaste kenmerken zoals leeftijd, wachttijd of sociaal netwerk. Voorrang moet dus afhangen van de situatie en niet van een eenvoudige algemene regel.

Gedeelde verantwoordelijkheid

Bij de stelling dat mentale gezondheid vooral de verantwoordelijkheid van de gemeenschap als geheel is, bleven deelnemers verdeeld. Zij erkenden dat mentale gezondheid mede wordt beïnvloed door sociale en maatschappelijke omstandigheden, zoals schulden, werkdruk, eenzaamheid, daklooosheid, verlieservaringen, onveiligheid of gebrek aan steun in de omgeving. Ook werd genoemd dat werk, buurt, school, collega's en sociale netwerken kunnen helpen om signalen eerder te zien en mensen niet volledig op zichzelf terug te werpen.

Tegelijkertijd vonden deelnemers de formulering dat mentale gezondheid vooral de verantwoordelijkheid van de gemeenschap is te sterk. De uitkomst wijst eerder op gedeelde verantwoordelijkheid: burgers en gemeen-

schappen kunnen signaleren, normaliseren en ondersteunen, maar zij vervangen geen georganiseerde of professionele hulp. Overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten, werkgevers en andere partijen moeten duidelijke randvoorwaarden scheppen, de weg naar hulp vindbaar maken en professionele hulp beschikbaar houden wanneer die nodig is.

3.5 Rollen en verantwoordelijkheden van verschillende partijen

In de laatste hoofdvraag bespraken deelnemers wat verwacht mag worden van verschillende partijen bij mentale gezondheid en passende toegang tot hulp. De concrete suggesties van deelnemers zijn opgenomen in bijlage 2.3.

Deelnemers leggen de verantwoordelijkheid voor mentale gezondheid niet bij één partij. De hoofdboodschap was dat mentale gezondheid een gedeelde verantwoordelijkheid is, maar dat die verantwoordelijkheid wel duidelijk belegd moet zijn. Burgers en naasten kunnen omzien naar elkaar, signalen serieus nemen en mensen helpen de weg naar hulp te vinden. Deze rol werd belangrijk gevonden, maar nadrukkelijk als ondersteunend gezien. Naasten, buren, collega's of vrienden vervangen geen georganiseerde of professionele hulp.

De rol van de overheid werd door deelnemers vooral beschreven in termen van randvoorwaarden. Deelnemers maakten daarbij niet altijd scherp onderscheid tussen landelijke overheid, gemeenten en andere publieke organisaties. Hun suggesties gingen vooral over publieke voorlichting, preventie, betaalbaarheid, toezicht, ondersteuning van lokale initiatieven en duidelijk maken waar mensen terechtkunnen. De overheid moet volgens deelnemers dus niet zelf alle hulp organiseren, maar wel zorgen dat mentale gezondheid zichtbaar en bespreekbaar is, dat mensen de weg naar hulp kunnen vinden en dat de basisvoorwaarden voor toegankelijke en betrouwbare hulp op orde zijn.

"De verschillende belangen tussen organisaties maken het geheel voornamelijk complexer."

– Marlon

Zorgverzekeraars werden vooral verbonden met toegang tot passende zorg. Deelnemers noemden daarbij vergoeding, informatievoorziening, wachtlijstbemiddeling, transparantie over mogelijkheden en het helpen vinden van beschikbare hulp. De verwachting was dat mensen die premie betalen niet zelf hoeven uit te zoeken waar zij nog terechtkunnen wanneer wachttijden lang zijn. Tegelijkertijd was voor deelnemers niet altijd helder welke verantwoordelijkheid precies bij zorgverzekeraars ligt en welke bij zorgaanbieders, overheid of gemeenten. Juist daarom kwam de behoefte aan duidelijke routes en aanspreekbaarheid terug.

Zorgaanbieders werden vooral aangesproken op passende hulp, goede triage, samenwerking en continuïteit. Deelnemers wilden dat mensen niet telkens opnieuw hun verhaal hoeven te doen, niet tussen organisaties worden doorgestuurd en niet vastlopen doordat problemen niet binnen één zorgcategorie passen. Zorgaanbieders moeten volgens deelnemers beter samenwerken, tijdig doorverwijzen, snel kunnen opschalen wanneer klachten verergeren en zorgen voor opvolging na een eerste contact of crisis.

Ook werkgevers, scholen, maatschappelijke organisaties en lokale initiatieven kregen een rol. Deze partijen kunnen bijdragen aan preventie, vroegsignalering, bewustwording en een omgeving waarin mentale problemen eerder bespreekbaar zijn. Werkgevers en scholen werden vooral gezien als plekken waar signalen vroeg zichtbaar kunnen worden en waar ruimte moet zijn om problemen bespreekbaar te maken voordat zij verergeren.

De nameting bevestigt brede steun voor samenwerking, regie en een actieve rol van zorgverzekeraars bij tijdige toegang en kostenbeheersing. Alle deelnemers vonden dat zorgaanbieders, gemeenten en verzekeraars goed moeten samenwerken bij mentale hulp. Een grote meerderheid vond dat één partij regie moet voeren wanneer meerdere organisaties betrokken zijn, dat zorgverzekeraars moeten zorgen dat mensen op tijd passende mentale hulp krijgen en dat zij de kosten van mentale hulp beheersbaar moeten houden. De hoofdboodschap is dat mentale gezondheid gedeelde verantwoordelijkheid is, maar dat verantwoordelijkheden herkenbaar en aanspreekbaar moeten blijven.

3.6 Online enquête

De online enquête onder 537 respondenten bevestigt in grote lijnen de hoofdpatronen uit het Burgerforum. Ook online was er veel steun voor betere toegang tot mentale hulp: een grote meerderheid van de online respondenten vond de huidige wachttijden onacceptabel en steunde hulp dicht bij huis, een duidelijke route bij verslechtering en goede samenwerking tussen zorgaanbieders, gemeenten en verzekeraars. Tegelijkertijd was de steun online minder uitgesproken dan onder deelnemers na deliberatie bij stellingen over zelf bijbetalen, extra keuze, preventie als belangrijkste bestemming van extra geld en andere verdelingsvragen. De vergelijking laat daarmee zien dat de kernboodschap over toegankelijke, vindbare en samenhangende mentale hulp breed wordt herkend, terwijl complexere keuzes rond prioritering en betaling sterker afhankelijk lijken van informatie, casusbespreking en onderlinge deliberatie.

3.7 Reflectie van deelnemers

Aan het einde van het burgerforumweekend beantwoordden deelnemers open reflectievragen over hun belangrijkste inzichten en over de vraag of zij ergens anders over zijn gaan denken. Deelnemers noemden vooral dat zij meer inzicht kregen in de complexiteit van mentale hulp. Zij zagen mentale gezondheid niet alleen als zorgvraag, maar als een bredere maatschappelijke en organisatorische opgave.

"Stellingen en casussen die aan bod kwamen zijn niet zo zwart-wit. Veel dingen bevinden zich in een grijs gebied en zitten complex in elkaar."

– Henk

Een terugkerend inzicht was dat preventie, sociale steun, praktische problemen, professionele behandeling en samenwerking niet los van elkaar kunnen worden gezien. Deelnemers noemden onder meer het belang van vroegsignalering, duidelijke communicatie over waar mensen terechtkunnen, aandacht voor sociale oorzaken en betere verbinding tussen zorgaanbieders, gemeenten, verzekeraars, scholen, werkgevers en de sociale omgeving.

Deelnemers gaven niet altijd aan dat zij fundamenteel van mening waren veranderd. Wel beschreven verschillende deelnemers dat zij genuanceerder zijn gaan denken. Vooral vragen over prioritering, eigen verantwoordelijkheid, de rol van zorgverzekeraars, preventie en toegang tot hulp werden sterker afhankelijk van context, ernst van de situatie en beschikbare alternatieven.

De procesevaluatie was overwegend positief. Deelnemers beoordeelden vooral het horen van verschillende meningen en ervaringen, de ruimte om hun mening te geven en de begrijpelijkheid van de informatie positief. De casussen hielpen om concreet over mentale hulp na te denken. De laagst scorende processtelling was dat deelnemers nu beter begrijpen welke keuzes en dilemma's spelen rond mentale hulp, al was ook deze uitkomst nog positief. Dit wijst erop dat het weekend bruikbaar was om dilemma's bespreekbaar te maken, maar dat het onderwerp complex blijft. De volledige resultaten van de procesevaluatie zijn opgenomen in bijlage 2.5.

3.8 Deelconclusie

De resultaten laten zien dat deelnemers mentale gezondheid niet alleen als zorgvraagstuk benaderen, maar als iets dat nauw samenhangt met het dagelijks leven van mensen. Mentale klachten hangen volgens hen samen met dagelijks functioneren, schulden, werk, school, eenzaamheid, wonen, sociale steun en structuur. Veel winst ligt daarom niet pas in formele zorg, maar eerder in preventie, vroegsignalering, praktische ondersteuning, sociale verbinding en duidelijke informatie over waar mensen terechtkunnen.

Tegelijkertijd zijn deelnemers kritisch over de huidige organisatie van mentale hulp. Zij ervaren de weg naar hulp als onduidelijk en versnipperd: mensen moeten te vaak bij verschillende organisaties aankloppen, krijgen niet altijd samenhangende hulp en weten niet vanzelf wie verantwoordelijkheid neemt. Laagdrempelige hulp, informele steun en preventie mogen bovendien geen vervanging worden voor professionele mentale zorg wanneer klachten ernstig, complex, acuut of risicovol zijn. Deelnemers vragen

daarom om tijdige, vindbare en samenhangende hulp, met herkenbare ingangen, goede triage, samenwerking, regie en snelle opschaling wanneer de situatie verslechtert.

Bij prioritering, bijbetalen en schaarste stond voor deelnemers gelijke toegang tot noodzakelijke mentale zorg centraal. Extra keuze of beter passende hulp werd niet principieel afgewezen, maar alleen aanvaardbaar gevonden zolang dit anderen niet verdringt en noodzakelijke zorg voor iedereen toegankelijk blijft.




Kan binnen
eigen grenzen
praktische zaken
zijn makkelijker
om een grens
aan te geve
Ja, want goed te
combineren met
mijn eigen (sociale)
leven en werk
2
Nee, ik vind
ook dit te hoftig
met mijn overvolle
boker
Past binnen
capaciteite
talenten
persoonsafhankelijk
wat je aan
kan
mits ik hulp

4

Langer thuis wonen voor ouderen

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft welke overwegingen burgers belangrijk vinden bij maatschappelijke keuzes over passende zorg en ondersteuning voor ouderen die langer thuis wonen. Daarbij gaat het niet alleen om zorg aan huis, maar ook om passende woningen, praktische hulp, sociale contacten, mantelzorg, professionele ondersteuning, medische zorg, veiligheid, kwaliteit van leven, regie en samenwerking tussen verschillende partijen.

De centrale vragen in dit hoofdstuk zijn welke hulp, ondersteuning of zorg deelnemers passend vinden bij langer thuis wonen, waar volgens hen extra geld, tijd of aandacht als eerste naartoe zou moeten gaan, wanneer mantelzorg acceptabel is en wat nodig is om mantelzorg houdbaar te maken, en welke rollen zij zien voor verschillende partijen.

Dit hoofdstuk presenteert zowel de resultaten van het Burgerforum als van de online enquête. Paragrafen 4.2 tot en met 4.5 beschrijven de opbrengsten van de gesprekken tijdens het Burgerforum. Hierbij worden ook de resultaten van de nameting onder de deelnemers aan het Burgerforum besproken. De volledige resultaten van de nameting zijn te vinden in bijlage 3.5. Paragraaf 4.6 presenteert de resultaten van de online enquête. Paragraaf 4.7 beschrijft de reflectie van deelnemers en paragraaf 4.8 bevat de deelconclusie.

4.2 Welke hulp, ondersteuning of zorg is passend bij langer thuis wonen?

Deelnemers bespraken aan de hand van casussen welke hulp, ondersteuning of zorg passend is bij verschillende situaties waarin ouderen langer thuis wonen. Uit de gesprekken kwam opnieuw geen enkelvoudige oplossing naar voren. Deelnemers beschreven eerder een brede ondersteuningsketen waarin wonen, praktische hulp, sociale verbinding, professionele ondersteuning, medische zorg en regie op elkaar moeten aansluiten.

De negen categorieën in tabel 4.1 zijn geen vooraf vastgesteld inhoudelijk kader, maar een thematische ordening van de vormen van hulp, ondersteuning en zorg die deelnemers in de casusbesprekingen noemden. De categorieën zijn gebruikt om de opbrengsten uit de gesprekken samen te vatten en vergelijkbare suggesties te groeperen. De concrete suggesties van deelnemers bij deze vraag zijn opgenomen in bijlage 3.1.

Categorie	Kernboodschap
Woningaanpassing en hulpmiddelen	Deelnemers noemen praktische aanpassingen en hulpmiddelen als belangrijke voorwaarde om thuis te kunnen blijven wonen.
Andere woonvormen	Deelnemers zoeken naar woonvormen tussen volledig zelfstandig wonen en het verpleeghuis.
Onder de mensen	Sociale contacten en nabijheid van anderen worden gezien als essentieel.
Praktische hulp thuis	Deelnemers noemen veel vormen van hulp bij dagelijkse taken.
Eén aanspreekpunt	Deelnemers willen één herkenbaar aanspreekpunt dat helpt bij overzicht, aanvragen, afstemming en regie wanneer meerdere partijen betrokken zijn.
Professionele hulp en verzorging	Professionele ondersteuning blijft nodig wanneer zelfstandig wonen kwetsbaar wordt.
Professionele medische zorg	Medische zorg moet beschikbaar en bereikbaar blijven voor ouderen thuis.
Preventie	Deelnemers vinden dat problemen eerder moeten worden gesignaleerd en voorkomen.
Creatieve ideeën	Deelnemers noemden bredere of minder standaardoplossingen, zoals studenten of jongeren koppelen aan ouderen, inwonende studenten, buddy's of maatjes, een platform voor vraag en aanbod van hulp, activiteiten in wooncomplexen, sociale dienstplicht en nieuwe vormen van samenleven.

Tabel 4.1 Overzicht van vormen van hulp, ondersteuning en zorg bij langer thuis wonen

De tabel laat zien dat deelnemers langer thuis wonen niet alleen als zorgvraagstuk zien. Het gaat volgens hen om een geheel van passende woningen, hulpmiddelen, sociale contacten, praktische ondersteuning, professionele hulp, medische zorg en duidelijke begeleiding bij het regelen daarvan.

Een eerste duidelijke lijn is dat de woning en woonomgeving moeten passen bij toenemende kwetsbaarheid. Woningaanpassingen, hulpmiddelen, alarmering en technologie kunnen helpen om veilig thuis te blijven wonen, maar zijn volgens deelnemers niet voldoende. Ook de bredere woonvorm, sociale omgeving en dagelijkse ondersteuning moeten kloppen.

Een tweede lijn is de behoefte aan woonvormen tussen volledig zelfstandig wonen en het verpleeghuis. Deelnemers noemden onder meer zorgwoningen, hofjes, woongroepen, aanleunwoningen en andere tussenvormen waarbij zelfstandigheid, ontmoeting, toezicht en zorg dichterbij zijn. Langer thuis wonen werd daarmee niet opgevat als zo lang mogelijk alleen in de huidige woning blijven, maar als zoeken naar een passende en veilige woonsituatie.

"Andere woonvormen kunnen een groot verschil maken in de zorgvraag en de wachtlijsten."

– Marlon

Een derde lijn is dat langer thuis wonen ook vraagt om sociaal contact en praktische hulp. Hulp bij huishouden, boodschappen, maaltijden, administratie, vervoer, kleine klussen en dagstructuur is volgens deelnemers vaak nodig om het dagelijks leven thuis vol te houden. Ook sociale contacten, activiteiten buitenshuis, maatjes, vrijwilligers, buurtcentra en burenhulp werden gezien als belangrijke voorwaarden om eenzaamheid en sociaal isolement te voorkomen.

Over de categorieën heen kwam de behoefte aan toegang, overzicht en regie sterk terug. Ouderen en naasten moeten niet zelf hoeven verdwalen tussen instanties. Deelnemers noemden onder meer één duidelijk aanspreekpunt, een vaste contactpersoon, casemanager, ouderenadviseur, wijkteam, sociaal werker, Wmo-loket, huisarts of wijkverpleegkundige. De kern was niet dat één specifieke partij altijd deze rol moet vervullen, maar dat iemand helpt om passende hulp te vinden, aan te vragen, af te stemmen en overzicht te houden wanneer meerdere partijen betrokken zijn.

De nameting ondersteunt deze brede benadering. Alle deelnemers vonden dat bij problemen rond langer thuis wonen niet alleen gekeken moet worden naar zorg, maar ook naar wonen, dagelijks leven, veiligheid en sociaal contact. Ook was er bijna volledige steun voor de stelling dat langer thuis wonen alleen wenselijk is wanneer de oudere zich thuis veilig en ondersteund voelt, en voor de stelling dat ouderen eerder moeten kunnen verhuizen naar een passende woonvorm voordat de situatie thuis vastloopt. Een grote meerderheid steunde bovendien één plek voor een eerste gesprek over hulp, ondersteuning of zorg thuis.

4.3 Waar moet extra geld, tijd of aandacht als eerste naartoe?

Na de bespreking van passende hulp, ondersteuning en zorg verdeelden deelnemers ieder tien stickers over de categorieën die uit de eerdere opdracht waren ontstaan. In totaal werden 240 stickers verdeeld. De stickeropdracht laat zien waar deelnemers extra geld, tijd of aandacht als eerste op zouden inzetten.

Rangorde	Categorie	Aantal stickers	Aandeel van totaal
1	**Andere woonvormen**	56	23,3%
2	**Praktische hulp thuis**	42	17,5%
3	**Onder de mensen**	34	14,2%
4	**Woningaanpassing en hulpmiddelen**	26	10,8%
5	**Creatieve ideeën**	24	10,0%
6	**Preventie**	16	6,7%
7	**Professionele medische zorg**	15	6,3%
8	**Eén aanspreekpunt**	14	5,8%
9	**Professionele hulp en ondersteuning**	13	5,4%
	Totaal	**240**	**100%**

Tabel 4.2 Prioritering van extra geld, tijd of aandacht bij langer thuis wonen

De meeste stickers gingen naar andere woonvormen. Daarna volgden praktische hulp thuis, onder de mensen, woningaanpassing en hulpmiddelen, en creatieve ideeën. Preventie, professionele medische zorg, één aanspreekpunt en professionele hulp en ondersteuning kregen minder stickers.

Deze prioritering laat zien dat deelnemers langer thuis wonen vooral benaderen als een woon-, leef- en ondersteuningsvraagstuk, en niet alleen als een medisch zorgvraagstuk. De hoogste prioriteiten liggen bij andere woonvormen, praktische hulp, sociaal contact en woningaanpassing.

Daarmee geven deelnemers aan dat langer thuis wonen alleen verantwoord is wanneer de dagelijkse leefomgeving, sociale inbedding en praktische ondersteuning goed geregeld zijn.

De hoge prioriteit voor andere woonvormen is inhoudelijk belangrijk. Deelnemers zoeken naar alternatieven tussen alleen thuis wonen en het verpleeghuis. Zij zien behoefte aan woonvormen waarin ouderen zelfstandigheid behouden, maar minder geïsoleerd zijn en sneller ondersteuning kunnen krijgen. Dit sluit aan bij de casusbesprekingen, waarin passende woonvormen vaak werden genoemd als manier om vastlopen thuis te voorkomen.

De prioriteit voor praktische hulp thuis en "onder de mensen" laat zien dat deelnemers vooral ondersteuning belangrijk vinden die het gewone dagelijks leven mogelijk maakt. Het gaat om hulp bij huishouden, boodschappen, maaltijden, vervoer, administratie, sociale contacten en activiteiten. Deelnemers zagen dit niet als luxe of extra voorziening, maar als ondersteuning die kan bepalen of iemand thuis op een goede manier kan blijven functioneren.

De lagere prioritering van professionele hulp, medische zorg, preventie en één aanspreekpunt betekent niet dat deelnemers deze onderdelen onbelangrijk vonden. Deze kwamen in de gesprekken juist terug als noodzakelijke basisvoorwaarden. De stickeropdracht laat vooral zien dat deelnemers extra geld, tijd of aandacht als eerste wilden inzetten op wonen, praktische ondersteuning en sociale verbinding, omdat juist daar volgens hen veel winst te behalen is om langer thuis wonen haalbaar en menswaardig te houden.

4.4 Wanneer is mantelzorg acceptabel en wat is nodig om mantelzorg houdbaar te maken?

Deelnemers bespraken mantelzorg vanuit drie samenhangende vragen. Eerst bespraken zij aan de hand van de vier situaties uit de eerste hoofdvraag wanneer mantelzorg acceptabel is. Daarbij kregen zij steeds de volgende vraag voorgelegd: stel dat jij de enige mantelzorger van deze persoon bent en alle hulp, steun en zorg op je neemt die nodig is, vind je dat acceptabel? Waarom wel of niet? Daarna bespraken deelnemers wat van naasten, gemeenschap en wijk mag worden verwacht, en wat nodig is om mantelzorg mogelijk en houdbaar te maken. De uitgebreide uitkomsten van deze opdrachten zijn opgenomen in bijlage 3.2.

De resultaten laten zien dat deelnemers mantelzorg zien als een belangrijk onderdeel van zorgen voor elkaar, vooral wanneer het gaat om lichte, praktische of sociale hulp. Tegelijkertijd lag in de gesprekken de nadruk vooral op de voorwaarden waaronder mantelzorg acceptabel en houdbaar blijft. Mantelzorg werd niet gezien als vanzelfsprekende of onbeperkte hulpbron, maar als iets dat steeds afhankelijk is van de situatie van de oudere, de aard van de taak, de relatie tot de oudere, de belastbaarheid van de mantelzorger, beschikbare alternatieven en vrijwilligheid.

De zes overwegingen in tabel 4.3 zijn geen vooraf vastgesteld afwegingskader, maar een thematische ordening van de argumenten die deelnemers in de casusbesprekingen noemden. De categorieën zijn gebruikt om de opbrengsten uit de gesprekken samen te vatten en vergelijkbare overwegingen te groeperen.

Een belangrijk aandachtspunt is dat de lijst van overwegingen niet als verplichting moet worden gebruikt. Deelnemers benadrukten dat de lijst moet helpen om mantelzorg te bespreken, niet om mantelzorg af te dwingen. De lijst moet verduidelijken wat mantelzorg kan doen en waar grenzen liggen, maar mag niet leiden tot extra druk op mantelzorgers.

Categorie	Korte richtvraag	Kernboodschap
Situatie oudere	Is het nodig?	Deelnemers kijken eerst naar de situatie van de oudere zelf.
Aard van de taak	Wat is nodig?	De aard van de taken bepaalt sterk of mantelzorg acceptabel wordt gevonden.
Band met oudere	Wil ik het?	De relatie tot de oudere beïnvloedt de bereidheid om mantelzorg te geven.
Belastbaarheid mantelzorger	Kan ik het?	De draagkracht van de mantelzorger is een centrale grens.
Kan het ook op een andere manier opgevangen worden?	Kan het anders?	Deelnemers keken of hulp ook kan worden aangevuld of overgenomen door professionele hulp, andere naasten, buren, vrijwilligers, technologie of een andere woonvorm.
Vrijwilligheid	Móet ik het?	Vrijwilligheid is een belangrijke voorwaarde.

Tabel 4.3 Overwegingen die deelnemers noemden bij de aanvaardbaarheid van mantelzorg

De overwegingen in tabel 4.3 laten zien dat deelnemers mantelzorg niet op één algemene manier beoordelen. Zij maken steeds een afweging tussen wat nodig is voor de oudere, wat redelijk is om van een naaste te vragen en wat haalbaar blijft voor de mantelzorger.

Een eerste lijn is dat mantelzorg vooral acceptabel wordt gevonden bij afgebakende praktische of sociale hulp. Denk aan gezelschap, boodschappen, administratie, vervoer, contact houden of helpen met dingen regelen. Zodra de hulp persoonlijker, medischer, intensiever of langduriger wordt, trekken deelnemers duidelijker grenzen. Persoonlijke verzorging, medische handelingen, structurele dagelijkse zorg of zware mentale ondersteuning werden sneller gezien als te belastend of als iets waarvoor professionele ondersteuning nodig is. De nameting bevestigt deze grenzen aan mantelzorg.

Een tweede lijn is dat de belastbaarheid van de mantelzorger zwaar weegt. De vraag is niet alleen of de oudere hulp nodig heeft, maar ook of de mantelzorger dit fysiek, psychisch, praktisch en financieel kan dragen. Deelnemers noemden onder meer tijd, energie, reisafstand, werk, gezin, eigen gezondheid, duur en intensiteit van de zorg en impact op het eigen leven. Mantelzorg wordt minder acceptabel wanneer één persoon langdurig veel verantwoordelijkheid draagt zonder voldoende steun of ruimte om grenzen aan te geven.

Een derde lijn is dat mantelzorg niet los wordt gezien van alternatieven. Deelnemers keken steeds of hulp kan worden verdeeld of anders kan worden georganiseerd, bijvoorbeeld door professionele ondersteuning, andere naasten, buren, vrijwilligers, technologie, respijtzorg of een andere woonvorm. Mantelzorg wordt minder acceptabel wanneer zij feitelijk professionele zorg vervangt of wanneer één mantelzorger alle hulp, steun en zorg alleen moet dragen.

Naast de vraag wanneer mantelzorg voor één mantelzorger acceptabel is, bespraken deelnemers ook wat in bredere zin van naasten, gemeenschap en wijk mag worden verwacht. Daarbij maakten zij onderscheid tussen mantelzorg eisen, mantelzorg verwachten en vrijwillige onderlinge hulp stimuleren. Mantelzorg eisen werd grotendeels sterk afgewezen. Een verwachting dat naasten mantelzorg geven werd minder scherp afgewezen, maar bleef ambivalent. Deelnemers zagen ruimte om onderlinge hulp te stimuleren en te normaliseren, maar waarschuwden dat een verwachting snel kan voelen als druk, zeker wanneer professionele hulp tekortschiet of wanneer mantelzorgers onvoldoende worden ondersteund.

"Ik ben tegen elke vorm van dwang voor het verlenen van mantelzorg."

– Alexander

Over hulp vanuit wijk of gemeenschap waren deelnemers positiever, vooral wanneer het gaat om laagdrempelige, vrijwillige en praktische steun. Voorbeelden zijn boodschappen meenemen, contact houden, signaleren dat iemand kwetsbaarder wordt of kleine hulp bieden. Tegelijkertijd zagen deelnemers ook hier grenzen. Niet elke wijk of gemeenschap heeft dezelfde draagkracht, sociale samenhang of bereidheid om elkaar te helpen.

Tot slot bespraken deelnemers wat nodig is om mantelzorg mogelijk en houdbaar te maken. Daarbij verschoof de aandacht van de vraag wat van mantelzorgers gevraagd kan worden naar de vraag welke ondersteuning mantelzorgers nodig hebben om niet overbelast te raken. Deelnemers noemden onder meer tijd en respijt, vervangende mantelzorg, mantelzorgverlof, verdeling van zorgtaken, een aanspreekpunt, begeleiding, duidelijke informatie, minder bureaucratie, financiële waardering of compensatie, technologische ondersteuning en meer begrip en flexibiliteit vanuit werkgevers. Mantelzorg moet niet pas worden besproken wanneer iemand al overbelast is; draagkracht en grenzen moeten tijdig en periodiek worden besproken.

"Met name ondersteuning van de mantelzorger zelf is van cruciaal belang."

– Marlon

De nameting bevestigt de brede steun voor mantelzorgondersteuning. Alle deelnemers vonden dat mantelzorgers makkelijker hulp moeten kunnen krijgen als het tijdelijk te zwaar wordt. Bijna volledige steun was er voor de stelling dat mantelzorg vooral acceptabel is bij lichte hulp, zoals gezelschap, boodschappen, administratie of dingen regelen, en voor de stelling dat de overheid meer moet regelen voor ondersteuning van mantelzorgers als zij meer inzet op langer thuis wonen. Tegelijkertijd laat de nameting duidelijke grenzen zien: slechts een kleine minderheid vond mantelzorg acceptabel bij persoonlijke verzorging zoals wassen.

4.5 Rollen en verantwoordelijkheden van verschillende partijen

In de laatste hoofdvraag bespraken deelnemers welke verantwoordelijkheden zij zien voor verschillende partijen bij langer thuis wonen. De concrete suggesties van deelnemers zijn opgenomen in bijlage 3.3.

Deelnemers zagen langer thuis wonen als een gedeelde verantwoordelijkheid. Zij legden de verantwoordelijkheid niet bij één partij, maar verdeelden deze over ouderen zelf, naasten, professionals, gemeenten, overheid, woningpartijen, zorgverzekeraars, zorgkantoren, werkgevers en de bredere samenleving. Tegelijkertijd mag gedeelde verantwoordelijkheid volgens deelnemers niet betekenen dat verantwoordelijkheden onduidelijk worden of dat ouderen en naasten alsnog zelf moeten uitzoeken wie waarvoor verantwoordelijk is.

Bij ouderen zelf zagen deelnemers vooral een rol in vooruitdenken, eigen regie nemen, wensen bespreken, op tijd hulp vragen en aangeven wie kan helpen. Het gaat bijvoorbeeld om tijdig nadenken over wonen, zorg, ondersteuning en het eigen netwerk. Tegelijkertijd mag eigen regie niet betekenen dat ouderen en naasten alles zelf moeten regelen. Deelnemers benadrukten juist dat ondersteuning nodig blijft om keuzes te maken, hulp aan te vragen en overzicht te houden.

Bij naasten en mantelzorgers noemden deelnemers vooral het bespreekbaar maken van hulpvragen, meedenken, praktische of sociale steun bieden en grenzen aangeven. Familie, buren, vrienden en de bredere gemeenschap kunnen signaleren, contact houden, laagdrempelige hulp bieden en helpen voorkomen dat ouderen geïsoleerd raken. Deze rol werd belangrijk gevonden, maar niet onbeperkt. Naasten, buren en vrijwilligers vervangen geen professionele zorg of ondersteuning, zeker niet wanneer de hulp intensief, medisch, langdurig of te belastend wordt.

Professionals, zorgaanbieders, wijkteams en huisartsen werden gezien als belangrijke partijen voor signalering, informatie, doorverwijzing, passende ondersteuning en periodieke beoordeling. De huisarts werd vaak genoemd als herkenbaar aanspreekpunt, maar deelnemers leken ook te erkennen dat deze rol niet volledig bij de huisarts kan liggen. Ook wijkteams, sociaal werkers, wijkverpleegkundigen, casemanagers of ouderenadviseurs kunnen volgens deelnemers een rol spelen bij het vroeg signaleren van problemen, het bespreken van mantelzorgbelasting en het verbinden van ouderen en naasten met passende ondersteuning.

Gemeenten en landelijke overheid werden door deelnemers soms door elkaar gebruikt. Voor de interpretatie is daarom voorzichtig onderscheid gemaakt tussen lokale en landelijke randvoorwaarden. Gemeenten werden vooral verbonden met lokale toegang en ondersteuning: één breed aanspreekpunt, Wmo-ondersteuning, mantelzorgondersteuning, informatie over regelingen, ondersteuning van buurtinitiatieven, lokale voorzieningen en hulp bij het vinden en aanvragen van passende ondersteuning. De

landelijke overheid werd vooral verbonden met duidelijke regels, landelijke financiering, minder bureaucratie, minder verschillen tussen gemeenten, betere regelingen rond wonen en mantelzorg, preventief beleid en duidelijkheid over wat ouderen en naasten wel en niet mogen verwachten.

Woningcorporaties en andere woonpartijen kregen een duidelijke rol omdat deelnemers langer thuis wonen sterk verbonden met passende woonruimte. Zij verwachtten dat woningpartijen bijdragen aan voldoende geschikte woningen, woningaanpassingen, doorstroming, levensloopbestendige woningen en woonvormen tussen zelfstandig thuis wonen en het verpleeghuis. Langer thuis wonen werd daarmee niet alleen gezien als verantwoordelijkheid van zorgpartijen, maar ook als woon- en leefvraagstuk.

Zorgverzekeraars en zorgkantoren werden vooral verbonden met tijdige toegang, vergoeding, informatie en het helpen organiseren van passend aanbod. Deelnemers maakten niet altijd scherp onderscheid tussen zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten en zorgaanbieders, maar zij verwachtten wel dat financiers en organiserende partijen bijdragen aan beschikbaarheid, betaalbaarheid, preventie, informatievoorziening en passende hulp of zorg op tijd. De nameting sluit hierbij aan: een grote meerderheid vond dat zorgverzekeraars en zorgkantoren moeten zorgen dat ouderen op tijd passende hulp of zorg krijgen.

Ook werkgevers, vrijwilligersorganisaties, maatschappelijke organisaties en private partijen kregen een rol. Werkgevers kunnen mantelzorg beter combineerbaar maken met werk, bijvoorbeeld via mantelzorgverlof, flexibiliteit in werktijden, begrip van leidinggevenden, coaching en ondersteuning op de werkvloer. Vrijwilligersorganisaties en maatschappelijke organisaties kunnen bijdragen aan gezelschap, respijtzorg, praktische ondersteuning, signalering en verbinding met de buurt. Technologie en private partijen kunnen ondersteunen met hulpmiddelen, alarmering, monitoring of contactmogelijkheden, maar werden niet gezien als vervanging van menselijke aandacht of professionele zorg.

De nameting bevestigt de behoefte aan samenwerking, regie en duidelijkheid: een grote meerderheid vond dat betrokken partijen beter moeten samenwerken, dat één partij regie moet voeren en dat de overheid duidelijker moet aangeven wat ouderen en naasten mogen verwachten. Gedeelde verantwoordelijkheid is dus alleen houdbaar wanneer aanspreekbaarheid duidelijk blijft.

4.6 Online enquête

De online enquête onder 517 respondenten bevestigt op hoofdlijnen de patronen uit het Burgerforum. Ook online was er brede steun voor een brede benadering van langer thuis wonen, waarin naast zorg ook wonen, dagelijks leven, veiligheid en sociaal contact meetellen. Respondenten steunden sterk dat langer thuis wonen alleen wenselijk is wanneer de oudere zich veilig en ondersteund voelt, dat thuis blijven wonen geen doel op zichzelf mag worden en dat ouderen eerder moeten kunnen verhuizen naar een passende woonvorm. Ook rond mantelzorg is het algemene patroon vergelijkbaar: mantelzorg wordt vooral aanvaardbaar gevonden bij lichte praktische of sociale hulp en hangt af van taakzwaarte, belasting, intensiteit, impact op het dagelijks leven en vrijwilligheid. Online respondenten waren positiever over persoonlijke verzorging dan deelnemers aan het Burgerforum. Omdat deelnemers hierover ook in de voormeting al kritisch waren, laat dit vooral zien dat persoonlijke verzorging als mantelzorgtaak duidelijk omstreden is. Bij bijbetaling waren online respondenten terughoudender dan deelnemers, vooral over meer mogelijkheden voor ouderen met meer geld en over zelf bijbetalen voor beter passende hulp. Tegelijkertijd bleef er brede steun voor extra keuze of comfort zolang iedereen toegang houdt tot noodzakelijke hulp en zorg. Daarmee bevestigt de online enquête het bredere patroon dat extra keuze aanvaardbaarder wordt gevonden dan ongelijke toegang tot noodzakelijke ondersteuning.

4.7 Reflectie van deelnemers

Aan het einde van het burgerforumweekend beantwoordden deelnemers open reflectievragen over hun belangrijkste inzichten en over de vraag of zij ergens anders over zijn gaan denken. Deelnemers gaven vooral aan dat zij meer inzicht kregen in de complexiteit van langer thuis wonen. Zij zagen langer thuis wonen niet alleen als een zorgvraag, maar als een bredere opgave waarin wonen, veiligheid, mantelzorg, professionele ondersteuning, sociale contacten, eigen regie en betaalbaarheid met elkaar samenhangen.

Een terugkerend inzicht was dat mantelzorg belangrijk kan zijn, maar duidelijke grenzen kent. Deelnemers noemden de belasting van mantelzorgers, het belang van vrijwilligheid, de persoonlijke band met de oudere en de vraag welke taken redelijkerwijs door naasten kunnen worden overgenomen. Mantelzorg werd daarmee niet gezien als vanzelfsprekende vervanging van professionele zorg, maar als onderdeel van een breder geheel van ondersteuning.

"Ik ben mantelzorger. Ik weet nu hoe lastig het is om te achterhalen wat je rechten zijn, en dat ik niet alleen ben."

– Nickey

Deelnemers gaven niet altijd aan dat zij fundamenteel anders waren gaan denken. Wel beschreven verschillende deelnemers dat zij genuanceerder zijn gaan kijken naar langer thuis wonen en mantelzorg. Vooral de positie van mantelzorgers, de grenzen aan verwachtingen richting naasten, passende woonvormen, sociale steun en samenwerking tussen partijen kwamen daarbij terug.

De procesevaluatie was overwegend positief. Deelnemers beoordeelden vooral de ruimte om hun mening te geven, het horen van verschillende perspectieven, de begrijpelijkheid van de informatie en de respectvolle aard van de gesprekken positief. De casussen hielpen om concreet over langer thuis wonen na te denken. De laagst scorende processtelling was dat deelnemers nu beter begrijpen welke keuzes en dilemma's spelen rond langer thuis wonen, al was ook deze score nog positief. Dit wijst erop dat het weekend bruikbaar was om dilemma's bespreekbaar te maken, maar dat het onderwerp complex blijft. De volledige resultaten van de procesevaluatie zijn opgenomen in bijlage 3.5.

4.8 Deelconclusie

De resultaten laten zien dat deelnemers langer thuis wonen niet als doel op zichzelf zien, maar als vraagstuk over goed, veilig en verbonden kunnen leven. Langer thuis wonen gaat volgens hen niet alleen over zorg aan huis, maar ook over passende woningen, praktische hulp, sociale contacten, veiligheid, kwaliteit van leven, duidelijke informatie en regie. Veel winst ligt daarom in sociale en praktische randvoorwaarden: passende woonvormen, ondersteuning in het dagelijks leven, ontmoeting, preventie, vroegsignalering en hulp bij het vinden en organiseren van ondersteuning.

Mantelzorg en informele hulp worden door deelnemers als waardevol gezien, maar niet als vanzelfsprekend of onbeperkt vangnet. Mantelzorg is vooral passend bij lichte, praktische of sociale hulp, en wordt problematisch wanneer zij te intensief, langdurig, medisch, emotioneel zwaar of verplichtend wordt. De draagkracht van mantelzorgers, vrijwilligheid, taakzwaarte, beschikbare alternatieven en ondersteuning bepalen of mantelzorg houdbaar is.

Deelnemers zijn kritisch over de versnippering rond langer thuis wonen. Ouderen en naasten moeten niet zelf hoeven uitzoeken welke hulp beschikbaar is, wie waarvoor verantwoordelijk is en hoe verschillende vormen van ondersteuning op elkaar aansluiten. Zij vragen daarom om duidelijke ingangen, overzicht en regie, juist wanneer wonen, zorg, ondersteuning, mantelzorg en sociaal domein samenkomen. Als beleid inzet op langer thuis wonen, moet tegelijk worden geregeld dat mantelzorgers en naasten dit vrijwillig, haalbaar en gezond kunnen blijven doen, met tijdige informatie, begeleiding, respijt, flexibiliteit vanuit werkgevers en waar nodig financiële waardering of compensatie.



5

Overkoepelende conclusies en beleidsimplicaties

5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk brengt de bevindingen over mentale gezondheid en langer thuis wonen samen. De overkoepelende lijn is dat burgers in de huidige inrichting van zorg en ondersteuning op twee manieren kunnen vastlopen. Ten eerste sluit het stelsel volgens deelnemers onvoldoende aan bij wat mensen nodig hebben om goed, veilig en verbonden te leven. Hun behoeften reiken vaak verder dan formele zorg alleen en omvatten ook wonen, sociale verbinding, bestaanszekerheid, praktische hulp, preventie en ondersteuning van naasten. Ten tweede is zorg en ondersteuning zo versnipperd georganiseerd dat de gevolgen daarvan bij burgers terechtkomen. Mensen moeten zelf hun weg vinden tussen domeinen, loketten, regelingen en organisaties, terwijl routes en verantwoordelijkheden niet altijd duidelijk zijn en niemand vanzelfsprekend het overzicht bewaakt.

De volgende paragraaf werkt deze overkoepelende lijn uit in zes conclusies en verbindt deze aan beleidsimplicaties. Daarna wordt ingegaan op de betekenis van de uitkomsten voor de NZa.

5.2 Overkoepelende conclusies en beleidsimplicaties

1. Wat mensen belangrijk vinden als vertrekpunt
Deelnemers benaderen passende zorg en ondersteuning breder dan formele zorg alleen. Bij mentale gezondheid kijken zij ook naar dagelijks functioneren, schulden, werk, school, eenzaamheid, sociale steun en structuur. Bij langer thuis wonen kijken zij ook naar passende woningen, praktische hulp, sociale contacten, veiligheid, kwaliteit van leven en ondersteuning van naasten. De kern is niet dat professionele zorg minder belangrijk wordt, maar dat zorg en ondersteuning moeten aansluiten bij wat mensen in concrete situaties nodig hebben om verder te kunnen.

Beleidsimplicatie. Richt beleid en uitvoering niet alleen in vanuit domeinen, regelingen of financieringsstromen, maar vanuit de vraag wat mensen nodig hebben om goed, veilig en verbonden te leven. Dat vraagt aandacht voor formele zorg én voor sociale en praktische randvoorwaarden, zoals preventie, duidelijke informatie, passende woonvormen, lokale initiatieven, bestaanszekerheid en ondersteuning van naasten.

2. Toegang vraagt herkenbare ingangen en duidelijke regie
Deelnemers zijn kritisch over de huidige versnippering van zorg en ondersteuning. Zij ervaren dat mensen te vaak zelf moeten uitzoeken waar zij terechtkunnen, welke organisatie verantwoordelijk is en hoe verschillende vormen van hulp op elkaar aansluiten. Mensen moeten ergens kunnen beginnen zonder zelf te hoeven weten bij welk domein, loket of welke financieringsstroom hun vraag hoort. Wanneer meerdere organisaties betrokken zijn, moet duidelijk zijn wie aanspreekbaar is en wie bewaakt dat iemand niet tussen wal en schip valt.

Beleidsimplicatie. Organiseer toegang zo dat mensen ergens kunnen beginnen zonder zelf te hoeven weten bij welk domein, loket of welke financieringsstroom hun vraag hoort. Dat vraagt herkenbare ingangen, begrijpelijke informatie, warme overdracht, duidelijke afspraken over regie en opvolging, en extra aandacht voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.

3. Mentale gezondheid vraagt om preventie, laagdrempelige steun én tijdige zorg
Deelnemers vinden preventie, sociale steun, praktische hulp en laagdrempelige ondersteuning belangrijk om mentale problemen eerder op te vangen. Tegelijkertijd trekken zij een duidelijke grens: wanneer mentale zorg nodig is, moet die tijdig beschikbaar zijn. Lange wachttijden in de ggz worden als onacceptabel gezien. Tijdige toegang vraagt daarom niet alleen om capaciteit, maar ook om duidelijke routes, goede triage, overbruggingshulp en snelle opschaling wanneer klachten verergeren.

Beleidsimplicatie. Versterk de route naar passende mentale zorg. Dat betekent investeren in preventie en laagdrempelige steun, maar ook zorgen dat professionele zorg tijdig beschikbaar blijft wanneer die nodig is. Stuur niet alleen op wachttijden en capaciteit, maar ook op triage, overbruggingshulp, samenwerking, duidelijke doorverwijzing en tijdige opschaling.

4. Langer thuis wonen vraagt om passende woningen, ondersteuning en begrensde mantelzorg
Deelnemers zien langer thuis wonen niet als doel op zichzelf. Thuis wonen is volgens hen alleen wenselijk wanneer ouderen zich veilig, ondersteund en sociaal verbonden voelen. Daarom leggen zij veel nadruk op passende woonvormen, praktische hulp thuis, sociale contacten, woningaanpassingen, hulpmiddelen, preventie en duidelijke begeleiding bij het regelen van ondersteuning.

Mantelzorg wordt als waardevol gezien, maar vooral passend bij lichte, praktische of sociale hulp; grenzen worden scherper wanneer hulp intensief, langdurig, medisch, persoonlijk of emotioneel zwaar wordt.

Beleidsimplicatie. Maak langer thuis wonen alleen leidend wanneer de voorwaarden daarvoor aanwezig zijn. Dat vraagt passende woonvormen, praktische hulp, sociale verbinding, professionele ondersteuning waar nodig en tijdige ondersteuning van mantelzorgers. Voorkom dat mantelzorg een stille oplossing wordt voor tekorten of versnippering in formele zorg en ondersteuning.

5. Informele hulp vraagt om een sterke sociale basis
Deelnemers zien buren, vrijwilligers, lotgenoten, lokale initiatieven en gemeenschappen als waardevolle bronnen van steun. Informele hulp kan bijdragen aan sociale verbinding, praktische hulp, vroegsignalering en het voorkomen dat problemen verergeren. Tegelijkertijd ontstaat zulke hulp niet vanzelf en kan niet iedereen er in gelijke mate op terugvallen. Informele hulp moet daarom vrijwillig, haalbaar, veilig en ondersteund zijn, en mag noodzakelijke professionele zorg of ondersteuning niet vervangen.

Beleidsimplicatie. Investeer in sociale infrastructuur die informele hulp mogelijk maakt, zoals ontmoetingsplekken, buurtinitiatieven, maatjesprojecten, lotgenotencontact, vrijwilligersorganisaties en laagdrempelige praktische steun. Zorg dat deze initiatieven vindbaar, betrouwbaar en toegankelijk zijn, en verbind ze waar nodig met formele zorg en ondersteuning. Bewaak tegelijk dat mensen zonder netwerk niet vastlopen wanneer informele hulp ontbreekt of tekortschiet.

6. Keuzevrijheid vraagt bescherming van gelijke toegang
Deelnemers wijzen extra keuze, comfort of hulp die beter aansluit bij persoonlijke voorkeuren niet principieel af. Zij zien ruimte voor eigen betaling of aanvullend aanbod wanneer dit gaat om extra keuze of comfort bovenop noodzakelijke hulp en zorg. Tegelijkertijd trekken zij een duidelijke grens bij ongelijke toegang. Eigen betaling of aanvullend aanbod wordt problematisch wanneer mensen met meer geld sneller of beter toegang krijgen tot noodzakelijke hulp, wanneer professionals verschuiven naar aanbod voor mensen die kunnen bijbetalen, of wanneer wachttijden voor anderen langer worden.

Beleidsimplicatie. Bescherm gelijke toegang tot noodzakelijke hulp en zorg. Sta extra keuze, comfort of eigen betaling alleen toe binnen duidelijke randvoorwaarden die collectieve toegankelijkheid, wachttijden en beschikbaarheid van professionals bewaken. Monitor of aanvullend aanbod leidt tot verdringing of ongelijke toegang, en grijp in wanneer keuzevrijheid voor de één ten koste gaat van noodzakelijke hulp voor de ander.

5.3 Betekenis voor de NZa

Voor de NZa betekent deze burgerraadpleging dat zichtbaar wordt waar burgers kunnen vastlopen in de toegang tot passende zorg en ondersteuning. Dat gebeurt wanneer toegankelijkheid te smal wordt benaderd, duidelijke ingangen ontbreken en burgers zelf de gevolgen van versnippering tussen organisaties, domeinen en regelingen moeten opvangen.

Dit geldt in het bijzonder voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Voor hen is toegankelijkheid niet alleen afhankelijk van beschikbaar zorgaanbod, maar ook van begrijpelijke informatie, eenvoudige routes, passende communicatie en ondersteuning bij het zetten van vervolgstappen. Wanneer informatie, formulieren, digitale routes of verantwoordelijkheidsverdelingen te ingewikkeld zijn, kan toegang in de praktijk ongelijk worden, ook als zorg formeel beschikbaar is.

De uitkomsten maken zichtbaar dat veel vragen van burgers zich bevinden op de grens tussen zorg, ondersteuning, wonen, werk, sociaal domein en informele hulp, en dat juist daar versnippering, onduidelijke routes en onduidelijke aanspreekbaarheid ontstaan. De NZa kan deze domeinoverstijgende samenhang niet zelf organiseren, maar kan wel zichtbaar maken waar het huidige systeem mensen onvoldoende helpt om daadwerkelijk verder te komen. Juist daar ligt een belangrijke rol: signaleren waar bekostiging, contractering, zorgplicht, informatievoorziening of verantwoordelijkheidsverdeling onvoldoende rekening houdt met verschillen in gezondheidsvaardigheden en daardoor passende zorg en ondersteuning belemmert.

Dit raakt aan drie kerntaken van de NZa. Ten eerste vraagt toezicht op toegankelijkheid niet alleen aandacht voor wachttijden en capaciteit, maar ook voor triage, duidelijke routes, overbruggingshulp, tijdige opschaling en opvolging wanneer mensen vastlopen. Ten tweede vraagt de zorgplicht van zorgverzekeraars en zorgkantoren om meer dan het

inkopen van aanbod: burgers verwachten dat passende zorg ook vindbaar, bereikbaar en organiseerbaar is. Ten derde vragen bekostiging en regulering aandacht voor functies die burgers belangrijk vinden, maar die niet altijd vanzelf in bestaande structuren passen, zoals samenwerking, preventie, coördinatie, lokale initiatieven en ondersteuning van mantelzorgers.

Daarnaast onderstrepen de uitkomsten het belang van gelijke toegang. Extra keuze, comfort of eigen betaling wordt door deelnemers niet principieel afgewezen, maar mag niet ten koste gaan van noodzakelijke hulp en zorg voor anderen. Voor de NZa betekent dit dat toegankelijkheid, betaalbaarheid en marktordening steeds moeten worden bezien vanuit de vraag of noodzakelijke zorg voor iedereen bereikbaar blijft.

De betekenis van deze burgerraadpleging ligt daarmee niet in één afzonderlijke aanbeveling, maar in een bredere toetssteen voor beleid, toezicht en regulering: helpt het systeem mensen daadwerkelijk verder, of houdt het vooral bestaande domeinen, loketten en financieringsstromen in stand? Juist omdat dit soort keuzes steeds opnieuw terugkomt, blijft burgerraadpleging ook in de toekomst belangrijk. Burgers zijn niet alleen patiënt, verzekerde of premiebetaler, maar ook mensen die kunnen meedenken over waarden, grenzen en voorwaarden van passende zorg.

"Betrek de burger. Praat niet over de burger, maar met de burger. Ik ben niet alleen zorgvrager; ik heb ook een mening over wat beter of anders kan."

— Ellen

5.4 Vergelijking met literatuur en eerdere rapporten

De overkoepelende conclusies uit de burgerraadpleging sluiten aan bij recente beleidsrapporten, adviesrapporten en praktijkgerichte publicaties. Dat geldt vooral voor de brede benadering van mentale gezondheid en langer thuis wonen, de behoefte aan tijdige toegang, overzicht en regie, de ondersteuning van mantelzorgers, de grenzen aan informele hulp en het beschermen van gelijke toegang. De meerwaarde van de burgerraadpleging is dat zij laat zien hoe burgers deze thema's wegen en onder welke voorwaarden zij bepaalde keuzes aanvaardbaar vinden.

Bij mentale gezondheid zagen deelnemers klachten niet alleen als een vraagstuk van geestelijke gezondheidszorg, maar ook in samenhang met schulden, werk, school, eenzaamheid, wonen, sociale steun en dagelijks functioneren. Dit sluit aan bij het Zorginstituut-signalement *Passende zorg voor mensen met psychische problemen: Niemand kan het alleen*, waarin zorg en ondersteuning voor mensen met psychische problemen worden geplaatst in de samenhang tussen ggz, eerstelijnszorg, sociaal domein en de eigen omgeving (5). Ook de landelijke aanpak *Mentale gezondheid: van ons allemaal* en het RVS-advies *Op de rem! Voorbij de hypernerveuze samenleving* benadrukken mentale gezondheid als brede maatschappelijke opgave. Daarbij gaat het onder meer om preventie, vroegsignalering, bespreekbaarheid, steun in de omgeving en bredere maatschappelijke factoren zoals prestatiedruk, versnelling en individualisering (8, 9). De burgerraadpleging voegt daaraan toe dat burgers de samenleving niet alleen als context zien, maar ook als onderdeel van de oplossing: in preventie, vroegsignalering, normalisering, praktische steun en het voorkomen dat problemen verergeren.

Ook bij langer thuis wonen keken deelnemers breder dan zorg aan huis. Zij verbonden langer thuis wonen met passende woningen, praktische hulp, sociale contacten, veiligheid, mantelzorg, kwaliteit van leven en regie. Dit sluit aan bij het *Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen*, het *Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg: Samen voor kwaliteit van bestaan* en het Zorginstituut-signalement *Passende langdurige zorg: Van zelfredzaam naar samenredzaam*, waarin passende ondersteuning, kwaliteit van bestaan, domeinoverstijgende samenwerking, informele zorg en samenredzaamheid centraal staan (2, 6, 7). Ook de *Tien uitgangspunten voor toekomstbestendige ouderenzorg* benadrukken kwaliteit van leven, lokale initiatieven, samenhang tussen stelsels en voldoende diversiteit aan woonvormen (10). De burgerraadpleging laat daarbij zien dat burgers langer thuis wonen niet als doel op zichzelf zien: het is alleen wenselijk wanneer ouderen veilig, ondersteund en sociaal verbonden kunnen blijven leven.

Een tweede aansluiting betreft de behoefte aan tijdige toegang, overzicht en regie. Bij mentale gezondheid kwam dit terug in zorgen over wachttijden, onduidelijke routes, behoefte aan triage, laagdrempelige hulp en tijdige opschaling. Dit sluit aan bij recente rapportages over

wachttijden in de ggz en samenwerking voor toegankelijke ggz en passende zorg (3, 4). Bij langer thuis wonen kwam een vergelijkbare behoefte naar voren: ouderen en naasten moeten niet verdwalen tussen loketten, wetten, organisaties en verantwoordelijkheden. Dit sluit aan bij publicaties waarin de complexiteit van de langdurige ouderenzorg en de kwetsbare positie van ouderen thuis zichtbaar worden gemaakt (11, 12). De burgerraadpleging bevestigt vanuit burgerperspectief dat versnippering niet alleen een organisatorisch probleem is, maar ook direct raakt aan ervaren toegankelijkheid en passende ondersteuning.

Een derde aansluiting betreft mantelzorg en informele hulp. Deelnemers zagen mantelzorg, naasten, buren, vrijwilligers en gemeenschappen als belangrijk, maar niet als vanzelfsprekende of onbeperkte oplossing. Dit sluit aan bij publicaties over mantelzorg, waarin aandacht wordt gevraagd voor bereidheid, belasting, ondersteuning, de combinatie van werk en mantelzorg en de balans tussen informele en formele zorg (13, 14). De burgerraadpleging maakt vooral zichtbaar waar burgers grenzen trekken: informele hulp moet vrijwillig, haalbaar en aanvullend blijven. Mantelzorg mag professionele zorg niet vervangen wanneer hulp intensief, medisch, langdurig of te belastend wordt.

Tot slot sluiten de uitkomsten aan bij bredere discussies over houdbare zorg, schaarste en rechtvaardige toegang. De WRR benadrukt dat scherpere keuzes nodig zijn om kwaliteit en toegankelijkheid van zorg te behouden (1). Deelnemers accepteerden dat niet alles altijd kan en dat keuzes nodig zijn, maar trokken een duidelijke grens bij ongelijke toegang tot noodzakelijke hulp en zorg. Zelf bijbetalen voor extra keuze, comfort of hulp die beter aansluit bij persoonlijke voorkeuren werd niet principieel afgewezen, zolang iedereen toegang houdt tot noodzakelijke hulp en zorg. De kern van de burgerraadpleging is daarmee niet dat de samenleving professionele zorg vervangt, maar dat zorg en ondersteuning beter moeten aansluiten op het gewone leven en de sociale context waarin mensen hulp nodig hebben.

5.5 Sterktes en beperkingen

Een belangrijke sterkte van deze burgerraadpleging is dat deelnemers niet alleen stellingen hebben beantwoord, maar ook informatie kregen, casussen bespraken, argumenten uitwisselden en hun afwegingen konden aanscherpen. Daardoor geeft het rapport inzicht in de redeneringen achter oordelen, niet alleen in voorkeuren.

Een tweede sterkte is dat dezelfde groep deelnemers aan twee burgerforumweekenden deelnam. Daardoor konden overkoepelende patronen worden beschreven, zoals de behoefte aan overzicht en regie, de brede benadering van zorgvragen, de grenzen aan informele hulp en het belang van gelijke toegang tot noodzakelijke zorg en ondersteuning. De combinatie van een deliberatief Burgerforum met een landelijke online enquête is eveneens een sterkte van dit onderzoek. De online enquête maakt zichtbaar in hoeverre uitkomsten van het Burgerforum op hoofdlijnen breder worden gedeeld onder Nederlandse burgers. Tegelijkertijd zijn er ook verschillen, vooral bij complexere verdelingsvragen zoals eigen betalingen, extra keuze en prioritering. Een mogelijke verklaring is dat deliberatie, met informatievoorziening, casusbesprekingen en uitwisseling van argumenten, juist bij deze onderwerpen een rol heeft gespeeld in de meningsvorming.

Tegelijkertijd kent het onderzoek beperkingen. De samenstelling van het Burgerforum kan de uitkomsten hebben beïnvloed. Hoewel bij de werving is gestreefd naar variatie in achtergrondkenmerken en perspectieven, blijft deelname afhankelijk van bereidheid en beschikbaarheid om twee weekenden mee te doen. Ook de gekozen wervingsmethode en selectieprocedure kunnen ertoe hebben geleid dat bepaalde groepen of perspectieven sterker of juist minder sterk vertegenwoordigd waren.

Daarnaast vraagt deelname aan een Burgerforum bepaalde vaardigheden van deelnemers. Zij moeten informatie kunnen verwerken, over complexe dilemma's kunnen meepraten, hun ervaringen en argumenten kunnen verwoorden en zich in een groepsgesprek kunnen positioneren. Mensen met beperkte taalvaardigheid, beperkte gezondheidsvaardigheden, minder vertrouwen in instituties of minder ervaring met dit soort gespreksvormen kunnen daardoor minder gemakkelijk deelnemen of hun perspectief minder goed naar voren brengen. Dit is van belang bij de interpretatie van de resultaten.

Tot slot kunnen de gekozen casussen, werkvormen, volgorde van opdrachten, formulering van stellingen en deliberatieve setting invloed hebben gehad op de uitkomsten. Deze elementen hielpen om complexe vraagstukken concreet en bespreekbaar te maken, maar kunnen ook mede bepalen welke accenten in de gesprekken en resultaten naar voren kwamen. De resultaten moeten daarom niet worden gelezen als een statistisch representatieve weergave van dé mening van burgers, maar als een verdiepend inzicht in de afwegingen, voorwaarden en grenzen die burgers belangrijk vinden bij passende zorg en ondersteuning.



Literatuur

Literatuur

1. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. (2021). *Kiezen voor houdbare zorg: Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak* (WRR-rapport nr. 104). Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.

2. Zorginstituut Nederland. (2024). *Passende langdurige zorg: Van zelfredzaam naar samenredzaam*. Diemen: Zorginstituut Nederland.

3. Nederlandse Zorgautoriteit. (2025). *Informatiekaart Wachttijden en wachtplekken ggz – oktober 2024*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

4. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, & Nederlandse Zorgautoriteit. (2025). *Toezicht op de samenwerking voor toegankelijke ggz en passende zorg*. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd / Nederlandse Zorgautoriteit.

5. Zorginstituut Nederland. (2023). *Passende zorg voor mensen met psychische problemen: Niemand kan het alleen*. Diemen: Zorginstituut Nederland.

6. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022). *Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO)*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

7. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2025). *Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg: Samen voor kwaliteit van bestaan*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

8. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, & Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. (2022). *Aanpak Mentale gezondheid: van ons allemaal*. Den Haag: Rijksoverheid.

9. Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2025). *Op de rem! Voorbij de hypernerveuze samenleving*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.

10. ActiZ, ANBO, CNV Zorg & Welzijn, FBZ, FNV Zorg & Welzijn, KBO-PCOB, LOC Waardevolle zorg, MantelzorgNL, NU'91, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, & Zorgthuisnl. (2021). *Tien uitgangspunten voor toekomstbestendige ouderenzorg*.

11. CIZ, CAK, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, Nederlandse Zorgautoriteit, & Zorginstituut Nederland. (2026). *Langdurige ouderenzorg, het kan én moet simpeler: Een visualisatie van hoe complex de langdurige ouderenzorg is voor de cliënt, diens naasten en betrokken zorgaanbieders*.

12. Nederlandse Zorgautoriteit. (2024). *Tussen wal en voordeur? Toezichtsonderzoek naar het nakomen van de zorgplicht door zorgkantoren bij cliënten met de laagste indicatie in de sector Verpleging en Verzorging (VV4)*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

13. Sociaal en Cultureel Planbureau. (2026). *Mantelzorg in beweging: Kerncijfers en trends, 2014–2024*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

14. Sociaal-Economische Raad. (2026). *Mantelzorg en werk in een zorgzame samenleving: Een integrale aanpak voor een werkende combinatie (Advies 26/01)*. Den Haag: Sociaal-Economische Raad.



Bijlagen

Bijlage 1 Programma weekend 1 & 2

Weekend 1: Zaterdag 2 mei

Tijd	Onderdeel	Vorm
08.30–09.00	Inloop hotel, koffie/thee	Informeel
09.00–09.15	Welkom, introductie burgerforum, doel en programma	Plenair
09.15–09.35	Kennismaking deelnemers	Plenair
09.35–09.50	Vragenlijst met stellingen	Individueel
09.50–10.00	Uitleg werkwijze en planning van het weekend	Plenair
10.00–10.45	Expert 1 – presentatie en vragen	Plenair
10.45–11.00	Korte pauze	Pauze
11.00–11.45	Expert 2 – presentatie en vragen	Plenair
11.45–12.00	Korte overgang naar lunch	Plenair
12.00–13.00	Lunch	Pauze
13.00–13.15	Vraag 1 – plenaire start en instructie	Plenair
13.15–14.15	Vraag 1 deel 1 – break-outgroepen	Break-outgroepen
14.15–14.30	Vraag 1 deel 1 – plenaire terugkoppeling	Plenair
14.30–14.45	Koffie/theepauze	Pauze
14.45–15.00	Vraag 1 deel 2 – plenaire toelichting	Plenair
15.00–15.45	Vraag 1 deel 2 – break-outgroepen	Break-outgroepen
15.45–16.00	Vraag 1 deel 2 – plenaire terugkoppeling	Plenair
16.00–16.15	Vraag 2 – plenaire start en uitleg stickeroefening	Plenair
16.15–17.00	Vraag 2 – individuele verdeling op papier, stickers plakken en korte afronding	Individueel / Plenair

Diner in het restaurant vanaf 18.00 uur

Weekend 1: Zondag 3 mei

Tijd	Onderdeel	Vorm
08.30–09.00	Inloop, koffie/thee	Informeel
09.00–09.15	Herstart: terugblik op dag 1 en uitleg dagprogramma	Plenair
09.15–10.15	Expert 3 – presentatie en vragen	Plenair
10.15–10.30	Koffie/theepauze	Pauze
10.30–10.40	Vraag 3 – plenaire start en uitleg	Plenair
10.40–11.30	Vraag 3 – positioneringsopdracht en verdieping	Plenair
11.30–12.00	Vraag 3 – plenaire verdieping	Plenair
12.00–13.00	Lunch	Pauze
13.00–14.00	Expert 4 – presentatie en vragen	Plenair
14.00–14.15	Koffie/theepauze	Pauze
14.15–14.30	Vraag 4 – plenaire start en uitleg	Plenair
14.30–15.15	Vraag 4 – break-outgroepen	Break-outgroepen
15.15–15.45	Vraag 4 – plenaire terugkoppeling en ordening	Plenair
15.45–16.30	Vragenlijst / eindmeting met stellingen	Individueel
16.30–17.00	Afsluiting en vooruitblik	Plenair

Weekend 2: Zaterdag 9 mei

Tijd	Onderdeel	Vorm
09.00 – 09.15	Opening, planning en voormeting	Plenair
09.15 – 10.00	Anneke Boode-de Weijer & Sander de Jong - experts ouderenzorg, NZa	Plenair
10.00 – 11.15	4 situaties: passende hulp, ondersteuning of zorg	Break-out
11.15 – 12.00	Terugkoppeling uit de groepjes	Plenair
12.00 – 13.00	Lunch (ordenen post-its door organisatie)	—
13.00 – 13.30	Terugkoppeling op ordening in categorieën	Plenair
13.30 – 14.00	Stickeroefening: prioritering investeringen	Plenair
14.00 – 14.30	Introductie mantelzorg (met filmmateriaal)	Plenair
14.30 – 14.45	Koffiepauze	—
14.45 – 16.00	Mantelzorgperspectief bij de 4 situaties	Break-out
16.00 – 16.30	Terugkoppeling uit de groepjes	Plenair
16.30 – 17.00	Afsluiting en vooruitblik dag 2	Plenair

Diner in het restaurant vanaf 18.00 uur

Weekend 2: Zondag 10 mei

Tijd	Onderdeel	Vorm
09.00 – 09.30	Terugkoppeling overwegingen uit zaterdag	Plenair
09.30 – 10.30	Bram Wouterse - universitair hoofddocent betaalbare en toegankelijke zorg, Radboudumc	Plenair
10.30 – 10.45	Koffiepauze	—
10.45 – 11.15	Stellingen – positioneringsopdracht & prioritering	Plenair
11.15 – 12.00	Gebruik van overwegingen en randvoorwaarden voor mantelzorg	Break-out
12.00 – 13.00	Lunch	—
13.00 – 13.45	Terugkoppeling uit de groepjes	Plenair
13.45 – 14.45	Wie is waarvoor verantwoordelijk bij langer thuis wonen?	Break-out
14.45 – 15.00	Koffiepauze	—
15.00 – 15.45	Terugkoppeling uit de groepjes	Plenair
15.45 – 16.15	Nameting	Plenair
16.15 – 16.30	Afsluiting	Plenair

Bijlage 2 Aanvullende tabellen weekend 1

Bijlage 2.1 Vormen van hulp en aandachtspunten voor organisatie bij mentale problemen

Deze bijlage bevat de nadere documentatie bij de eerste hoofdvraag van weekend 1: waar moeten mensen terechtkunnen bij mentale problemen? Deelnemers bespraken deze vraag aan de hand van concrete casussen. Zij noteerden eerst individueel welke vormen van hulp, steun of zorg volgens hen passend zouden zijn. Daarna zijn deze suggesties in groepen besproken, geordend en plenair teruggekoppeld.

De hoofdtekst van paragraaf 3.2 bevat het overzicht van de categorieën die uit deze gesprekken naar voren kwamen. In deze bijlage zijn de aandachtspunten voor organisatie en de concrete suggesties opgenomen die deelnemers per categorie hebben genoemd. Deze laten zien welke praktische, sociale, organisatorische en beleidsmatige ideeën deelnemers naar voren brachten bij de vraag wat nodig is om passende hulp bij mentale problemen vindbaar, toegankelijk en samenhangend te organiseren.

De aandachtspunten en suggesties zijn geordend onder dezelfde negen categorieën als in paragraaf 3.2: mensen dichtbij; hulp bij dagelijks leven; iemand die helpt uitzoeken en regelen; snelle lichte mentale hulp; steun van mensen met vergelijkbare ervaringen; professionele behandeling; crisis en directe veiligheid; preventie; en creatieve ideeën / overige ideeën. Het overzicht is bedoeld als nadere onderbouwing van de patronen die in de hoofdtekst zijn beschreven.

Aandachtspunten voor organisatie per vorm van hulp

Naast het benoemen van passende vormen van hulp en ondersteuning bespraken deelnemers ook wat belangrijk is bij de organisatie daarvan. Daarbij kwamen terugkerende voorwaarden naar voren, zoals vindbaarheid, laagdrempeligheid, continuïteit, kwaliteit, veiligheid, samenwerking, duidelijke routes naar zwaardere hulp en ondersteuning van naasten.

Categorie	Belangrijke aandachtspunten bij organisatie
Mensen dichtbij	Steun vanuit de omgeving vraagt om normalisering, lokale voorlichting, discretie en het verminderen van taboe en stigma. Deelnemers noemen ook ondersteuning voor naasten, zoals waardering, training of een toelage, en aandacht voor overbelasting van mantelzorgers.
Hulp bij dagelijks leven	Deze hulp moet laagdrempelig, bekend en dichtbij beschikbaar zijn. Deelnemers noemen buurtteams, maatjesprojecten, maatschappelijk werk, budgethulp, school, werk en gemeente. Belangrijk is dat het aanbod vindbaar is en dat versnippering tussen instanties wordt voorkomen.
Iemand die helpt uitzoeken en regelen	Deelnemers noemen behoefte aan een herkenbare ingang, duidelijke communicatie, een sociale kaart, vaste contactpersonen en iemand met voldoende mandaat om daadwerkelijk te helpen regelen. Ook continuïteit, proactieve communicatie en bekendheid van bestaande loketten of wijkteams zijn belangrijk.
Snelle lichte mentale hulp	Deze hulp moet snel beschikbaar zijn, met korte wachttijden en lage drempels. Deelnemers noemen korte gesprekken, online mogelijkheden, herstelcentra, tijdelijke overbruggingshulp en duidelijke triage. Belangrijk is dat lichte hulp serieus wordt genomen en dat snel kan worden opgeschaald wanneer dit niet voldoende is.
Steun van mensen met vergelijkbare ervaringen	Lotgenotencontact moet beter vindbaar zijn, niet alleen online maar ook via logische plekken zoals huisarts, bibliotheek, supermarkt of buurthuis. Deelnemers noemen daarnaast richtlijnen, professionele ondersteuning waar nodig, herstelacademies, gemeentelijke facilitering en aandacht voor veiligheid en kwaliteit.
Professionele behandeling	Deelnemers noemen vooral kortere wachttijden, betere intake, minder versnippering, meer gecombineerde zorg, betere follow-up en minder vaak opnieuw het verhaal hoeven vertellen. Ook noemen zij flexibiliteit in behandeling, minder strikte diagnose-eisen, betere arbeidsomstandigheden en minder bureaucratie.

Categorie	Belangrijke aandachtspunten bij organisatie
Crisis en directe veiligheid	Bij crisis moet direct hulp beschikbaar zijn. Deelnemers noemen meer capaciteit, passende plekken, betere aansluiting tussen instanties, goede gegevensoverdracht, follow-up na crisis en voldoende expertise bij politie of crisisdiensten. Ook wordt genoemd dat privacyregels samenwerking niet mogen blokkeren wanneer snel handelen nodig is.
Preventie	Preventie moet vroeg beginnen en breed worden georganiseerd, onder meer via school, sport, leefstijl, sociale media, lokale ontmoetingsplekken en publieke campagnes. Belangrijk is dat mensen leren signalen te herkennen, weten waar zij terechtkunnen en dat hulp beschikbaar is wanneer preventie of vroegsignalering iets naar boven brengt.
Creatieve ideeën / overige ideeën	Deelnemers noemen bredere systeemideeën zoals een ombudsman, luisterlijn, toezicht op online diensten, certificering van coaches of influencers, kritisch kijken naar marktwerking, medicatieprijzen en de organisatie van aanbieders. Deze ideeën raken vooral aan bekendheid, kwaliteit, toezicht en bescherming van hulpvragers.

Tabel B2.1 Aandachtspunten voor de organisatie van hulp

Concrete suggesties van deelnemers

Onderstaand overzicht bevat de concrete suggesties die deelnemers tijdens de opdrachten en groepsgesprekken hebben genoemd. Deze suggesties zijn geordend onder dezelfde negen categorieën als in paragraaf 3.2. Het overzicht is bedoeld als nadere documentatie van de opbrengsten uit de gesprekken en laat zien welke voorbeelden, ideeën en aandachtspunten deelnemers zelf naar voren brachten.

1. Mensen dichtbij

Deelnemers noemden onder andere:

- ouders, partner, familie, vrienden, buren, collega's en buurtgenoten als eerste steun;
- iemand die luistert of iemand die je vertrouwt;
- buurtinitiatieven zoals burenhulp, wandelgroepen, muziek maken of creatieve activiteiten;
- supportgroepen of klankbordgroepen voor naasten;
- lokale voorlichting via buurtcentra;
- training, waardering of toelage voor mensen die veel steun bieden;
- campagnes om taboe en stigma te verminderen;
- discretie waarborgen;
- overheid en gemeente als voorbeeld in normalisering;
- omkijken naar medemensen meer als maatschappelijke norm zien.

2. Hulp bij dagelijks leven

Deelnemers noemden onder andere:

- gemeente, buurtteam, wijkteam en maatschappelijk werk;
- school, mentor, studiebegeleider, decaan, leerplicht en vertrouwenspersoon;
- werkgever, UWV en werkgerelateerde ondersteuning;
- budgetcoach of hulp bij administratie en geldproblemen;
- hulp bij structuur, daginvulling, vrijwilligerswerk, sport of hobby's;
- gemeenteloket of één lokale ingang;
- buurtteams beter bekend maken;
- maatjesprojecten;
- caseworker, brugfunctionaris of maatschappelijk werker;

- lokale en landelijke campagnes;
- mentale gezondheid op school bespreken;
- aandacht voor voeding, roken, sport en algemene gezondheid;
- jongeren leren signaleren en leren waar zij terechtkunnen;
- grenzen van sociale media bespreken;
- gym, sportclubs en zwemmen stimuleren;
- geloof of levensbeschouwing als mogelijke steunbron.

3. Iemand die helpt uitzoeken en regelen

Deelnemers noemden onder andere:

- huisarts en POH-GGZ als logische eerste ingang;
- sociaal wijkteam, buurtteam of gemeente;
- casemanager, buddy, coach of maatschappelijk werker;
- mentor of vertrouwenspersoon;
- triageloket per regio;
- één regionale website;
- sociale kaart of overzichtslijst;
- informatiekundige of wegwijzer bij de huisarts;
- loket bij gezondheidscentrum;
- herkenbaar telefoonnummer, bijvoorbeeld een 114-achtig nummer;
- folders voor informatie en bewustwording;
- vaste contactpersoon of vaste huisarts;
- budgetcoach of praktische regelhulp;
- proactieve communicatie;
- publiekscommunicatie om stigma en taboe te verminderen.

4. Snelle lichte mentale hulp

Deelnemers noemden onder andere:

- huisarts en POH-GGZ;
- mental coach, mental nurse of mindfulness coach;
- korte gesprekken of laagdrempelige counseling;
- maatschappelijk werk;
- online hulp;
- tijdelijke overbruggingshulp;
- herstelcentra;
- wijkhuizen of lokale steunpunten;
- advies via werkgever of UWV;
- digitale diensten of AI-oplossingen, met kanttekeningen;
- meer subsidie voor mentale hulp;
- holistische aanpak;
- wachttijden verkorten;
- duidelijke routes naar passende hulp.

5. Steun van mensen met vergelijkbare ervaringen

Deelnemers noemden onder andere:

- lotgenoten, ervaringsdeskundigen, praatgroepen en hulpgroepen;
- herstelgroepen, herstelacademies en groepssessies;

- verenigingen of groepen voor specifieke situaties;
- jongeren of studenten met vergelijkbare problemen;
- single parents of andere herkenbare groepen;
- verzamelsite of overzichtsplek voor lotgenotengroepen;
- informatie op logische plekken, zoals bibliotheek, supermarkt, buurtcentrum of huisarts;
- laagdrempelig organiseren in een buurthuis;
- gemeente of overheid die ruimte faciliteert;
- richtlijnen of professionele ondersteuning bij groepen;
- toezicht vanuit GGZ of professionele hoek;
- anonimiteit waarborgen;
- groepen specifieker maken naar leeftijd, gender of situatie;
- keurmerk of certificering voor online diensten, influencers of ervaringsdeskundigen;
- sneller kunnen ingrijpen wanneer aanbod schadelijk is.

6. Professionele behandeling

Deelnemers noemden onder andere:

- psycholoog, GGZ, psychotherapie en specialistische zorg;
- schoolpsycholoog of psycholoog via de huisarts;
- online specialistische hulp;
- wachttijden omlaag;
- geen wachtlijsten;
- wachtlijstoverzicht en bemiddeling;
- betere intake en prioritering;
- overzicht van capaciteit;
- juiste hulp, juiste plek, juiste persoon;
- korte lijnen tussen professionals;
- niet telkens opnieuw het verhaal hoeven vertellen;
- minder hokjesdenken;
- meer gecombineerde zorg;
- niet steeds naar een nieuwe professional worden doorgestuurd;
- betere follow-up;
- niet eerst moeten verslechteren om toegang te krijgen;
- niet altijd een diagnose eisen voordat behandeling mogelijk wordt;
- meer flexibiliteit in behandeling;
- meer ruimte voor psycho-educatie;
- ruimte voor alternatieve behandeling, bijvoorbeeld yoga;
- behandeling menselijker maken;
- arbeidsomstandigheden van zorgverleners verbeteren;
- managementlagen en bureaucratie verminderen;
- rechtstreeks contact mogelijk maken;
- doorverwijzen via huisarts of zorgverzekeraar, mits beschikbaarheid en kwaliteit geregeld zijn;
- aandacht voor overgang 18-/18+;
- prioriteit bij budget verhogen;
- voldoende financiering;
- gelijke toegang.

7. Crisis en directe veiligheid

Deelnemers noemden onder andere:

- GGZ, crisisdienst, huisarts en POH-GGZ;
- 113, 112 en politie;
- directe hulp en onmiddellijke interventie;
- geen wachtlijst bij crisis;
- crisiszorg prioriteit geven;
- meer crisisbedden of meer capaciteit;
- betere doorstroom naar passende plekken;
- betere aansluiting tussen instanties;
- financieringsmodel aanpassen, bijvoorbeeld hogere vergoeding voor zware gevallen;
- betere follow-up na crisis;
- psycho-educatie;
- goede gegevensoverdracht;
- AVG/privacy mag niet verlammen;
- politie met juiste expertise;
- politie beter laten afstemmen;
- medeburgers leren melden en helpen;
- basiskennis vergroten: wat kun je doen, wie bel je, waar kun je heen?

8. Preventie

Deelnemers noemden onder andere:

- op school beginnen;
- lessen over mentale gezondheid;
- leerlingen leren signaleren;
- leerlingen leren waar zij terechtkunnen;
- leerlingen leren wat bij het leven hoort en wanneer hulp nodig is;
- grenzen van sociale media bespreken;
- aandacht voor voeding, roken, sport en algemene gezondheid;
- gym, sportclubs en zwemmen stimuleren;
- sport en bewegen stimuleren;
- geloof of levensbeschouwing als mogelijke steunbron;
- landelijke campagnes;
- reclame en tv-programma's;
- taboe en stigma verminderen;
- kennis en bewustzijn vergroten;
- lokale ontmoetingsplekken;
- maatschappelijke stage;
- lokale voorlichting;
- beschikbaarheid van hulp in de omgeving;
- betaalbaarheid, bijvoorbeeld via zorgverzekering;
- voldoende aanbod;
- toegankelijkheid verhogen.

9. Creatieve ideeën / overige ideeën

Deelnemers noemden onder andere:

- ombudsman;
- luisterlijn;
- ZZP en organisatie van aanbieders;
- marktwerking kritisch bekijken;
- negatieve effecten van marktwerking aanpakken;
- prijs van medicatie kritisch bekijken;
- toezicht en regulering van online diensten;
- certificering of keurmerk voor online diensten, coaches of influencers;
- sneller ingrijpen wanneer diensten schadelijk zijn;
- één bekend nummer of loket voor geestelijke vragen;
- opvang of opname in het buitenland.

Bijlage 2.2 Resultaten positioneringsopdrachten bij vraag 3

Deze bijlage bevat de nadere uitwerking van de derde hoofdvraag van weekend 1: hoe kijken deelnemers aan tegen prioritering, betaling en gelijke toegang bij mentale hulp? Deelnemers bespraken verschillende verdelingsvraagstukken waarbij schaarste, keuzevrijheid, solidariteit, betaalbaarheid en verantwoordelijkheid centraal stonden.

De opdrachten waren bedoeld om zichtbaar te maken hoe deelnemers oordelen over situaties waarin niet iedereen op dezelfde manier of op hetzelfde moment toegang heeft tot mentale hulp. Daarbij ging het onder meer om de vraag of mensen zelf mogen betalen om sneller terecht te kunnen of om hulp te krijgen die beter bij hun wensen past, of meer middelen naar geestelijke gezondheidszorg zouden moeten gaan, of mensen met ernstigere klachten voorrang mogen krijgen, en in hoeverre mentale gezondheid een verantwoordelijkheid is van de gemeenschap als geheel.

Bij een deel van de opdrachten kozen deelnemers eerst individueel positie vóór deliberatie. Daarna bespraken zij hun argumenten in de groep en kozen zij opnieuw positie. De verschuivingen tussen de eerste en tweede positionering geven inzicht in hoe deelnemers hun oordeel aanscherpten na het horen van andere perspectieven. Bij andere onderdelen is alleen de uiteindelijke positionering weergegeven.

De tabellen in deze bijlage vormen de onderbouwing voor paragraaf 3.4 van het rapport. In de hoofdtekst zijn de belangrijkste patronen samengevat; deze bijlage geeft de volledige uitkomsten van de positioneringsopdrachten weer.

Zelf betalen voor sneller of passender hulp

In de eerste opdracht bespraken deelnemers drie situaties waarin mensen met mentale klachten zelf kunnen betalen: om sneller terecht te kunnen, om hulp te krijgen die beter past bij hun wensen, of waarbij zelf betaalde mogelijkheden gevolgen kunnen hebben voor de toegang van anderen. Deelnemers kozen positie bij de antwoordopties "aanvaardbaar", "twijfel" en "niet aanvaardbaar", zowel vóór als na deliberatie.

De uitkomsten laten zien dat deelnemers zelf betalen niet zonder meer afwijzen, maar duidelijke grenzen trekken wanneer dit gevolgen heeft voor gelijke toegang. Zelf betalen voor extra keuze of beter passende hulp werd vaker aanvaardbaar gevonden dan situaties waarin zelf betaalde mogelijkheden de toegang van anderen kunnen verdringen.

Antwoordoptie	Vóór deliberatie	Na deliberatie	Verschil
Aanvaardbaar	12	12	0
Twijfel	8	7	-1
Niet aanvaardbaar	4	5	+1

Tabel B2.2.1 Zelf betalen om sneller terecht te kunnen

Antwoordoptie	Vóór deliberatie	Na deliberatie	Verschil
Aanvaardbaar	12	13	+1
Twijfel	4	5	+1
Niet aanvaardbaar	8	6	-2

Tabel B2.2.2 Zelf betalen voor hulp die beter past

Antwoordoptie	Vóór deliberatie	Na deliberatie	Verschil
Aanvaardbaar	4	4	0
Twijfel	5	5	0
Niet aanvaardbaar	15	15	0

Tabel B2.2.3 Gevolgen van zelf betaalde mogelijkheden voor anderen

Meer middelen voor geestelijke gezondheidszorg

In de tweede opdracht bespraken deelnemers of een groter aandeel van de totale zorguitgaven naar geestelijke gezondheidszorg zou moeten gaan. Daarbij is eerst gevraagd naar steun voor verhoging van het aandeel zorguitgaven voor geestelijke gezondheidszorg in algemene zin. Vervolgens is besproken of deelnemers dit nog steeds aanvaardbaar vonden wanneer dit ten koste zou gaan van andere vormen van zorg, zoals huisartsenzorg, ziekenhuiszorg, ouderenzorg of gehandicaptenzorg.

De uitkomsten laten zien dat deelnemers mentale gezondheid belangrijk vinden, maar extra middelen voor geestelijke gezondheidszorg niet los zien van andere vormen van noodzakelijke zorg. Steun voor meer middelen wordt voorzichtiger wanneer dit betekent dat andere zorgsectoren minder middelen krijgen.

Vraag	Ja	Twijfel	Nee
Aandeel GGZ verhogen algemeen	19	0	5

Tabel B2.2.4 Steun voor verhoging van het aandeel zorguitgaven voor geestelijke gezondheidszorg

Ten koste van...	Ja	Twijfel	Nee
Huisartsenzorg	7	0	17
Ziekenhuiszorg / somatische zorg	3	1	20
Ouderenzorg	6	1	17
Gehandicaptenzorg	1	2	21

Tabel B2.2.5 Steun voor meer middelen voor geestelijke gezondheidszorg wanneer dit ten koste gaat van andere vormen van zorg

Prioriteren naar ernst van mentale klachten

In de derde opdracht bespraken deelnemers of mensen met ernstige mentale klachten sneller geholpen moeten worden dan mensen met lichtere klachten. Ook hier kozen deelnemers positie vóór en na deliberatie. De uitkomsten laten zien dat deelnemers prioritering naar ernst in principe begrijpelijk vinden, maar dat hun oordeel genuanceerder wordt wanneer zij de mogelijke nadelen bespreken. Daarbij speelt mee dat lichtere klachten kunnen verergeren wanneer mensen te lang moeten wachten.

Antwoordoptie	Vóór deliberatie	Na deliberatie	Verschil
Ja	18	13	-5
Twijfel	3	7	+4
Nee	2	4	+2

Tabel B2.2.6 Prioriteren naar ernst van mentale klachten

Mentale gezondheid als gedeelde verantwoordelijkheid

In de vierde opdracht bespraken deelnemers of mentale gezondheid vooral een verantwoordelijkheid is van de gemeenschap als geheel. De uitkomsten laten zien dat deelnemers sociale en maatschappelijke factoren belangrijk vinden, maar terughoudend zijn om mentale gezondheid vooral bij de gemeenschap neer te leggen. De resultaten wijzen eerder op een gedeelde verantwoordelijkheid, waarin burgers en gemeenschappen kunnen signaleren en ondersteunen, maar waarin overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere partijen duidelijke randvoorwaarden moeten scheppen.

Antwoordoptie	Vóór deliberatie	Na deliberatie	Verschil
Ja	9	11	+2
Twijfel	7	6	-1
Nee	8	7	-1

Tabel B2.2.7 Mentale gezondheid als verantwoordelijkheid van de gemeenschap

Bijlage 2.3 Rollen en verantwoordelijkheden van verschillende partijen bij mentale gezondheid

Deze bijlage bevat de nadere uitwerking van de vierde hoofdvraag van weekend 1: welke rollen en verantwoordelijkheden zien deelnemers voor verschillende partijen bij mentale gezondheid en passende toegang tot hulp? Deelnemers bespraken welke bijdrage zij verwachten van burgers, overheid, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, werkgevers en andere partijen.

De opdracht was bedoeld om zichtbaar te maken hoe deelnemers verantwoordelijkheid verdelen tussen verschillende actoren. Daarbij ging het niet alleen om formele verantwoordelijkheden binnen de zorg, maar ook om bredere maatschappelijke rollen rond signalering, preventie, ondersteuning, toegang, betaalbaarheid, informatievoorziening en samenwerking.

De opbrengsten laten zien dat deelnemers mentale gezondheid zien als een gedeelde verantwoordelijkheid. Burgers en naasten kunnen signaleren, ondersteunen en helpen de weg naar hulp te vinden. De overheid wordt vooral gezien als partij die randvoorwaarden moet scheppen. Zorgverzekeraars worden verbonden met toegang, vergoeding, informatievoorziening en wachtlijstbemiddeling. Zorgaanbieders worden aangesproken op passende hulp, samenwerking, triage, continuïteit en het verminderen van versnippering. Werkgevers en maatschappelijke partijen kunnen bijdragen aan preventie, vroegsignalering en bewustwording.

De tabel in deze bijlage vat per partij samen welke rol deelnemers noemden en wat de betekenis van deze uitkomst is. Daarna volgt een overzicht van concrete suggesties die deelnemers tijdens de gesprekken hebben genoemd. Deze bijlage vormt de onderbouwing voor paragraaf 3.5 van het rapport.

Verwachte rollen van verschillende partijen

Tabel B2.3 geeft een overzicht van de belangrijkste rollen die deelnemers bij verschillende partijen leggen. De tabel laat zien dat deelnemers mentale gezondheid niet bij één partij neerleggen, maar juist wijzen op het belang van gedeelde verantwoordelijkheid met duidelijke taakverdeling en aanspreekbaarheid.

Partij / thema	Verwachte rol volgens deelnemers	Betekenis van de uitkomst
Burgers	Omzien naar elkaar, signalen serieus nemen, zonder oordeel ondersteunen en mensen helpen de weg naar hulp te vinden.	Burgers worden gezien als onderdeel van de sociale omgeving rond mensen met mentale klachten. Hun rol is ondersteunend, niet vervangend voor professionele hulp.
Overheid	Regie voeren, voorlichting geven, preventie stimuleren, betaalbaarheid bewaken, toezicht houden en lokale initiatieven ondersteunen.	De overheid wordt vooral genoemd als partij die randvoorwaarden moet scheppen: publieke voorlichting geven, preventie stimuleren, duidelijkmaken waar mensen terecht kunnen, betaalbaarheid en kwaliteit bewaken, en lokale initiatieven ondersteunen.
Zorgverzekeraars	Toegang mogelijk maken via duidelijke vergoeding, informatievoorziening, bereikbaarheid, wachtlijstbemiddeling en transparantie.	Zorgverzekeraars worden gezien als partij met invloed op toegankelijkheid, vergoeding en het vinden van passende zorg.
Zorgaanbieders	Goede triage, samenwerking, transparantie, professionaliteit, tijdige doorverwijzing en continuïteit bieden.	Zorgaanbieders worden vooral gekoppeld aan passende hulp, samenwerking en het voorkomen van versnippering.
Werkgevers en bedrijven	Gezond werken, preventie, leefstijl en bewustwording rond mentale gezondheid stimuleren.	Werkgevers worden minder uitgebreid genoemd, maar wel gezien als relevante plek voor preventie en vroegsignalering.
Preventie	Vroeg beginnen met mentale gezondheidsvaardigheden, sociale cohesie, leefstijl, mediawijsheid, toegankelijke informatie en lokale steun.	Preventie wordt breed opgevat en niet alleen gekoppeld aan zorg. Onderwijs, buurt, werk, sport, media en leefstijl worden allemaal genoemd.

Tabel B2.3 Verwachte rollen van verschillende partijen bij mentale gezondheid

Concrete suggesties van deelnemers

Onderstaand overzicht bevat de concrete suggesties die deelnemers hebben genoemd bij de bespreking van rollen en verantwoordelijkheden. De suggesties zijn geordend naar partij of thema. Het overzicht laat zien welke praktische, organisatorische en beleidsmatige ideeën deelnemers naar voren brachten bij de vraag wie wat zou moeten doen rond mentale gezondheid en passende toegang tot hulp.

1. Burgers

Deelnemers noemden onder andere:

- omkijken naar elkaar;
- sociale betrokkenheid tonen, bijvoorbeeld richting buren;
- verantwoordelijkheid nemen voor jezelf en de maatschappij;
- een helpende hand bieden;
- doorverwijzen wanneer iemand hulp nodig heeft;
- signalen serieus nemen en actie ondernemen;
- bewustwording vergroten;
- meer begrip en een open houding;
- geen waardeoordeel geven;
- maatschappelijke participatie;
- vrijwilligerswerk;
- buurtinitiatieven en buurthuizen;

- zelf stappen ondernemen;
- weten wanneer je eerst eigen kring inzet en wanneer professionele hulp nodig is;
- meer aandacht voor elkaar, inclusief voeding en leefstijl;
- nieuwjaarswens: “let op elkaar”.

2. Overheid

Deelnemers noemden onder andere:

- landelijke en gemeentelijke voorlichting en campagnes;
- middelen en initiatieven bekend maken op wijkniveau;
- tools aanreiken om het gesprek te voeren;
- loketfunctie of signaleringsfunctie;
- betaalbaarheid verbeteren;
- opleiding en kwaliteit garanderen of borgen;
- betere afstemming tussen jeugdzorg en volwassenenzorg;
- buurtcentra en buurthuizen openen, ook zonder oordeel;
- goede bekendheid en PR;
- betere informatieverstrekking;
- meer verantwoordelijkheid durven nemen;
- subsidies voor toepassingen die sociale cohesie versterken;
- schoolpakket rond mentale zorg, beweging/zwemles en voeding;
- zichtbaarheid van het zorglandschap verbeteren;
- proactieve preventie;
- onderzoek naar knelpunten;
- ondersteuning van sportverenigingen;
- meer luisteren naar burgers;
- strenger toezicht waar nodig;
- aandacht voor eigen risico en verplichte aanvullende keuze;
- basisinkomen als bredere preventieve maatregel.

3. Zorgverzekeraars

Deelnemers noemden onder andere:

- zaken mogelijk maken;
- kosten vergoeden;
- informatievoorziening verbeteren;
- bereikbaarheid, ook telefonisch;
- geen uitsluiting op andere terreinen;
- digitale oplossingen;
- ook alternatieve vormen van hulp vergoeden;
- bewustwording en taboe doorbreken;
- voorlichting;
- vergoeding ook voor niet-medicamenteuze preventie;
- wachtlijstbemiddeling;
- meer gelijkheid in medische criteria;
- meer communicatie over rechten van patiënten;
- vergoeding afhankelijk van afspraak in plaats van alleen contract;
- sponsoring van gezond gedrag en preventie;
- vergoedingsproces simpeler maken;
- transparantie over contractering en onderhandelingen;

- minder fragmentatie;
- reële vergoeding voor zorgverleners;
- aantal verzekeraars terugbrengen;
- aanvullende verzekering op maat;
- geen misleidende verzekering.

4. Zorgaanbieders

Deelnemers noemden onder andere:

- triage;
- blijven doorstuderen;
- meer educatie tussen specialismen;
- expertise delen;
- kritisch kijken naar wat nodig is;
- meer openheid over of behandeling werkt versus onnodig doorbehandelen;
- kosten inzichtelijk maken op websites in begrijpelijke taal;
- multidisciplinair werken;
- goede communicatie;
- bekendheid geven aan aanbod;
- winstmarges beperken of inzichtelijker maken;
- professionaliteit verhogen;
- tijdig doorverwijzen;
- AI-mogelijkheden benutten;
- modernisering van datavoorziening;
- doen wat ze moeten doen;
- eigen belang beperken;
- campagnes ondersteunen, stimuleren of vergoeden;
- betaalbaarheid;
- continuïteit;
- publieke verantwoordelijkheid;
- fragmentatie verminderen.

5. Werkgevers en bedrijven

Deelnemers noemden onder andere:

- gezonde leefstijl promoten;
- preventie stimuleren;
- aandacht voor gezond werken;
- bijdragen aan bewustwording rond mentale gezondheid.

6. Preventie: waar moet op worden ingezet?

Deelnemers noemden onder andere:

- preventie op school;
- meer bewustwording voor mentale gezondheid op jonge leeftijd;
- programma's op school;
- aandacht voor sociale media en online druk;
- druk van sociale media verminderen, bijvoorbeeld door leeftijdsgrenzen, grenzen stellen of regelgeving;
- mogelijkheden van sociale media en internet ook benutten;
- bekendheid geven aan mentale vraagstukken in de media;

- fysieke gezondheid en leefstijl stimuleren;
- sport en bewegen stimuleren;
- sportverenigingen ondersteunen;
- bewegingsprogramma's op tv of via buurtcentra;
- voeding en goed voorbeeld geven;
- mindfulness vanaf de basisschool;
- coaching en psycho-educatie;
- online trainingen voor copingstrategieën;
- herstelacademies;
- buurtvrijwilligers aanmoedigen;
- online community building;
- sociale stages of maatschappelijke dienstplicht;
- vrijwilligerswerk;
- meer wederkerigheid met maatjes of buddy's;
- inlooppunt waar je heen kunt zonder afspraak of diagnose;
- terug naar kleinschaligheid of de menselijke maat;
- basisinkomen;
- onderzoek naar oorzaken en knelpunten;
- minder prestatiedruk op werk en school;
- identificeren wat er in de samenleving verandert waardoor mentale problemen toenemen;
- meer bekendheid geven aan problematische situaties in de media;
- vangnetten versterken.

Bijlage 2.4 Resultaten Likert-stellingen van de voormeting weekend 1

Deze bijlage bevat de resultaten van de voormeting die deelnemers aan het begin van weekend 1 hebben ingevuld. De stellingen gingen over mentale gezondheid, toegang tot hulp, prioritering, betaling, samenwerking en de rol van zorgverzekeraars.

Deelnemers beantwoordden de stellingen op een vijfpuntsschaal van helemaal oneens tot helemaal eens. Waar van toepassing konden zij ook kiezen voor "weet ik niet / geen mening". Voor de gemiddelde Likert-score is "weet ik niet / geen mening" niet meegerekend. Voor de percentages is gerekend met het totaal van 24 deelnemers als noemer.

Nr.	Stelling	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	Weet ik niet / geen mening	Gem. Likert-score	% helemaal oneens / oneens	% neutraal	% eens / helemaal eens
1	Het is nu vaak onduidelijk waar iemand met mentale klachten het best terecht kan.	0	3	3	14	3	1	**3,74**	12,5%	12,5%	70,8%
2	Mensen met mentale klachten moeten nu te vaak bij verschillende organisaties aankloppen voordat zij passende hulp krijgen.	0	2	1	10	10	1	**4,22**	8,3%	4,2%	83,3%
3	De huidige wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg zijn onacceptabel.	0	0	4	4	14	2	**4,45**	0,0%	16,7%	75,0%
4	Zorgverzekeraars doen te weinig om mensen met lange wachttijden te helpen.	0	1	7	4	6	6	**3,83**	4,2%	29,2%	41,7%
5	Bij mentale klachten moet eerst goed worden gekeken naar wat er speelt, voordat passende hulp wordt gekozen.	0	1	2	10	10	1	**4,26**	4,2%	8,3%	83,3%
6	Mensen met mentale klachten moeten in hun regio op één plek terecht kunnen voor een eerste beoordeling.	1	2	5	7	8	1	**3,83**	12,5%	20,8%	62,5%

Nr.	Stelling	Hele-maal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Hele-maal eens	Weet ik niet / geen mening	Gem. Likert-score	% helemaal oneens / oneens	% neu-traal	% eens / helemaal eens
7	Voor mensen met mentale klachten moet hulp dicht bij huis beschikbaar zijn.	0	1	4	8	11	0	**4,21**	4,2%	16,7%	79,2%
8	Bij mentale klachten door problemen als schulden, eenzaamheid of werkstress moet ook worden gekeken naar andere vormen van hulp of ondersteuning dan geestelijke gezondheids-zorg.	0	0	1	7	16	0	**4,63**	0,0%	4,2%	95,8%
9	Er moet een duidelijke route zijn om snel meer hulp in te zetten als iemands situatie verslechtert.	0	0	0	7	17	0	**4,71**	0,0%	0,0%	100,0%
10	Extra geld voor mentale gezond-heid moet ook kunnen gaan naar het voor-komen van men-tale problemen, bijvoorbeeld via school, werk, schuldhulp of steun in de buurt.	0	2	3	10	8	1	**4,04**	8,3%	12,5%	75,0%
11	Extra geld moet vooral gaan naar vroegtijdi-ge hulp zodat mentale klach-ten niet erger worden.	0	0	7	13	3	1	**3,83**	0,0%	29,2%	66,7%
12	Extra geld voor mentale hulp moet vooral gaan naar men-sen met ernstige mentale klach-ten.	0	6	2	10	5	1	**3,61**	25,0%	8,3%	62,5%

Nr.	Stelling	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	Weet ik niet / geen mening	Gem. Likert-score	% helemaal oneens / oneens	% neutraal	% eens / helemaal eens
13	Mensen met ernstige mentale klachten moeten sneller worden geholpen dan mensen met lichtere klachten.	0	3	5	7	7	2	**3,82**	12,5%	20,8%	58,3%
14	Een hogere zorgpremie is aanvaardbaar als daardoor wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg korter worden.	3	10	5	4	2	0	**2,67**	54,2%	20,8%	25,0%
15	Het is niet aanvaardbaar als mensen met minder geld duidelijk minder mogelijkheden hebben om snel mentale hulp te krijgen.	0	2	1	6	14	1	**4,39**	8,3%	4,2%	83,3%
16	Het is acceptabel dat mensen zelf bijbetalen voor hulp bij mentale klachten die beter aansluit bij hun eigen wensen en voorkeuren.	1	4	6	10	3	0	**3,42**	20,8%	25,0%	54,2%
17	Mensen mogen zelf betalen voor extra keuze, zolang iedereen toegang houdt tot noodzakelijke mentale hulp.	0	0	6	11	7	0	**4,04**	0,0%	25,0%	75,0%
18	Zorgaanbieders, gemeenten en verzekeraars moeten goed samenwerken bij mentale hulp.	0	0	1	8	15	0	**4,58**	0,0%	4,2%	95,8%

Nr.	Stelling	Hele-maal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Hele-maal eens	Weet ik niet / geen mening	Gem. Likert-score	% helemaal oneens / oneens	% neu-traal	% eens / helemaal eens
19	Eén partij moet regie voeren als meerdere organisaties betrokken zijn bij iemands mentale hulp.	0	1	2	11	10	0	**4,25**	4,2%	8,3%	87,5%
20	Zorgverzeke-raars moeten zorgen dat mensen op tijd passende mentale hulp krijgen.	0	6	4	9	4	1	**3,48**	25,0%	16,7%	54,2%
21	Zorgverzeke-raars moeten zorgen dat de kosten van mentale hulp beheersbaar blijven.	0	1	4	10	8	1	**4,09**	4,2%	16,7%	75,0%

Bijlage 2.5 Resultaten Likert-stellingen van de nameting weekend 1

Deze bijlage bevat de resultaten van de nameting die deelnemers aan het einde van weekend 1 hebben ingevuld. De stellingen sloten aan bij de thema's die tijdens het weekend zijn besproken. De nameting is gebruikt om te beschrijven hoe deelnemers na informatie, casusbesprekingen en deliberatie tegen deze thema's aankeken.

Deelnemers beantwoordden de stellingen op een vijfpuntsschaal van helemaal oneens tot helemaal eens. Waar van toepassing konden zij ook kiezen voor "weet ik niet / geen mening". Voor de gemiddelde Likert-score is "weet ik niet / geen mening" niet meegerekend. Voor de percentages is gerekend met het totaal van 24 deelnemers als noemer.

Nr.	Stelling	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	Weet ik niet / geen mening	Gem. Likert-score	% helemaal oneens / oneens	% neutraal	% eens / helemaal eens
1	Het is nu vaak onduidelijk waar iemand met mentale klachten het best terecht kan.	0	3	3	12	6	0	**3,88**	12,5%	12,5%	75,0%
2	Mensen met mentale klachten moeten nu te vaak bij verschillende organisaties aankloppen voordat zij passende hulp krijgen.	0	2	1	14	7	0	**4,08**	8,3%	4,2%	87,5%
3	De huidige wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg zijn onacceptabel.	0	0	3	8	12	1	**4,39**	0,0%	12,5%	83,3%
4	Zorgverzekeraars doen te weinig om mensen met lange wachttijden te helpen.	0	2	6	11	4	1	**3,74**	8,3%	25,0%	62,5%
5	Bij mentale klachten moet eerst goed worden gekeken naar wat er speelt, voordat passende hulp wordt gekozen.	0	0	2	11	11	0	**4,38**	0,0%	8,3%	91,7%
6	Mensen met mentale klachten moeten in hun regio op één plek terecht kunnen voor een eerste beoordeling.	1	3	4	8	8	0	**3,79**	16,7%	16,7%	66,7%

Nr.	Stelling	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	Weet ik niet / geen mening	Gem. Likert-score	% helemaal oneens / oneens	% neutraal	% eens / helemaal eens
7	Voor mensen met mentale klachten moet hulp dicht bij huis beschikbaar zijn.	0	2	2	11	9	0	**4,13**	8,3%	8,3%	83,3%
8	Bij mentale klachten door problemen als schulden, eenzaamheid of werkstress moet ook worden gekeken naar andere vormen van hulp of ondersteuning dan geestelijke gezondheids-zorg.	0	0	0	9	15	0	**4,63**	0,0%	0,0%	100,0%
9	Er moet een duidelijke route zijn om snel meer hulp in te zetten als iemands situatie verslechtert.	0	0	0	10	14	0	**4,58**	0,0%	0,0%	100,0%
10	Als er extra geld beschikbaar is voor mentale gezondheid, moet dit vooral naar preventie gaan.	0	2	5	7	9	1	**4,00**	8,3%	20,8%	66,7%
11	Als er extra geld beschikbaar is voor mentale gezondheid, moet dit vooral gaan naar snelle laagdrempelige hulp, zodat mentale klach-ten niet erger worden.	0	2	2	17	3	0	**3,88**	8,3%	8,3%	83,3%
12	Extra geld voor mentale hulp moet vooral gaan naar men-sen met ernstige mentale klach-ten.	1	4	5	8	6	0	**3,58**	20,8%	20,8%	58,3%

Nr.	Stelling	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Hele-maal eens	Weet ik niet / geen mening	Gem. Likert-score	% helemaal oneens / oneens	% neu-traal	% eens / hele-maal eens
13	Mensen met ernstige mentale klachten moeten sneller worden geholpen dan mensen met lichtere klachten.	1	3	3	10	7	0	**3,79**	16,7%	12,5%	70,8%
14	Mensen bij wie mentale klachten snel kunnen verergeren, moeten voorrang krijgen bij hulp.	0	1	3	14	6	0	**4,04**	4,2%	12,5%	83,3%
15	Jongeren met mentale klachten mogen sneller hulp krijgen dan volwassenen.	2	6	9	5	2	0	**2,96**	33,3%	37,5%	29,2%
16	Mensen die al lang wachten moeten eerder geholpen worden, ook als hun klachten minder ernstig zijn.	2	7	7	7	1	0	**2,92**	37,5%	29,2%	33,3%
17	Mensen zonder steun van familie of vrienden moeten sneller hulp krijgen dan mensen met een sterk sociaal netwerk.	1	5	8	9	1	0	**3,17**	25,0%	33,3%	41,7%
18	Mensen die door mentale klachten uitvallen op werk, school of gezin moeten sneller hulp krijgen.	0	4	6	10	3	1	**3,52**	16,7%	25,0%	54,2%
19	Een groter deel dan de huidige 6% van de totale zorguitgaven moet naar de geestelijke gezondheidszorg gaan.	2	3	6	9	4	0	**3,42**	20,8%	25,0%	54,2%

Nr.	Stelling	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	Weet ik niet / geen mening	Gem. Likert-score	% helemaal oneens / oneens	% neutraal	% eens / helemaal eens
20	Een hogere zorgpremie is aanvaardbaar als daardoor wachttijden in de geestelijke gezondheids-zorg korter worden.	1	9	5	7	1	1	**2,91**	41,7%	20,8%	33,3%
21	Het is niet aanvaardbaar als mensen met minder geld duidelijk minder mogelijkheden hebben om snel mentale hulp te krijgen.	1	1	2	11	9	0	**4,08**	8,3%	8,3%	83,3%
22	Het is acceptabel dat mensen zelf bijbetalen voor hulp bij mentale klachten die beter aansluit bij hun eigen wensen en voorkeuren.	0	1	4	12	7	0	**4,04**	4,2%	16,7%	79,2%
23	Mensen mogen zelf betalen voor extra keuze, zolang iedereen toegang houdt tot noodzakelijke mentale hulp.	0	0	1	15	8	0	**4,29**	0,0%	4,2%	95,8%
24	Zorgaanbieders, gemeenten en verzekeraars moeten goed samenwerken bij mentale hulp.	0	0	0	6	18	0	**4,75**	0,0%	0,0%	100,0%
25	Eén partij moet regie voeren als meerdere organisaties betrokken zijn bij iemands mentale hulp.	1	2	2	9	9	1	**4,00**	12,5%	8,3%	75,0%

Nr.	Stelling	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	Weet ik niet / geen mening	Gem. Likert-score	% helemaal oneens / oneens	% neutraal	% eens / helemaal eens
26	Zorgverzekeraars moeten zorgen dat mensen op tijd passende mentale hulp krijgen.	0	1	2	16	4	1	**4,00**	4,2%	8,3%	83,3%
27	Zorgverzekeraars moeten zorgen dat de kosten van mentale hulp beheersbaar blijven.	0	0	4	15	5	0	**4,04**	0,0%	16,7%	83,3%

Nameting – procesevaluatie

Aan het einde van het weekend vulden deelnemers ook een korte procesevaluatie in. Deze stellingen gingen over de begrijpelijkheid van de informatie, de bruikbaarheid van de casussen, de ruimte om de eigen mening te geven, het horen van verschillende perspectieven, de respectvolle aard van de gesprekken en het inzicht in keuzes en dilemma's.

Nr.	Stelling	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	Gemiddelde Likert-score	% eens of helemaal eens
1	De informatie tijdens het weekend was begrijpelijk.	0	0	1	16	7	**4,25**	**95,8%**
2	De casussen hielpen mij om concreet over mentale hulp na te denken.	0	0	3	14	7	**4,17**	**87,5%**
3	Er was genoeg ruimte om mijn mening te geven.	0	0	1	13	10	**4,38**	**95,8%**
4	Ik heb verschillende meningen en ervaringen gehoord.	0	0	0	11	13	**4,54**	**100%**
5	De gesprekken waren respectvol en evenwichtig.	0	0	3	14	7	**4,17**	**87,5%**
6	Ik begrijp nu beter welke keuzes en dilemma's spelen rond mentale hulp.	0	3	4	8	9	**3,96**	**70,8%**

Bijlage 2.6 Verschil voor- en nameting Likert-stellingen weekend 1

Deze bijlage vergelijkt de resultaten van de voor- en nameting voor stellingen die in beide vragenlijsten identiek waren geformuleerd. Stellingen die alleen in de voor- of nameting stonden, of die inhoudelijk vergelijkbaar maar anders geformuleerd waren, zijn niet meegenomen in deze verschilberekening.

Voor elke stelling is het verschil weergegeven in gemiddelde Likert-score en in het percentage deelnemers dat het eens of helemaal eens was met de stelling. Een positief verschil betekent dat de steun voor de stelling in de nameting hoger was dan in de voormeting. Een negatief verschil betekent dat de steun in de nameting lager was.

Deze vergelijking is bedoeld om verschuivingen zichtbaar te maken na informatie en deliberatie. Door het beperkte aantal deelnemers moeten verschillen voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Voor nr.	Na nr.	Stelling	Gem. voor	Gem. na	Verschil gem.	% eens/ helemaal eens voor	% eens/ helemaal eens na	Verschil
1	1	Het is nu vaak onduidelijk waar iemand met mentale klachten het best terecht kan.	3,74	3,88	+0,14	70,8%	75,0%	+4,2 pp
2	2	Mensen met mentale klachten moeten nu te vaak bij verschillende organisaties aankloppen voordat zij passende hulp krijgen.	4,22	4,08	-0,13	83,3%	87,5%	+4,2 pp
3	3	De huidige wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg zijn onacceptabel.	4,45	4,39	-0,06	75,0%	83,3%	+8,3 pp
4	4	Zorgverzekeraars doen te weinig om mensen met lange wachttijden te helpen.	3,83	3,74	-0,09	41,7%	62,5%	+20,8 pp
5	5	Bij mentale klachten moet eerst goed worden gekeken naar wat er speelt, voordat passende hulp wordt gekozen.	4,26	4,38	+0,11	83,3%	91,7%	+8,3 pp
6	6	Mensen met mentale klachten moeten in hun regio op één plek terecht kunnen voor een eerste beoordeling.	3,83	3,79	-0,03	62,5%	66,7%	+4,2 pp
7	7	Voor mensen met mentale klachten moet hulp dicht bij huis beschikbaar zijn.	4,21	4,13	-0,08	79,2%	83,3%	+4,2 pp

Voor nr.	Na nr.	Stelling	Gem. voor	Gem. na	Verschil gem.	% eens/ helemaal eens voor	% eens/ helemaal eens na	Verschil
8	8	Bij mentale klachten door problemen als schulden, eenzaamheid of werkstress moet ook worden gekeken naar andere vormen van hulp of ondersteuning dan geestelijke gezondheidszorg.	4,63	4,63	+0,00	95,8%	100,0%	+4,2 pp
9	9	Er moet een duidelijke route zijn om snel meer hulp in te zetten als iemands situatie verslechtert.	4,71	4,58	-0,13	100,0%	100,0%	+0,0 pp
12	12	Extra geld voor mentale hulp moet vooral gaan naar mensen met ernstige mentale klachten.	3,61	3,58	-0,03	62,5%	58,3%	-4,2 pp
13	13	Mensen met ernstige mentale klachten moeten sneller worden geholpen dan mensen met lichtere klachten.	3,82	3,79	-0,03	58,3%	70,8%	+12,5 pp
14	20	Een hogere zorgpremie is aanvaardbaar als daardoor wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg korter worden.	2,67	2,91	+0,25	25,0%	33,3%	+8,3 pp
15	21	Het is niet aanvaardbaar als mensen met minder geld duidelijk minder mogelijkheden hebben om snel mentale hulp te krijgen.	4,39	4,08	-0,31	83,3%	83,3%	+0,0 pp
16	22	Het is acceptabel dat mensen zelf bijbetalen voor hulp bij mentale klachten die beter aansluit bij hun eigen wensen en voorkeuren.	3,42	4,04	+0,63	54,2%	79,2%	+25,0 pp

Voor nr.	Na nr.	Stelling	Gem. voor	Gem. na	Verschil gem.	% eens/ helemaal eens voor	% eens/ helemaal eens na	Verschil
17	23	Mensen mogen zelf betalen voor extra keuze, zolang iedereen toegang houdt tot noodzakelijke mentale hulp.	4,04	4,29	+0,25	75,0%	95,8%	+20,8 pp
18	24	Zorgaanbieders, gemeenten en verzekeraars moeten goed samenwerken bij mentale hulp.	4,58	4,75	+0,17	95,8%	100,0%	+4,2 pp
19	25	Eén partij moet regie voeren als meerdere organisaties betrokken zijn bij iemands mentale hulp.	4,25	4,00	-0,25	87,5%	75,0%	-12,5 pp
20	26	Zorgverzekeraars moeten zorgen dat mensen op tijd passende mentale hulp krijgen.	3,48	4,00	+0,52	54,2%	83,3%	+29,2 pp
21	27	Zorgverzekeraars moeten zorgen dat de kosten van mentale hulp beheersbaar blijven.	4,09	4,04	-0,05	75,0%	83,3%	+8,3 pp

Bijlage 3 Aanvullende tabellen weekend 2

Bijlage 3.1 Vormen van hulp, ondersteuning en zorg bij langer thuis wonen

Deze bijlage bevat de nadere documentatie bij de eerste hoofdvraag van weekend 2: welke hulp, ondersteuning of zorg is passend bij langer thuis wonen? Deelnemers bespraken deze vraag aan de hand van concrete casussen over ouderen bij wie thuis wonen kwetsbaarder wordt. Zij noteerden eerst individueel welke vormen van hulp, ondersteuning of zorg volgens hen passend zouden zijn. Daarna zijn deze suggesties in groepen besproken, geordend en plenair teruggekoppeld.

De hoofdtekst van paragraaf 4.2 bevat het overzicht van de categorieën die uit deze gesprekken naar voren kwamen. In deze bijlage zijn de concrete suggesties opgenomen die deelnemers per categorie hebben genoemd. Deze suggesties laten zien welke praktische, sociale, organisatorische en beleidsmatige ideeën deelnemers naar voren brachten bij de vraag wat nodig is om langer thuis wonen mogelijk, veilig en verantwoord te houden.

De suggesties zijn geordend onder dezelfde negen categorieën als in paragraaf 4.2: woningaanpassing en hulpmiddelen; andere woonvormen; onder de mensen; praktische hulp thuis; één aanspreekpunt; professionele hulp en verzorging; professionele medische zorg; preventie; en creatieve ideeën. Het overzicht is bedoeld als nadere onderbouwing van de patronen die in de hoofdtekst zijn beschreven.

Concrete suggesties van deelnemers

Onderstaand overzicht bevat de concrete suggesties die deelnemers tijdens de opdrachten en groepsgesprekken hebben genoemd. Deze suggesties zijn geordend onder dezelfde negen categorieën als in paragraaf 4.2. Het overzicht is bedoeld als nadere documentatie van de opbrengsten uit de gesprekken en laat zien welke voorbeelden, ideeën en aandachtspunten deelnemers zelf naar voren brachten bij de vraag welke hulp, ondersteuning of zorg passend is bij langer thuis wonen.

1. Woningaanpassing en hulpmiddelen

Deelnemers noemden onder andere:

- traplift;
- traplift plaatsen;
- traplift aan huis;
- traplift via Wmo of gemeente;
- aangepaste woning;
- verhuizen naar passende woning;
- slaapkamer of bed beneden;
- badkamer aanpassen;
- drempels verwijderen;
- rollator;
- hulpmiddelen in huis;
- technologie in huis;
- domotica;
- sensoren;
- alarmering;
- personenalarmering;
- noodknop;
- reminders en notificatiesysteem;
- medicatieherinnering;
- maaltijdplanningssysteem;
- signalering van afwijkingen in routine;
- ondersteuning bij maaltijd of leefstijl;
- hulpmiddelen voor medicatiegebruik.

2. Andere woonvormen

Deelnemers noemden onder andere:

- begeleid wonen;
- ondersteund wonen;
- passend wonen;
- zorgwoning;
- aanleunwoning;
- hofjes;
- woongroep;
- wonen met gezamenlijke voorzieningen;
- kleinschalige woonvormen;
- woonvormen met zorg dichtbij;
- woonvormen met toezicht;
- woonvormen met ontmoetingsruimte;
- wonen in de buurt van anderen;
- verhuizen naar een passende woning;
- direct toegang tot verzorgingshuis of zorgvoorziening;
- verzorgingstehuis;
- verpleeghuis als thuis wonen niet meer passend is;
- tussenoplossingen tussen thuis en verpleeghuis.

3. Onder de mensen

Deelnemers noemden onder andere:

- maatjesproject;
- maatje of vrijwilliger;
- vrijwilligers;
- burenhulp;
- buurtgenoten betrekken;
- buurtcentrum;
- club of sociaal contact;
- activiteiten buitenshuis;
- gezelligheid;
- praatgroep;
- contact met familie;
- contact met kennissen;
- sociaal netwerk;
- community-ideeën;
- leren vragen om hulp;
- schaamte rond hulp vragen verminderen;
- eenzaamheid tegengaan;
- onder de mensen blijven;
- vervoer naar activiteiten;
- mensen helpen om weer deel te nemen aan sociale activiteiten.

4. Praktische hulp thuis

Deelnemers noemden onder andere:

- mantelzorg;
- vrijwilligershulp;
- huishoudelijke hulp;
- hulp in het huishouden;
- boodschappenhulp;
- maaltijdvoorziening;
- tafeltje-dekje;
- hulp bij koken;
- hulp bij eten en drinken;
- hulp bij administratie;
- hulp bij financiën;
- budgethulp;
- hulp bij aanvragen van voorzieningen;
- hulp bij vervoer;
- tuinonderhoud;
- kleine klussen;
- hulp bij structuur in de dag;
- hulp bij planning;
- hulp bij medicatie innemen;
- ondersteuning door buren of familie;
- combinatie van mantelzorg en professionele hulp.

5. Eén aanspreekpunt

Deelnemers noemden onder andere:

- één duidelijk aanspreekpunt;
- één coördinator;
- vaste contactpersoon;
- casemanager;
- ouderenadviseur;
- wijkteam;
- sociaal werker;
- gemeente als ingang;
- Wmo-loket;
- huisarts als centrale ingang;
- praktijkondersteuner;
- wijkverpleegkundige;
- gesprek met oudere en naasten;
- signalerings- of checkfunctie;
- hulp bij het vinden van passende ondersteuning;
- overzicht van beschikbare hulp;
- betere samenwerking tussen organisaties;
- minder zelf hoeven zoeken;
- iemand die helpt om hulp aan te vragen;
- iemand die de regie houdt als meerdere partijen betrokken zijn.

6. Professionele hulp en verzorging

Deelnemers noemden onder andere:

- thuiszorg;
- wijkverpleging;
- verzorging aan huis;
- huishoudelijke hulp;
- Wmo-ondersteuning;
- sociaal werk;
- maatschappelijk werk;
- casemanagement;
- hulp bij persoonlijke verzorging;
- hulp bij wassen, aankleden of eten;
- professionele ondersteuning bij dagelijks functioneren;
- ondersteuning bij dementie;
- ondersteuning van mantelzorgers;
- respijtzorg;
- dagbesteding;
- begeleiding thuis;
- schoonmaakondersteuning;
- gemeente die passende hulp organiseert;
- betere beschikbaarheid van hulp aan huis.

7. Professionele medische zorg

Deelnemers noemden onder andere:

- huisarts;
- huisarts als centraal punt;
- apotheek;
- medicatiebewaking;
- medicatiebeheer;
- medische hulpmiddelen;
- fysiotherapie;
- ergotherapie;
- tandarts;
- thuiszorg vanuit medische noodzaak;
- wijkverpleging;
- GGZ of psychische ondersteuning;
- palliatieve zorg;
- terminale zorg;
- controle of monitoring van gezondheid;
- overleg tussen huisarts, wijkverpleging en andere zorgverleners;
- tijdige medische beoordeling;
- medische zorg die thuis beschikbaar is.

8. Preventie

Deelnemers noemden onder andere:

- vroeg signaleren;
- eerder hulp inschakelen;
- preventief beleid;
- bewustwording rond langer thuis wonen;
- tijdig nadenken over wonen, zorg en ondersteuning;
- mensen voorbereiden op ouder worden;
- signalen herkennen dat iemand hulp nodig heeft;
- voorkomen dat problemen escaleren;
- mantelzorgers eerder ondersteunen;
- een sociaal netwerk opbouwen voordat hulp nodig is;
- gezondheid en leefstijl stimuleren;
- voorkomen van eenzaamheid;
- duidelijke informatie over mogelijkheden;
- beleid maken met oog voor preventie;
- periodiek contact met ouderen om problemen vroeg te zien.

9. Creatieve ideeën

Deelnemers noemden onder andere:

- sociale dienstplicht;
- studenten of jongeren koppelen aan ouderen;
- inwonende studenten die ondersteuning of gezelschap bieden;
- buddy's of maatjes via opleiding of studie;
- dating- of ontmoetingssite voor ouderen;
- activiteiten organiseren op locatie;
- activiteiten zoeken of organiseren in het appartementencomplex;
- platform voor vraag en aanbod van hulp;
- vrijwilligers of buurtbewoners structureel koppelen aan ouderen;
- mensen met een uitkering inzetten voor hulp of gezelschap;
- algemene maatschappelijke inzet voor ouderen;
- nieuwe vormen van samenleven;
- creatieve combinaties van wonen, hulp en ontmoeting.

Bijlage 3.2 Mantelzorg: aanvaardbaarheid, verwachtingen en voorwaarden voor houdbaarheid

Deze bijlage bevat de nadere documentatie bij de mantelzorgopdrachten uit weekend 2. In paragraaf 4.4 van de hoofdtekst zijn de belangrijkste overwegingen opgenomen die deelnemers gebruikten bij de vraag of mantelzorg acceptabel is. Deze bijlage bevat de onderliggende uitkomsten van de casusbesprekingen, de prioritering van overwegingen, de positioneringsopdracht over verwachtingen rond mantelzorg en onderlinge hulp, en de voorwaarden die deelnemers noemden om mantelzorg mogelijk en houdbaar te maken.

De tabellen in deze bijlage vormen de onderbouwing voor paragraaf 4.4 van het rapport. In de hoofdtekst zijn de belangrijkste patronen samengevat; deze bijlage geeft meer gedetailleerd weer hoe deelnemers hun afwegingen maakten, waar zij grenzen trokken en welke ondersteuning zij nodig vinden.

Mantelzorg als enige mantelzorger: aanvaardbaarheid per situatie

In deze tabel is weergegeven hoe deelnemers per casus oordeelden over de vraag of het acceptabel zou zijn om zelf de enige mantelzorger te zijn en alle benodigde hulp, steun en zorg op zich te nemen. De tabel laat zien dat mantelzorg vooral acceptabel wordt gevonden wanneer de hulp beperkt, praktisch en niet-medisch is. Naarmate de situatie complexer, intensiever of risicovoller wordt, trekken deelnemers duidelijker grenzen.

Situatie	Ja	Twijfel / midden	Nee	Algemene richting van de reacties	Belangrijkste overwegingen bij "ja"	Belangrijkste overwegingen bij "nee" of twijfel
1	14	1	9	Mantelzorg lijkt in deze situatie relatief vaker aanvaardbaar, vooral wanneer de hulp beperkt, praktisch en niet-medisch is.	Hulp bij boodschappen, contact houden, gezelschap, kleine praktische ondersteuning en helpen regelen worden relatief haalbaar gevonden. Sommige deelnemers noemen dat je dit voor een naaste doet of dat mensen voor elkaar moeten zorgen.	Grenzen worden genoemd wanneer hulp structureel wordt, wanneer huishoudelijke hulp nodig is, wanneer het overnemen van taken te veel wordt, of wanneer de mantelzorger zelf onvoldoende tijd, energie of nabijheid heeft.
2	12	1	11	Het beeld is gemengd. Mantelzorg wordt soms aanvaardbaar gevonden, maar vooral onder voorwaarden.	Deelnemers noemen dat helpen kan als het past binnen de eigen mogelijkheden, als er goede afspraken zijn, als hulp tijdelijk is, of als professionele ondersteuning beschikbaar blijft.	Veel deelnemers noemen grenzen rond tijdsinvestering, belasting, eigen leven, psychische belasting en het risico dat mantelzorg een verplichting wordt. Ook wordt genoemd dat sommige hulp beter door professionals kan worden gedaan.
3	7	2	15	Deelnemers zijn vaker terughoudend of afwijzend. De situatie wordt sneller gezien als te complex of te belastend voor één mantelzorger.	Mantelzorg wordt soms aanvaardbaar gevonden voor ondersteuning bij administratie, gezelschap, koken, contact houden of praktische hulp, vooral als het tijdelijk is of wanneer het om een partner gaat.	Deelnemers noemen dat medische handelingen, medicatiecontrole, zorgcoördinatie, fysieke zorg of structurele ondersteuning te veel kunnen zijn. Ook worden belasting, verantwoordelijkheid, afstand, veiligheid en deskundigheid als grenzen genoemd.
4	1	4	7	De meeste reacties wijzen op duidelijke grenzen aan mantelzorg.	Enkele deelnemers vinden hulp aanvaardbaar wanneer het gaat om gezelschap, praktische hulp of iets regelen, mits er voldoende ondersteuning is.	Deelnemers noemen deze situatie vaak te complex, te risicovol of te zwaar. Terugkerende redenen zijn dat de zorg professioneel moet worden geleverd, dat veiligheid niet gegarandeerd is, dat de zorgbehoefte te groot is of dat dit niet bij één mantelzorger kan worden neergelegd.

Tabel B3.2.1 Mantelzorg als enige mantelzorger: aanvaardbaarheid per situatie

Prioritering van overwegingen bij de aanvaardbaarheid van mantelzorg

Na de bespreking van de mantelzorgcasussen zijn de overwegingen uit de gesprekken geordend in zes categorieën: situatie oudere, aard van de taak, band met oudere, belastbaarheid mantelzorger, of de hulp ook op een andere manier kan worden opgevangen, en vrijwilligheid. Deelnemers kozen individueel welke drie overwegingen voor hen het zwaarst wegen bij de vraag of mantelzorg acceptabel is.

De prioritering laat zien dat deelnemers mantelzorg vooral beoordelen vanuit de draagkracht van de mantelzorger en de zwaarte van de taken. De belastbaarheid van de mantelzorger kreeg de meeste stickers in totaal en ook duidelijk de meeste stickers als belangrijkste overweging. Daarna volgde de aard van de taak. De situatie van de oudere, de persoonlijke band, alternatieven en vrijwilligheid speelden ook mee, maar werden minder vaak als zwaarst wegende overweging gekozen.

Categorie op flip-over	Groen: belangrijkste	Geel: tweede belangrijkste	Rood: derde belangrijkste	Totaal aantal stickers
Situatie oudere	1	0	6	7
Aard van de taak	6	6	5	17
Band met oudere	2	3	4	9
Belastbaarheid mantelzorger	13	8	0	21
Kan het ook op een andere manier opgevangen worden?	0	4	4	8
Vrijwilligheid	2	3	5	10

Tabel B3.2.2 Prioritering van overwegingen bij de aanvaardbaarheid van mantelzorg

Positionering van deelnemers over verwachtingen rond mantelzorg en onderlinge hulp

Deze tabel geeft de uitkomsten weer van de positioneringsopdracht over wat van naasten, gemeenschap en wijk mag worden verwacht. De tabel laat zien dat deelnemers duidelijk onderscheid maken tussen mantelzorg eisen, mantelzorg verwachten en onderlinge hulp stimuleren. Mantelzorg eisen werd grotendeels afgewezen. Verwachten riep meer verdeeldheid op. Over vrijwillige hulp in wijk of gemeenschap waren deelnemers positiever, maar ook daar met duidelijke grenzen.

Nr.	Stelling	Ja	Twijfel	Nee	Totaal
1	De overheid mag van naasten eisen dat zij mantelzorg verlenen.	1	6	16	23*
2	De overheid mag van naasten verwachten dat zij mantelzorg verlenen.	9	7	7	23*
3	Naasten moeten een goede reden hebben om mantelzorg te weigeren.	2	6	15	23*
4	De overheid mag van een gemeenschap of wijk verwachten dat mensen elkaar helpen.	12	6	6	24

Tabel B3.2.3 Positionering van deelnemers over verwachtingen rond mantelzorg en onderlinge hulp

* Een deelnemer was afwezig tijdens stelling 1 t/m 3.

Mogelijk gebruik van overwegingen over mantelzorg in de praktijk

Deze tabel beschrijft hoe deelnemers dachten dat de overwegingen rond mantelzorg in de praktijk gebruikt kunnen worden. Deelnemers zagen de overwegingen vooral als hulpmiddel om gesprekken te voeren tussen oudere, mantelzorger, naasten en professionals. De tabel laat ook zien dat deelnemers het belangrijk vonden dat zo'n instrument laagdrempelig, begrijpelijk en ondersteunend is, en niet wordt gebruikt om mantelzorg af te dwingen.

Thema	Kernboodschap	Duiding van de uitkomst
Hulpmiddel voor gesprek	De overwegingen kunnen worden gebruikt om het gesprek te openen tussen oudere, mantelzorger, naasten en professionals.	De lijst kan helpen om bespreekbaar te maken wat iemand nodig heeft, wat een mantelzorger kan en wil doen, en waar grenzen liggen.
Vroegtijdige signalering	De overwegingen moeten niet pas worden gebruikt wanneer de situatie al vastloopt.	Deelnemers noemen het belang van vroeg peilen, periodiek opnieuw bespreken en blijven monitoren of de mantelzorg nog haalbaar is.
Gebruik door professionals	De lijst kan worden gebruikt door huisarts, wijkteam, sociaal werker, casemanager, mantelzorgondersteuner of andere deskundigen.	Professionals kunnen de lijst gebruiken om de hulpvraag vast te stellen, mantelzorgbelasting te bespreken en passende ondersteuning te organiseren.
Praktisch en laagdrempelig instrument	De lijst moet eenvoudig, herkenbaar en bruikbaar zijn.	Deelnemers noemen vormen zoals een beslisboom, checklist, vragenlijst, gesprekskaart of hulpmiddel voor het keukentafelgesprek.
Bekendheid en toegankelijkheid	De lijst moet vindbaar en begrijpelijk zijn voor ouderen, mantelzorgers en professionals.	Deelnemers noemen onder meer online beschikbaarheid, informatie via huisarts of deskundige, uitnodiging per post en publieksinformatie.
Overzicht van aanbod en ondersteuning	De lijst kan helpen om beschikbare hulp en ondersteuning zichtbaar te maken.	Deelnemers noemen het inventariseren van aanbod en behoefte in buurt of regio, bijvoorbeeld via een app, lokaal initiatief of regionaal overzicht.
Niet als verplichting gebruiken	De lijst moet helpen om mantelzorg te bespreken, niet om mantelzorg af te dwingen.	Deelnemers benadrukken dat de lijst moet verduidelijken wat mantelzorg kan doen, maar niet mag leiden tot een verplichting of extra druk.

Tabel B3.2.4 Mogelijk gebruik van overwegingen over mantelzorg in de praktijk

Voorwaarden om mantelzorg mogelijk en houdbaar te maken

Deze tabel vat samen wat volgens deelnemers nodig is om mantelzorg mogelijk en houdbaar te maken. Deelnemers noemden onder meer tijd en respijt, verdeling van zorgtaken, ondersteuning en begeleiding, duidelijke informatie, waardering of vergoeding, minder bureaucratie, technologische ondersteuning, steun vanuit gemeenschap en netwerk, en duidelijke grenzen. De tabel laat zien dat mantelzorg volgens deelnemers alleen houdbaar is wanneer mantelzorgers actief worden ondersteund.

Thema	Kernboodschap	Betekenis van de uitkomst
Tijd en respijt	Mantelzorgers hebben tijd, rust en adempauze nodig.	Deelnemers noemen mantelzorgverlof, respijtzorg, vervangende mantelzorg, tijdelijke overname door anderen en ruimte om op adem te komen.
Verdeling van zorgtaken	Mantelzorg moet niet bij één persoon terechtkomen.	Taken moeten kunnen worden verdeeld over andere naasten, professioneel zorgaanbod, vrijwilligers of een breder netwerk.
Ondersteuning en begeleiding	Mantelzorgers hebben een aanspreekpunt, coach of ondersteunende professional nodig.	Deelnemers noemen persoonlijke coaching, mantelzorgondersteuning, steunpunten, reflectie op grenzen en begeleiding bij wat wel en niet haalbaar is.
Informatie en bekendheid	Mantelzorgers moeten beter weten wat er mogelijk is.	Deelnemers noemen voorlichting, campagnes, betere bekendheid van regelingen, informatie over rechten en overzicht van beschikbare ondersteuning.
Waardering en vergoeding	Mantelzorg vraagt erkenning, waardering en soms financiële ondersteuning.	Deelnemers noemen bestaande vergoedingen, vergoeding voor mantelzorgers, indirecte beloning, pensioenopbouw, subsidies of andere vormen van waardering.
Duidelijke regels en minder verschillen	Regelingen moeten duidelijker, eenvoudiger en minder afhankelijk van gemeente of systeem zijn.	Deelnemers noemen verschillen tussen gemeenten, regels rond mantelzorgwoningen, bureaucratie, AVG-registratie en problemen bij het verkrijgen van een persoonsgebonden budget.
Technologische ondersteuning	Technologie kan helpen om mantelzorg lichter te maken.	Deelnemers noemen inzet van technologie, bijvoorbeeld om te signaleren, te monitoren of contact te houden.
Gemeenschap en netwerk	Mantelzorg moet ondersteund worden door de bredere omgeving.	Deelnemers noemen communities, ervaringsuitwisseling, tips delen, maatschappelijke waardering en het meer onderdeel maken van de samenleving.
Duidelijke grenzen en stoppen	Het moet duidelijk zijn wanneer mantelzorg te zwaar wordt of moet stoppen.	Deelnemers noemen dat onzekerheid mantelzorg zwaarder maakt en dat het belangrijk is om grenzen en eindpunten bespreekbaar te maken.

Tabel B3.2.5 Voorwaarden om mantelzorg mogelijk en houdbaar te maken

Bijlage 3.3 Verwachte rollen van verschillende partijen bij langer thuis wonen

Deze bijlage bevat de nadere uitwerking van de vierde hoofdvraag van weekend 2: welke rollen en verantwoordelijkheden zien deelnemers voor verschillende partijen bij langer thuis wonen? Deelnemers bespraken wat volgens hen verwacht mag worden van ouderen zelf, naasten, familie, buren, gemeenschap, zorgprofessionals, gemeenten, overheid, woningcorporaties, zorgverzekeraars, zorgkantoren, werkgevers, vrijwilligersorganisaties, maatschappelijke organisaties en private partijen.

De opdracht was bedoeld om zichtbaar te maken hoe deelnemers verantwoordelijkheid verdelen tussen verschillende partijen. Daarbij ging het niet alleen om formele verantwoordelijkheden binnen zorg en ondersteuning, maar ook om bredere randvoorwaarden rond wonen, sociale verbinding, mantelzorg, preventie, regie, samenwerking en toegankelijkheid van voorzieningen.

Tabel B3.3 geeft een overzicht van de belangrijkste rollen die deelnemers bij verschillende partijen leggen. De tabel laat zien dat deelnemers langer thuis wonen zien als een gedeelde verantwoordelijkheid. Ouderen zelf en naasten hebben een rol, maar deelnemers leggen de verantwoordelijkheid niet uitsluitend bij hen. Ook gemeenten, zorgaanbieders, woningpartijen, zorgverzekeraars, zorgkantoren, werkgevers, vrijwilligersorganisaties, maatschappelijke organisaties en overheid moeten bijdragen aan de voorwaarden waaronder langer thuis wonen veilig, haalbaar en verantwoord kan blijven.

Partij	Wat mag volgens deelnemers worden verwacht?	Betekenis van de uitkomst
Oudere zelf	Vooruitdenken, eigen regie nemen, wensen bespreken, op tijd hulp vragen en aangeven wie kan helpen.	Deelnemers zien een eigen verantwoordelijkheid bij ouderen om tijdig na te denken over wonen, zorg, netwerk en toekomstige hulpbehoefte.
Naasten en mantelzorgers	Grenzen aangeven, hulpvragen bespreekbaar maken, meedenken en waar mogelijk praktische of sociale steun bieden.	Naasten hebben een belangrijke rol, maar niet onbeperkt. Deelnemers benadrukken dat mantelzorgers hun grenzen moeten kunnen aangeven en ondersteund moeten worden.
Familie, buren, vrienden en netwerk	Signaleren, contact houden, mensen met elkaar verbinden en laagdrempelige hulp bieden.	Deelnemers zien het sociale netwerk als belangrijk om isolement te voorkomen en kleine hulpvragen vroeg te signaleren.
Gemeenschap, wijk en buurt	Zorgen voor sociale verbinding, buurtinitiatieven, ontmoetingsplekken, onderlinge hulp en aandacht voor mensen die kwetsbaar worden.	Langer thuis wonen vraagt volgens deelnemers om een sociale omgeving waarin mensen elkaar zien, aanspreken en ondersteunen.
Huisarts	Signaleren, situatie in de gaten houden, informeren, doorverwijzen en zo nodig mantelzorgbelasting bespreken.	De huisarts wordt gezien als herkenbaar aanspreekpunt, maar deelnemers benoemen ook dat de huisarts niet alles kan dragen.
Zorgprofessionals	Signaleren, communiceren, kennis delen, doorverwijzen en helpen bij passende ondersteuning.	Professionals hebben een rol in het tijdig herkennen van zorgbehoefte en mantelzorgbelasting, en in het verbinden van mensen met de juiste hulp.
Zorgaanbieders	Behoeften signaleren, risico's bespreken, periodieke check-ups doen, voldoende personeel organiseren en wachttijden beperken.	Deelnemers verwachten dat zorgaanbieders niet alleen zorg leveren, maar ook helpen voorkomen dat situaties escaleren.
Gemeente	Eén breed aanspreekpunt organiseren, contact met mantelzorgers faciliteren, buurtinitiatieven ondersteunen, informatie geven en regelingen toegankelijk maken.	De gemeente wordt gezien als belangrijke partij voor overzicht, toegang tot ondersteuning en verbinding met lokale voorzieningen.
Overheid	Zorgen voor duidelijke regels, minder bureaucratie, betere regelingen voor wonen en mantelzorg, landelijke ondersteuning en preventief beleid.	Deelnemers verwachten dat de overheid randvoorwaarden schept waardoor langer thuis wonen en mantelzorg uitvoerbaar blijven.

Partij	Wat mag volgens deelnemers worden verwacht?	Betekenis van de uitkomst
Woningcorporaties en woonpartijen	Passende woningen, doorstroming, woningaanpassingen, levensloopbestendige woningen en woonvormen voor ouderen ontwikkelen.	Wonen wordt gezien als een essentieel onderdeel van langer thuis wonen. Deelnemers verwachten dat woningpartijen hierin actief bijdragen.
Zorgverzekeraars en zorgkantoren	Preventie stimuleren, mantelzorgers informeren, ondersteuning vergoeden en zorgaanbod helpen organiseren.	Deelnemers zien ook bij financiers een rol in preventie, informatie en het mogelijk maken van passende ondersteuning.
Werkgevers	Mantelzorgverlof, flexibiliteit, begrip, coaching en ondersteuning op de werkvloer bieden.	Mantelzorg moet volgens deelnemers beter combineerbaar zijn met werk. Werkgevers kunnen overbelasting helpen voorkomen.
Vrijwilligers en maatschappelijke organisaties	Praktische ondersteuning, gezelschap, signalering, respijtzorg en verbinding met de buurt bieden.	Vrijwilligers en maatschappelijke organisaties kunnen helpen om mantelzorgers te ontlasten en ouderen sociaal verbonden te houden.
Onderwijs en samenleving	Jong leren om naar elkaar om te kijken, bewustwording vergroten en maatschappelijke betrokkenheid stimuleren.	Deelnemers zien langer thuis wonen ook als een maatschappelijk vraagstuk, niet alleen als een zorgvraagstuk.
Technologie en private partijen die tech ondersteuning bieden	Technologische hulpmiddelen ontwikkelen en inzetten, zoals monitoring, alarmering, contactmogelijkheden of AI-ondersteuning.	Technologie kan volgens deelnemers ondersteunen, maar is geen vervanging voor menselijke aandacht en professionele zorg.

Tabel B3.3 Verwachte rollen van verschillende partijen bij langer thuis wonen

Bijlage 3.4 Resultaten Likert-stellingen van de voormeting weekend 2

Deze bijlage bevat de resultaten van de voormeting die deelnemers aan het begin van weekend 2 hebben ingevuld. De stellingen gingen over langer thuis wonen, mantelzorg, ondersteuning van mantelzorgers, samenwerking, regie, verantwoordelijkheden en bijbetaling.

Deelnemers beantwoordden de stellingen op een vijfpuntsschaal van helemaal oneens tot helemaal eens. Waar van toepassing konden zij ook kiezen voor "weet ik niet / geen mening". Voor de gemiddelde Likert-score is "weet ik niet / geen mening" niet meegerekend. Voor de percentages is gerekend met het totaal van 24 deelnemers als noemer.

Nr.	Stelling	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	Weet ik niet / geen mening	Gem. Likert-score	% helemaal oneens / oneens	% neutraal	% eens / helemaal eens
1	Zelfredzaamheid mag niet betekenen dat ouderen en naasten alles zelf moeten regelen.	0	0	2	9	13	0	**4,46**	0,0%	8,3%	91,7%
2	Bij problemen rond langer thuis wonen moet niet alleen gekeken worden naar zorg, maar ook naar wonen, dagelijks leven, veiligheid en sociaal contact.	0	0	0	10	14	0	**4,58**	0,0%	0,0%	100,0%
3	Langer thuis wonen is alleen wenselijk als de oudere zich thuis ook veilig en ondersteund voelt.	0	2	1	8	13	0	**4,33**	8,3%	4,2%	87,5%
4	Thuis blijven wonen mag geen doel op zichzelf worden als de kwaliteit van leven daardoor achteruitgaat.	0	0	3	8	13	0	**4,42**	0,0%	12,5%	87,5%
5	Soms is thuis blijven wonen niet meer verantwoord, ook als iemand dat zelf graag wil.	0	0	1	10	12	1	**4,48**	0,0%	4,2%	91,7%
6	Het is nu vaak onduidelijk waar ouderen of naasten terecht kunnen als thuis wonen moeilijker wordt.	0	1	6	7	4	6	**3,78**	4,2%	25,0%	45,8%

Nr.	Stelling	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	Weet ik niet / geen mening	Gem. Likert-score	% helemaal oneens / oneens	% neutraal	% eens / helemaal eens
7	Ouderen moeten in hun regio op één plek terecht kunnen voor een eerste gesprek over hulp, ondersteuning of zorg thuis.	0	1	3	12	8	0	**4,12**	4,2%	12,5%	83,3%
8	Ook hulp tegen eenzaamheid en sociaal isolement hoort tot de ondersteuning die de overheid moet helpen organiseren of financieren.	0	2	4	12	6	0	**3,92**	8,3%	16,7%	75,0%
9	Ouderen moeten eerder kunnen verhuizen naar een passende woonvorm, voordat de situatie thuis vastloopt.	0	1	3	12	8	0	**4,12**	4,2%	12,5%	83,3%
10	Het is aanvaardbaar dat ouderen met weinig steun om zich heen meer hulp krijgen om thuis te kunnen blijven wonen dan ouderen met een groter netwerk.	0	1	8	10	5	0	**3,79**	4,2%	33,3%	62,5%
11	Niet iedereen zal altijd alle hulp of ondersteuning kunnen krijgen die hij of zij wenst.	0	3	1	16	3	1	**3,83**	12,5%	4,2%	79,2%
12	Het is aanvaardbaar dat van naasten verwacht wordt dat zij mantelzorg geven als dat mogelijk is.	2	2	5	11	4	0	**3,54**	16,7%	20,8%	62,5%

Nr.	Stelling	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	Weet ik niet / geen mening	Gem. Likert-score	% helemaal oneens / oneens	% neutraal	% eens / helemaal eens
13	Het is aanvaardbaar dat familie helpt met boodschappen, administratie en vervoer, maar niet vanzelfsprekend met wassen, aankleden of toiletgang.	0	4	3	13	4	0	**3,71**	16,7%	12,5%	70,8%
14	Er is een grens aan wat naasten kunnen overnemen van professionele zorg.	0	1	3	10	10	0	**4,21**	4,2%	12,5%	83,3%
15	Als intensieve zorg langdurig nodig is, moet professionele zorg beschikbaar zijn en niet vooral op familie leunen.	0	0	0	13	11	0	**4,46**	0,0%	0,0%	100,0%
16	Het is aanvaardbaar dat iemand mantelzorg weigert, ook zonder dit uitgebreid te hoeven uitleggen.	1	1	4	13	4	1	**3,78**	8,3%	16,7%	70,8%
17	Bij de vraag of mantelzorg acceptabel is, moet ook worden gekeken naar werk, inkomen en gezondheid van de mantelzorger.	0	1	2	10	11	0	**4,29**	4,2%	8,3%	87,5%
18	Mantelzorg mag niet vanzelfsprekend worden verwacht als dit leidt tot overbelasting of financiële problemen.	0	0	1	8	15	0	**4,58**	0,0%	4,2%	95,8%
19	Mantelzorgers moeten duidelijker kunnen aangeven waar voor hen de grens ligt.	0	0	1	14	9	0	**4,33**	0,0%	4,2%	95,8%

Nr.	Stelling	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	Weet ik niet / geen mening	Gem. Likert-score	% helemaal oneens / oneens	% neutraal	% eens / helemaal eens
20	Mantelzorgers moeten makkelijker hulp kunnen krijgen als het tijdelijk te zwaar wordt.	0	0	0	9	15	0	**4,62**	0,0%	0,0%	100,0%
21	Werkgevers moeten meer rekening houden met werknemers die intensieve mantelzorg geven.	1	2	4	8	8	1	**3,87**	12,5%	16,7%	66,7%
22	Als de overheid meer inzet op langer thuis wonen, moet zij ook meer regelen voor ondersteuning van mantelzorgers.	0	0	0	12	12	0	**4,50**	0,0%	0,0%	100,0%
23	Als de overheid verwacht dat naasten veel mantelzorg geven, mag daar ook financiële compensatie tegenover staan.	0	2	2	10	10	0	**4,17**	8,3%	8,3%	83,3%
24	Het is aanvaardbaar dat mantelzorgers inkomensverlies lijden om voor een naaste te zorgen.	6	8	7	2	1	0	**2,33**	58,3%	29,2%	12,5%
25	Zorgaanbieders, gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren moeten beter samenwerken rond ouderen die thuis wonen.	0	0	2	10	12	0	**4,42**	0,0%	8,3%	91,7%
26	Eén partij moet regie voeren als meerdere organisaties betrokken zijn bij hulp of zorg thuis.	0	0	2	14	8	0	**4,25**	0,0%	8,3%	91,7%

Nr.	Stelling	Hele-maal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Hele-maal eens	Weet ik niet / geen mening	Gem. Likert-score	% helemaal oneens / oneens	% neu-traal	% eens / helemaal eens
27	Zorgverze-keraars en zorgkantoren moeten zorgen dat ouderen op tijd passende hulp of zorg krijgen.	0	0	3	14	6	1	**4,13**	0,0%	12,5%	83,3%
28	De overheid moet duidelij-ker aangeven wat ouderen en naasten wel en niet mogen verwachten.	0	1	5	15	2	1	**3,78**	4,2%	20,8%	70,8%
29	Het is accepta-bel als ouderen met meer geld duidelijk meer mogelijkheden hebben om passende hulp, ondersteuning of zorg te krij-gen.	2	4	3	9	4	2	**3,41**	25,0%	12,5%	54,2%
30	Het is accepta-bel dat ouderen zelf bijbetalen voor hulp bij langer thuis wonen die beter aansluit bij hun eigen wensen en voorkeuren.	1	1	3	12	7	0	**3,96**	8,3%	12,5%	79,2%
31	Mensen mogen zelf betalen voor extra keuze of extra comfort, zolang iedereen toegang houdt tot noodzakelij-ke hulp en zorg.	0	0	0	12	12	0	**4,50**	0,0%	0,0%	100,0%

Bijlage 3.5 Resultaten Likert-stellingen van de nameting weekend 2

Deze bijlage bevat de resultaten van de nameting die deelnemers aan het einde van weekend 2 hebben ingevuld. De stellingen sloten aan bij de thema's die tijdens het weekend zijn besproken. De nameting is gebruikt om te beschrijven hoe deelnemers na informatie, casusbesprekingen en deliberatie tegen deze thema's aankeken.

Deelnemers beantwoordden de stellingen op een vijfpuntsschaal van helemaal oneens tot helemaal eens. Waar van toepassing konden zij ook kiezen voor "weet ik niet / geen mening". Voor de gemiddelde Likert-score is "weet ik niet / geen mening" niet meegerekend. Voor de percentages is gerekend met het totaal van 24 deelnemers als noemer.

Nr.	Stelling	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	Weet ik niet / geen mening	Gem. Likert-score	% helemaal oneens / oneens	% neutraal	% eens / helemaal eens
1	Zelfredzaamheid mag niet betekenen dat ouderen en naasten alles zelf moeten regelen.	0	2	1	9	12	0	**4,29**	8,3%	4,2%	87,5%
2	Bij problemen rond langer thuis wonen moet niet alleen gekeken worden naar zorg, maar ook naar wonen, dagelijks leven, veiligheid en sociaal contact.	0	0	0	9	15	0	**4,62**	0,0%	0,0%	100,0%
3	Langer thuis wonen is alleen wenselijk als de oudere zich thuis ook veilig en ondersteund voelt.	0	0	2	14	8	0	**4,25**	0,0%	8,3%	91,7%
4	Thuis blijven wonen mag geen doel op zichzelf worden als de kwaliteit van leven daardoor achteruitgaat.	0	1	4	12	7	0	**4,04**	4,2%	16,7%	79,2%
5	Soms is thuis blijven wonen niet meer verantwoord, ook als iemand dat zelf graag wil.	0	0	1	9	14	0	**4,54**	0,0%	4,2%	95,8%
6	Het is nu vaak onduidelijk waar ouderen of naasten terecht kunnen als thuis wonen moeilijker wordt.	0	1	1	12	9	1	**4,26**	4,2%	4,2%	87,5%

Nr.	Stelling	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	Weet ik niet / geen mening	Gem. Likert-score	% helemaal oneens / oneens	% neutraal	% eens / helemaal eens
7	Ouderen moeten in hun regio op één plek terecht kunnen voor een eerste gesprek over hulp, ondersteuning of zorg thuis.	0	1	3	9	11	0	**4,25**	4,2%	12,5%	83,3%
8	Ook hulp tegen eenzaamheid en sociaal isolement hoort tot de ondersteuning die de overheid moet helpen organiseren of financieren.	0	2	2	13	7	0	**4,04**	8,3%	8,3%	83,3%
9	Ouderen moeten eerder kunnen verhuizen naar een passende woonvorm, voordat de situatie thuis vastloopt.	0	1	1	11	11	0	**4,33**	4,2%	4,2%	91,7%
10	Het is aanvaardbaar dat ouderen met weinig steun om zich heen meer hulp krijgen om thuis te kunnen blijven wonen dan ouderen met een groter netwerk.	1	2	3	13	4	1	**3,74**	12,5%	12,5%	70,8%
11	Niet iedereen zal altijd alle hulp of ondersteuning kunnen krijgen die hij of zij wenst.	0	1	4	16	3	0	**3,88**	4,2%	16,7%	79,2%
12	Ik vind mantelzorg acceptabel als het gaat om lichte hulp, zoals gezelschap, boodschappen, administratie of dingen regelen.	0	0	1	11	12	0	**4,46**	0,0%	4,2%	95,8%

Nr.	Stelling	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	Weet ik niet / geen mening	Gem. Likert-score	% helemaal oneens / oneens	% neutraal	% eens / helemaal eens
13	Ik vind mantelzorg acceptabel als het gaat om persoonlijke verzorging, zoals wassen.	3	11	8	2	0	0	**2,38**	58,3%	33,3%	8,3%
14	Ik vind mantelzorg acceptabel als het gaat om eenvoudige medische taken, zoals toezien op medicijngebruik.	1	2	6	13	2	0	**3,54**	12,5%	25,0%	62,5%
15	Ik vind mantelzorg acceptabel als het gaat om emotionele steun, zoals omgaan met angst of zorgen.	1	1	7	8	5	2	**3,68**	8,3%	29,2%	54,2%
16	Of mantelzorg voor mij acceptabel is, hangt af van de persoonlijke band tussen mantelzorger en oudere.	0	0	4	12	8	0	**4,17**	0,0%	16,7%	83,3%
17	Of mantelzorg voor mij acceptabel is, hangt af van hoe zwaar de zorg lichamelijk is voor de mantelzorger.	0	0	1	14	9	0	**4,33**	0,0%	4,2%	95,8%
18	Of mantelzorg voor mij acceptabel is, hangt af van hoe zwaar de zorg mentaal is voor de mantelzorger.	0	0	1	11	12	0	**4,46**	0,0%	4,2%	95,8%
19	Of mantelzorg voor mij acceptabel is, hangt af van de verwachte duur van de mantelzorg.	0	5	5	10	4	0	**3,54**	20,8%	20,8%	58,3%

Nr.	Stelling	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	Weet ik niet / geen mening	Gem. Likert-score	% helemaal oneens / oneens	% neutraal	% eens / helemaal eens
20	Of mantelzorg voor mij acceptabel is, hangt af van hoe intensief de mantelzorg is.	0	1	1	10	12	0	**4,38**	4,2%	4,2%	91,7%
21	Of mantelzorg voor mij acceptabel is, hangt af van de reisafstand tussen de mantelzorger en de oudere.	0	1	3	12	8	0	**4,12**	4,2%	12,5%	83,3%
22	Of mantelzorg voor mij acceptabel is, hangt af van de impact op het dagelijks leven van de mantelzorger.	0	0	2	15	7	0	**4,21**	0,0%	8,3%	91,7%
23	Of mantelzorg voor mij acceptabel is, hangt af van of de mantelzorger dit vrijwillig wil doen.	0	1	8	9	5	1	**3,78**	4,2%	33,3%	58,3%
24	Of mantelzorg voor mij acceptabel is, hangt af van of anderen uit het netwerk de zorg ook kunnen uitvoeren.	0	1	4	15	3	1	**3,87**	4,2%	16,7%	75,0%
25	Of mantelzorg voor mij acceptabel is, hangt af van of professionals de zorg ook kunnen uitvoeren.	0	3	5	11	5	0	**3,75**	12,5%	20,8%	66,7%
26	Of mantelzorg nodig is, hangt af van wat de oudere in het dagelijks leven niet meer zelf kan doen.	0	1	1	14	7	1	**4,17**	4,2%	4,2%	87,5%
27	Of mantelzorg nodig is, hangt af van hoe veilig de situatie van de oudere is.	0	0	1	10	12	1	**4,48**	0,0%	4,2%	91,7%

Nr.	Stelling	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	Weet ik niet / geen mening	Gem. Likert-score	% helemaal oneens / oneens	% neutraal	% eens / helemaal eens
28	Het is aanvaardbaar dat van naasten verwacht wordt dat zij mantelzorg geven als dat mogelijk is.	0	6	7	8	3	0	**3,33**	25,0%	29,2%	45,8%
29	Het is aanvaardbaar dat iemand mantelzorg weigert, ook zonder dit uitgebreid te hoeven uitleggen.	0	0	4	12	8	0	**4,17**	0,0%	16,7%	83,3%
30	Mantelzorgers moeten duidelijker kunnen aangeven waar voor hen de grens ligt.	0	0	1	9	14	0	**4,54**	0,0%	4,2%	95,8%
31	Mantelzorgers moeten makkelijker hulp kunnen krijgen als het tijdelijk te zwaar wordt.	0	0	0	4	20	0	**4,83**	0,0%	0,0%	100,0%
32	Werkgevers moeten meer rekening houden met werknemers die intensieve mantelzorg geven.	0	1	4	11	8	0	**4,08**	4,2%	16,7%	79,2%
33	Als de overheid meer inzet op langer thuis wonen, moet zij ook meer regelen voor ondersteuning van mantelzorgers.	0	0	1	7	16	0	**4,62**	0,0%	4,2%	95,8%
34	Als de overheid verwacht dat naasten veel mantelzorg geven, mag daar ook financiële compensatie tegenover staan.	0	0	3	9	12	0	**4,38**	0,0%	12,5%	87,5%

Nr.	Stelling	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	Weet ik niet / geen mening	Gem. Likert-score	% helemaal oneens / oneens	% neutraal	% eens / helemaal eens
35	Zorgaanbieders, gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren moeten beter samenwerken rond ouderen die thuis wonen.	0	0	1	5	18	0	**4,71**	0,0%	4,2%	95,8%
36	Eén partij moet regie voeren als meerdere organisaties betrokken zijn bij hulp of zorg thuis.	0	0	3	6	15	0	**4,50**	0,0%	12,5%	87,5%
37	Zorgverzekeraars en zorgkantoren moeten zorgen dat ouderen op tijd passende hulp of zorg krijgen.	0	0	2	14	7	1	**4,22**	0,0%	8,3%	87,5%
38	De overheid moet duidelijker aangeven wat ouderen en naasten wel en niet mogen verwachten.	0	0	4	14	5	1	**4,04**	0,0%	16,7%	79,2%
39	Het is acceptabel als ouderen met meer geld duidelijk meer mogelijkheden hebben om passende hulp, ondersteuning of zorg te krijgen.	1	2	8	7	6	0	**3,62**	12,5%	33,3%	54,2%
40	Het is acceptabel dat ouderen zelf bijbetalen voor hulp bij langer thuis wonen die beter aansluit bij hun eigen wensen en voorkeuren.	0	0	3	11	10	0	**4,29**	0,0%	12,5%	87,5%

Nr.	Stelling	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	Weet ik niet / geen mening	Gem. Likert-score	% helemaal oneens / oneens	% neutraal	% eens / helemaal eens
41	Mensen mogen zelf betalen voor extra keuze of extra comfort, zolang iedereen toegang houdt tot noodzakelijke hulp en zorg.	0	0	2	8	14	0	**4,50**	0,0%	8,3%	91,7%

Nameting – procesevaluatie

Aan het einde van het weekend vulden deelnemers ook een korte procesevaluatie in. Deze stellingen gingen over de begrijpelijkheid van de informatie, de bruikbaarheid van de casussen, de ruimte om de eigen mening te geven, het horen van verschillende perspectieven, de respectvolle aard van de gesprekken en het inzicht in keuzes en dilemma's.

Nr.	Stelling	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	Gemiddelde Likert-score	% eens of helemaal eens
1	De informatie tijdens het weekend was begrijpelijk.	0	0	1	16	6	4,22	95,7%
2	De casussen hielpen mij om concreet over langer thuis wonen na te denken.	0	0	0	13	10	4,43	100,0%
3	Er was genoeg ruimte om mijn mening te geven.	0	0	0	9	14	4,61	100,0%
4	Ik heb verschillende meningen en ervaringen gehoord.	0	0	0	7	16	4,70	100,0%
5	De gesprekken waren respectvol en evenwichtig.	0	0	1	12	10	4,39	95,7%
6	Ik begrijp nu beter welke keuzes en dilemma's spelen rond langer thuis wonen.	0	0	5	12	6	4,04	78,3%

**N=23; een deelnemer heeft de procesevaluatie niet ingevuld.*

Bijlage 3.6 Verschil voor- en nameting Likert-stellingen weekend 2

Deze bijlage vergelijkt de resultaten van de voor- en nameting voor stellingen die in beide vragenlijsten identiek waren geformuleerd. Stellingen die alleen in de voor- of nameting stonden, of die inhoudelijk vergelijkbaar maar anders geformuleerd waren, zijn niet meegenomen in deze verschilberekening.

Voor elke stelling is het verschil weergegeven in gemiddelde Likert-score en in het percentage deelnemers dat het eens of helemaal eens was met de stelling. Een positief verschil betekent dat de steun voor de stelling in de nameting hoger was dan in de voormeting. Een negatief verschil betekent dat de steun in de nameting lager was.

Deze vergelijking is bedoeld om verschuivingen zichtbaar te maken na informatie en deliberatie. Door het beperkte aantal deelnemers moeten verschillen voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Voor nr.	Na nr.	Stelling	Gem. voor	Gem. na	Verschil gem.	% eens/ helemaal eens voor	% eens/ helemaal eens na	Verschil
1	1	Zelfredzaamheid mag niet betekenen dat ouderen en naasten alles zelf moeten regelen.	4,46	4,29	-0,17	91,7%	87,5%	-4,2 pp
2	2	Bij problemen rond langer thuis wonen moet niet alleen gekeken worden naar zorg, maar ook naar wonen, dagelijks leven, veiligheid en sociaal contact.	4,58	4,62	+0,04	100,0%	100,0%	+0,0 pp
3	3	Langer thuis wonen is alleen wenselijk als de oudere zich thuis ook veilig en ondersteund voelt.	4,33	4,25	-0,08	87,5%	91,7%	+4,2 pp
4	4	Thuis blijven wonen mag geen doel op zichzelf worden als de kwaliteit van leven daardoor achteruitgaat.	4,42	4,04	-0,38	87,5%	79,2%	-8,3 pp
5	5	Soms is thuis blijven wonen niet meer verantwoord, ook als iemand dat zelf graag wil.	4,48	4,54	+0,06	91,7%	95,8%	+4,2 pp
6	6	Het is nu vaak onduidelijk waar ouderen of naasten terecht kunnen als thuis wonen moeilijker wordt.	3,78	4,26	+0,48	45,8%	87,5%	+41,7 pp
7	7	Ouderen moeten in hun regio op één plek terecht kunnen voor een eerste gesprek over hulp, ondersteuning of zorg thuis.	4,12	4,25	+0,12	83,3%	83,3%	+0,0 pp
8	8	Ook hulp tegen eenzaamheid en sociaal isolement hoort tot de ondersteuning die de overheid moet helpen organiseren of financieren.	3,92	4,04	+0,13	75,0%	83,3%	+8,3 pp
9	9	Ouderen moeten eerder kunnen verhuizen naar een passende woonvorm, voordat de situatie thuis vastloopt.	4,12	4,33	+0,21	83,3%	91,7%	+8,3 pp

Voor nr.	Na nr.	Stelling	Gem. voor	Gem. na	Verschil gem.	% eens/ helemaal eens voor	% eens/ helemaal eens na	Verschil
10	10	Het is aanvaardbaar dat ouderen met weinig steun om zich heen meer hulp krijgen om thuis te kunnen blijven wonen dan ouderen met een groter netwerk.	3,79	3,74	-0,05	62,5%	70,8%	+8,3 pp
11	11	Niet iedereen zal altijd alle hulp of ondersteuning kunnen krijgen die hij of zij wenst.	3,83	3,88	+0,05	79,2%	79,2%	+0,0 pp
12	28	Het is aanvaardbaar dat van naasten verwacht wordt dat zij mantelzorg geven als dat mogelijk is.	3,54	3,33	-0,21	62,5%	45,8%	-16,7 pp
16	29	Het is aanvaardbaar dat iemand mantelzorg weigert, ook zonder dit uitgebreid te hoeven uitleggen.	3,78	4,17	+0,38	70,8%	83,3%	+12,5 pp
19	30	Mantelzorgers moeten duidelijker kunnen aangeven waar voor hen de grens ligt.	4,33	4,54	+0,21	95,8%	95,8%	+0,0 pp
20	31	Mantelzorgers moeten makkelijker hulp kunnen krijgen als het tijdelijk te zwaar wordt.	4,62	4,83	+0,21	100,0%	100,0%	+0,0 pp
21	32	Werkgevers moeten meer rekening houden met werknemers die intensieve mantelzorg geven.	3,87	4,08	+0,21	66,7%	79,2%	+12,5 pp
22	33	Als de overheid meer inzet op langer thuis wonen, moet zij ook meer regelen voor ondersteuning van mantelzorgers.	4,50	4,62	+0,12	100,0%	95,8%	-4,2 pp
23	34	Als de overheid verwacht dat naasten veel mantelzorg geven, mag daar ook financiele compensatie tegenover staan.	4,17	4,38	+0,21	83,3%	87,5%	+4,2 pp
25	35	Zorgaanbieders, gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren moeten beter samenwerken rond ouderen die thuis wonen.	4,42	4,71	+0,29	91,7%	95,8%	+4,2 pp
26	36	Eén partij moet regie voeren als meerdere organisaties betrokken zijn bij hulp of zorg thuis.	4,25	4,50	+0,25	91,7%	87,5%	-4,2 pp
27	37	Zorgverzekeraars en zorgkantoren moeten zorgen dat ouderen op tijd passende hulp of zorg krijgen.	4,13	4,22	+0,09	83,3%	87,5%	+4,2 pp

Voor nr.	Na nr.	Stelling	Gem. voor	Gem. na	Verschil gem.	% eens/ helemaal eens voor	% eens/ helemaal eens na	Verschil
28	38	De overheid moet duidelijker aangeven wat ouderen en naasten wel en niet mogen verwachten.	3,78	4,04	+0,26	70,8%	79,2%	+8,3 pp
29	39	Het is acceptabel als ouderen met meer geld duidelijk meer mogelijkheden hebben om passende hulp, ondersteuning of zorg te krijgen.	3,41	3,62	+0,22	54,2%	54,2%	+0,0 pp
30	40	Het is acceptabel dat ouderen zelf bijbetalen voor hulp bij langer thuis wonen die beter aansluit bij hun eigen wensen en voorkeuren.	3,96	4,29	+0,33	79,2%	87,5%	+8,3 pp
31	41	Mensen mogen zelf betalen voor extra keuze of extra comfort, zolang iedereen toegang houdt tot noodzakelijke hulp en zorg.	4,50	4,50	+0,00	100,0%	91,7%	-8,3 pp

Bijlage 4 Aanvullende tabellen online enquête

Deze bijlage bevat de resultaten van de twee online enquêtes die zijn uitgezet onder een bredere groep online respondenten. De stellingen sluiten aan bij de nametingen van het Burgerforum. Voor het thema mentale gezondheid zijn 537 online respondenten ondervraagd; voor het thema langer thuis wonen en mantelzorg 517 online respondenten. De percentages, gemiddelde Likert-scores en standaarddeviaties zijn gewogen om te corrigeren voor afwijkingen van de uiteindelijke steekproeven ten opzichte van de doelpopulatie van Nederlanders van 18 tot en met 85 jaar.

Tabel B4.1 geeft per stelling de gewogen verdeling over de antwoordcategorieën, de gewogen gemiddelde Likert-score, de standaarddeviatie en de samengevoegde percentages oneens, neutraal en eens weer.

Nr.	Stelling	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	Gem. Likert-score	SD	% helemaal oneens / oneens	% neutraal	% eens / helemaal eens
1	Het is nu vaak onduidelijk waar iemand met mentale klachten het best terecht kan.	2,5%	12,9%	21,4%	48,8%	10,2%	3,54	0,94	15,4%	21,4%	59,0%
2	Mensen met mentale klachten moeten nu te vaak bij verschillende organisaties aankloppen voordat zij passende hulp krijgen.	0,9%	4,1%	10,8%	51,7%	23,3%	4,02	0,81	5,0%	10,8%	75,0%
3	De huidige wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg zijn onacceptabel.	0,0%	1,5%	8,8%	36,2%	48,3%	4,38	0,72	1,5%	8,8%	84,4%
4	Zorgverzekeraars doen te weinig om mensen met lange wachttijden te helpen.	0,8%	2,9%	16,9%	36,0%	25,4%	4,01	0,86	3,6%	16,9%	61,4%
5	Bij mentale klachten moet eerst goed worden gekeken naar wat er speelt, voordat passende hulp wordt gekozen.	0,2%	3,2%	17,9%	56,8%	18,5%	3,93	0,73	3,4%	17,9%	75,3%
6	Mensen met mentale klachten moeten in hun regio op één plek terecht kunnen voor een eerste beoordeling.	1,2%	3,1%	18,0%	48,5%	24,1%	3,96	0,83	4,3%	18,0%	72,6%

Nr.	Stelling	Hele-maal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Hele-maal eens	Gem. Likert-score	SD	% helemaal oneens / oneens	% neu-traal	% eens / hele-maal eens
7	Voor mensen met mentale klachten moet hulp dicht bij huis beschikbaar zijn.	0,4%	2,2%	13,7%	54,1%	27,7%	4,09	0,74	2,6%	13,7%	81,8%
8	Bij mentale klachten door problemen als schulden, eenzaamheid of werkstress moet ook worden gekeken naar andere vormen van hulp of ondersteuning dan geestelijke gezondheids-zorg.	0,5%	1,3%	12,0%	53,6%	28,2%	4,13	0,71	1,8%	12,0%	81,8%
9	Er moet een duidelijke route zijn om snel meer hulp in te zetten als iemands situatie verslechtert.	0,6%	0,8%	7,8%	51,8%	37,8%	4,27	0,69	1,3%	7,8%	89,6%
10	Als er extra geld beschikbaar is voor mentale gezondheid, moet dit vooral naar preventie gaan.	1,8%	12,8%	36,5%	31,7%	8,8%	3,36	0,91	14,5%	36,5%	40,5%
11	Als er extra geld beschikbaar is voor mentale gezondheid, moet dit vooral gaan naar snelle laagdrempeli-ge hulp, zodat mentale klach-ten niet erger worden.	0,6%	2,6%	15,8%	56,2%	21,7%	3,99	0,75	3,2%	15,8%	77,9%
12	Extra geld voor mentale hulp moet vooral gaan naar mensen met ernstige mentale klachten.	1,1%	7,2%	33,3%	38,0%	14,7%	3,62	0,88	8,3%	33,3%	52,7%

Nr.	Stelling	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	Gem. Likert-score	SD	% helemaal oneens / oneens	% neutraal	% eens / helemaal eens
13	Mensen met ernstige mentale klachten moeten sneller worden geholpen dan mensen met lichtere klachten.	1,6%	16,6%	28,0%	37,3%	11,6%	3,43	0,97	18,2%	28,0%	48,9%
14	Mensen bij wie mentale klachten snel kunnen verergeren, moeten voorrang krijgen bij hulp.	0,8%	4,7%	23,1%	51,4%	15,8%	3,80	0,80	5,4%	23,1%	67,2%
15	Jongeren met mentale klachten mogen sneller hulp krijgen dan volwassenen.	4,2%	27,7%	33,9%	20,8%	8,9%	3,03	1,03	31,9%	33,9%	29,7%
16	Mensen die al lang wachten moeten eerder geholpen worden, ook als hun klachten minder ernstig zijn.	0,5%	9,5%	37,2%	37,2%	8,7%	3,47	0,82	10,0%	37,2%	45,9%
17	Mensen zonder steun van familie of vrienden moeten sneller hulp krijgen dan mensen met een sterk sociaal netwerk.	3,5%	19,2%	29,6%	31,8%	10,8%	3,29	1,03	22,7%	29,6%	42,6%
18	Mensen die door mentale klachten uitvallen op werk, school of gezin moeten sneller hulp krijgen.	1,0%	10,9%	30,3%	40,4%	12,8%	3,56	0,90	11,9%	30,3%	53,2%
19	Een groter deel dan de huidige 6% van de totale zorguitgaven moet naar de geestelijke gezondheidszorg gaan.	1,6%	7,1%	27,4%	34,8%	13,2%	3,61	0,91	8,7%	27,4%	48,1%

Nr.	Stelling	Hele-maal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Hele-maal eens	Gem. Likert-score	SD	% helemaal oneens / oneens	% neu-traal	% eens / hele-maal eens
20	Een hogere zorgpremie is aanvaardbaar als daardoor wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg korter worden.	9,9%	23,8%	29,0%	22,7%	8,4%	2,96	1,13	33,7%	29,0%	31,1%
21	Het is niet aanvaardbaar als mensen met minder geld duidelijk minder mogelijkheden hebben om snel mentale hulp te krijgen.	1,3%	3,9%	16,5%	41,1%	33,1%	4,05	0,89	5,1%	16,5%	74,2%
22	Het is acceptabel dat mensen zelf bijbetalen voor hulp bij mentale klachten die beter aansluit bij hun eigen wensen en voorkeuren.	4,0%	17,6%	25,4%	37,5%	8,7%	3,31	1,02	21,7%	25,4%	46,2%
23	Mensen mogen zelf betalen voor extra keuze, zolang iedereen toegang houdt tot noodzakelijke mentale hulp.	3,2%	6,3%	21,6%	45,3%	16,3%	3,70	0,95	9,5%	21,6%	61,6%
24	Zorgaanbieders, gemeenten en verzekeraars moeten goed samenwerken bij mentale hulp.	1,0%	2,8%	9,6%	46,4%	38,6%	4,21	0,81	3,8%	9,6%	85,0%
25	Eén partij moet regie voeren als meerdere organisaties betrokken zijn bij iemands mentale hulp.	0,2%	1,5%	14,1%	46,5%	32,4%	4,16	0,74	1,7%	14,1%	78,9%

Nr.	Stelling	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	Gem. Likert-score	SD	% helemaal oneens / oneens	% neutraal	% eens / helemaal eens
26	Zorgverzekeraars moeten zorgen dat mensen op tijd passende mentale hulp krijgen.	0,4%	3,3%	17,1%	48,1%	27,1%	4,02	0,80	3,7%	17,1%	75,2%
27	Zorgverzekeraars moeten zorgen dat de kosten van mentale hulp beheersbaar blijven.	0,0%	3,3%	18,4%	43,7%	29,6%	4,05	0,80	3,3%	18,4%	73,3%

Tabel B4.1 Resultaten online enquête mentale gezondheid

Noot. De resultaten zijn gebaseerd op 537 online respondenten. De percentages en gemiddelde scores zijn gewogen. De antwoordcategorie 'Weet ik niet / geen mening' is niet als aparte kolom opgenomen; daardoor tellen de vijf weergegeven antwoordcategorieën niet noodzakelijk op tot 100%. De gemiddelde Likert-score is berekend over de inhoudelijke antwoordcategorieën van 1 = helemaal oneens tot 5 = helemaal eens.

Tabel B4.2 geeft per stelling de gewogen verdeling over de antwoordcategorieën, de gewogen gemiddelde Likert-score, de standaarddeviatie en de samengevoegde percentages oneens, neutraal en eens weer.

Nr.	Stelling	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	Gem. Likert-score	SD	% helemaal oneens / oneens	% neutraal	% eens / helemaal eens
1	Zelfredzaamheid mag niet betekenen dat ouderen en naasten alles zelf moeten regelen.	0,8%	3,2%	9,9%	53,2%	30,5%	4,12	0,78	4,0%	9,9%	83,7%
2	Bij problemen rond langer thuis wonen moet niet alleen gekeken worden naar zorg, maar ook naar wonen, dagelijks leven, veiligheid en sociaal contact.	0,1%	0,5%	4,3%	49,9%	44,1%	4,39	0,61	0,7%	4,3%	94,0%

Nr.	Stelling	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	Gem. Likert-score	SD	% helemaal oneens / oneens	% neutraal	% eens / helemaal eens
3	Langer thuis wonen is alleen wenselijk als de oudere zich thuis ook veilig en ondersteund voelt.	0,0%	0,7%	6,5%	50,7%	40,7%	4,33	0,63	0,7%	6,5%	91,4%
4	Thuis blijven wonen mag geen doel op zichzelf worden als de kwaliteit van leven daardoor achteruitgaat.	0,2%	1,6%	10,2%	41,1%	44,4%	4,31	0,74	1,8%	10,2%	85,5%
5	Soms is thuis blijven wonen niet meer verantwoord, ook als iemand dat zelf graag wil.	0,2%	1,5%	9,9%	48,6%	38,0%	4,25	0,71	1,7%	9,9%	86,6%
6	Het is nu vaak onduidelijk waar ouderen of naasten terecht kunnen als thuis wonen moeilijker wordt.	0,7%	4,0%	13,2%	43,9%	26,2%	4,03	0,84	4,7%	13,2%	70,1%
7	Ouderen moeten in hun regio op één plek terecht kunnen voor een eerste gesprek over hulp, ondersteuning of zorg thuis.	0,4%	2,9%	10,4%	48,0%	33,4%	4,17	0,77	3,3%	10,4%	81,3%
8	Ook hulp tegen eenzaamheid en sociaal isolement hoort tot de ondersteuning die de overheid moet helpen organiseren of financieren.	0,8%	4,0%	17,6%	46,2%	29,1%	4,01	0,85	4,8%	17,6%	75,3%
9	Ouderen moeten eerder kunnen verhuizen naar een passende woonvorm, voordat de situatie thuis vastloopt.	0,2%	2,6%	10,3%	47,5%	36,6%	4,21	0,75	2,8%	10,3%	84,1%

Nr.	Stelling	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	Gem. Likert-score	SD	% helemaal oneens / oneens	% neutraal	% eens / helemaal eens
10	Het is aanvaardbaar dat ouderen met weinig steun om zich heen meer hulp krijgen om thuis te kunnen blijven wonen dan ouderen met een groter netwerk.	1,5%	12,5%	22,6%	45,0%	15,1%	3,62	0,95	14,0%	22,6%	60,1%
11	Niet iedereen zal altijd alle hulp of ondersteuning kunnen krijgen die hij of zij wenst.	1,6%	11,2%	18,6%	48,4%	16,6%	3,70	0,94	12,8%	18,6%	65,0%
12	Ik vind mantelzorg acceptabel als het gaat om lichte hulp, zoals gezelschap, boodschappen, administratie of dingen regelen.	1,0%	3,6%	9,4%	56,7%	27,7%	4,08	0,78	4,6%	9,4%	84,3%
13	Ik vind mantelzorg acceptabel als het gaat om persoonlijke verzorging, zoals wassen.	10,3%	28,5%	26,5%	23,6%	8,4%	2,91	1,14	38,8%	26,5%	32,0%
14	Ik vind mantelzorg acceptabel als het gaat om eenvoudige medische taken, zoals toezien op medicijngebruik.	5,2%	11,5%	22,2%	49,1%	10,8%	3,50	1,01	16,6%	22,2%	59,9%
15	Ik vind mantelzorg acceptabel als het gaat om emotionele steun, zoals omgaan met angst of zorgen.	1,2%	12,2%	26,8%	45,1%	11,5%	3,55	0,90	13,4%	26,8%	56,5%
16	Of mantelzorg voor mij acceptabel is, hangt af van de persoonlijke band tussen mantelzorger en oudere.	0,4%	5,4%	11,6%	50,4%	30,6%	4,07	0,83	5,8%	11,6%	81,0%

Nr.	Stelling	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	Gem. Likert-score	SD	% helemaal oneens / oneens	% neutraal	% eens / helemaal eens
17	Of mantelzorg voor mij acceptabel is, hangt af van hoe zwaar de zorg lichamelijk is voor de mantelzorger.	0,4%	2,7%	9,1%	48,5%	37,2%	4,22	0,76	3,1%	9,1%	85,7%
18	Of mantelzorg voor mij acceptabel is, hangt af van hoe zwaar de zorg mentaal is voor de mantelzorger.	0,3%	2,2%	8,9%	50,2%	36,5%	4,23	0,73	2,5%	8,9%	86,7%
19	Of mantelzorg voor mij acceptabel is, hangt af van de verwachte duur van de mantelzorg.	1,2%	8,5%	18,8%	45,4%	23,0%	3,83	0,93	9,6%	18,8%	68,3%
20	Of mantelzorg voor mij acceptabel is, hangt af van hoe intensief de mantelzorg is.	0,7%	2,8%	8,0%	47,0%	39,8%	4,24	0,78	3,5%	8,0%	86,8%
21	Of mantelzorg voor mij acceptabel is, hangt af van de reisafstand tussen de mantelzorger en de oudere.	1,3%	8,0%	12,8%	46,2%	29,6%	3,97	0,94	9,3%	12,8%	75,8%
22	Of mantelzorg voor mij acceptabel is, hangt af van de impact op het dagelijks leven van de mantelzorger.	0,3%	3,3%	10,0%	49,5%	34,5%	4,17	0,77	3,7%	10,0%	84,0%
23	Of mantelzorg voor mij acceptabel is, hangt af van of de mantelzorger dit vrijwillig wil doen.	2,3%	7,6%	18,5%	41,5%	27,2%	3,86	0,99	9,9%	18,5%	68,6%

Nr.	Stelling	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	Gem. Likert-score	SD	% helemaal oneens / oneens	% neutraal	% eens / helemaal eens
24	Of mantelzorg voor mij acceptabel is, hangt af van of anderen uit het netwerk de zorg ook kunnen uitvoeren.	0,5%	7,0%	22,6%	49,1%	16,6%	3,78	0,84	7,5%	22,6%	65,7%
25	Of mantelzorg voor mij acceptabel is, hangt af van of professionals de zorg ook kunnen uitvoeren.	0,5%	6,1%	17,5%	50,4%	20,5%	3,89	0,83	6,6%	17,5%	70,9%
26	Of mantelzorg nodig is, hangt af van wat de oudere in het dagelijks leven niet meer zelf kan doen.	0,3%	3,5%	11,4%	57,7%	25,4%	4,06	0,74	3,8%	11,4%	83,0%
27	Of mantelzorg nodig is, hangt af van hoe veilig de situatie van de oudere is.	0,5%	3,4%	10,3%	55,9%	27,6%	4,09	0,75	3,8%	10,3%	83,4%
28	Het is aanvaardbaar dat van naasten verwacht wordt dat zij mantelzorg geven als dat mogelijk is.	4,7%	15,9%	28,5%	37,1%	9,9%	3,33	1,03	20,5%	28,5%	47,0%
29	Het is aanvaardbaar dat iemand mantelzorg weigert, ook zonder dit uitgebreid te hoeven uitleggen.	0,1%	6,4%	16,8%	47,5%	25,8%	3,96	0,85	6,5%	16,8%	73,3%
30	Mantelzorgers moeten duidelijker kunnen aangeven waar voor hen de grens ligt.	0,3%	0,5%	5,0%	48,6%	43,2%	4,37	0,63	0,8%	5,0%	91,8%
31	Mantelzorgers moeten makkelijker hulp kunnen krijgen als het tijdelijk te zwaar wordt.	0,3%	1,0%	7,5%	46,3%	43,6%	4,34	0,69	1,3%	7,5%	89,9%

Nr.	Stelling	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	Gem. Likert-score	SD	% helemaal oneens / oneens	% neutraal	% eens / helemaal eens
32	Werkgevers moeten meer rekening houden met werknemers die intensieve mantelzorg geven.	2,1%	3,7%	16,6%	43,6%	30,3%	4,00	0,92	5,8%	16,6%	73,8%
33	Als de overheid meer inzet op langer thuis wonen, moet zij ook meer regelen voor ondersteuning van mantelzorgers.	0,5%	1,6%	4,2%	38,2%	54,0%	4,46	0,71	2,1%	4,2%	92,2%
34	Als de overheid verwacht dat naasten veel mantelzorg geven, mag daar ook financiële compensatie tegenover staan.	1,4%	4,0%	16,4%	38,2%	36,1%	4,08	0,92	5,4%	16,4%	74,2%
35	Zorgaanbieders, gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren moeten beter samenwerken rond ouderen die thuis wonen.	0,7%	1,9%	7,6%	43,9%	43,4%	4,31	0,76	2,6%	7,6%	87,3%
36	Eén partij moet regie voeren als meerdere organisaties betrokken zijn bij hulp of zorg thuis.	0,3%	3,2%	10,9%	40,9%	41,1%	4,24	0,80	3,5%	10,9%	82,0%
37	Zorgverzekeraars en zorgkantoren moeten zorgen dat ouderen op tijd passende hulp of zorg krijgen.	0,3%	1,1%	11,7%	45,6%	39,4%	4,25	0,72	1,3%	11,7%	85,0%
38	De overheid moet duidelijker aangeven wat ouderen en naasten wel en niet mogen verwachten.	0,4%	1,1%	11,0%	46,9%	37,6%	4,24	0,72	1,4%	11,0%	84,5%

Nr.	Stelling	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	Gem. Likert-score	SD	% helemaal oneens / oneens	% neutraal	% eens / helemaal eens
39	Het is acceptabel als ouderen met meer geld duidelijk meer mogelijkheden hebben om passende hulp, ondersteuning of zorg te krijgen.	18,4%	30,2%	17,4%	23,3%	6,9%	2,69	1,23	48,6%	17,4%	30,2%
40	Het is acceptabel dat ouderen zelf bijbetalen voor hulp bij langer thuis wonen die beter aansluit bij hun eigen wensen en voorkeuren.	2,9%	11,6%	24,4%	43,3%	14,5%	3,57	0,98	14,5%	24,4%	57,8%
41	Mensen mogen zelf betalen voor extra keuze of extra comfort, zolang iedereen toegang houdt tot noodzakelijke hulp en zorg.	2,1%	4,5%	14,6%	50,0%	25,4%	3,96	0,89	6,6%	14,6%	75,4%

Tabel B4.2 Resultaten online enquête langer thuis wonen en mantelzorg

Noot. De resultaten zijn gebaseerd op 517 online respondenten. De percentages en gemiddelde scores zijn gewogen. De antwoordcategorie 'Weet ik niet / geen mening' is niet als aparte kolom opgenomen; daardoor tellen de vijf weergegeven antwoordcategorieën niet noodzakelijk op tot 100%. De gemiddelde Likert-score is berekend over de inhoudelijke antwoordcategorieën van 1 = helemaal oneens tot 5 = helemaal eens.

Tabel B4.3 vergelijkt per stelling de gemiddelde Likert-score en het percentage eens of helemaal eens in de nameting van het Burgerforum met de online enquête. De verschillen zijn berekend als online enquête minus nameting. Positieve waarden betekenen dat de score of het percentage instemming in de online enquête hoger ligt dan in de nameting; negatieve waarden betekenen dat deze lager liggen.

Thema	Nr.	Stelling	Gem. nameting	Gem. online enquête	Verschil gem.	% eens nameting	% eens online enquête	Verschil
Mentale gezondheid	1	Het is nu vaak onduidelijk waar iemand met mentale klachten het best terecht kan.	3,88	3,54	-0,34	75,0%	59,0%	-16,0 pp
Mentale gezondheid	2	Mensen met mentale klachten moeten nu te vaak bij verschillende organisaties aankloppen voordat zij passende hulp krijgen.	4,08	4,02	-0,06	87,5%	75,0%	-12,5 pp

Thema	Nr.	Stelling	Gem. nameting	Gem. online enquête	Verschil gem.	% eens nameting	% eens online enquête	Verschil
Mentale gezondheid	3	De huidige wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg zijn onacceptabel.	4,39	4,38	-0,01	83,3%	84,4%	+1,1 pp
Mentale gezondheid	4	Zorgverzekeraars doen te weinig om mensen met lange wachttijden te helpen.	3,74	4,01	+0,27	62,5%	61,4%	-1,1 pp
Mentale gezondheid	5	Bij mentale klachten moet eerst goed worden gekeken naar wat er speelt, voordat passende hulp wordt gekozen.	4,38	3,93	-0,45	91,7%	75,3%	-16,4 pp
Mentale gezondheid	6	Mensen met mentale klachten moeten in hun regio op één plek terecht kunnen voor een eerste beoordeling.	3,79	3,96	+0,17	66,7%	72,6%	+5,9 pp
Mentale gezondheid	7	Voor mensen met mentale klachten moet hulp dicht bij huis beschikbaar zijn.	4,13	4,09	-0,04	83,3%	81,8%	-1,5 pp
Mentale gezondheid	8	Bij mentale klachten door problemen als schulden, eenzaamheid of werkstress moet ook worden gekeken naar andere vormen van hulp of ondersteuning dan geestelijke gezondheidszorg.	4,04	4,01	-0,03	83,3%	75,3%	-8,0 pp
Mentale gezondheid	9	Er moet een duidelijke route zijn om snel meer hulp in te zetten als iemands situatie verslechtert.	4,33	4,21	-0,12	91,7%	84,1%	-7,6 pp
Mentale gezondheid	10	Als er extra geld beschikbaar is voor mentale gezondheid, moet dit vooral naar preventie gaan.	3,74	3,62	-0,12	70,8%	60,1%	-10,7 pp
Mentale gezondheid	11	Als er extra geld beschikbaar is voor mentale gezondheid, moet dit vooral gaan naar snelle laagdrempelige hulp, zodat mentale klachten niet erger worden.	3,88	3,70	-0,18	79,2%	65,0%	-14,2 pp
Mentale gezondheid	12	Extra geld voor mentale hulp moet vooral gaan naar mensen met ernstige mentale klachten.	4,46	4,08	-0,38	95,8%	84,3%	-11,5 pp
Mentale gezondheid	13	Mensen met ernstige mentale klachten moeten sneller worden geholpen dan mensen met lichtere klachten.	2,38	2,91	+0,53	8,3%	32,0%	+23,7 pp
Mentale gezondheid	14	Mensen bij wie mentale klachten snel kunnen verergeren, moeten voorrang krijgen bij hulp.	3,54	3,50	-0,04	62,5%	59,9%	-2,6 pp

Thema	Nr.	Stelling	Gem. na-meting	Gem. online enquête	Verschil gem.	% eens nameting	% eens online enquête	Verschil
Mentale gezondheid	15	Jongeren met mentale klachten mogen sneller hulp krijgen dan volwassenen.	3,68	3,55	-0,13	54,2%	56,5%	+2,3 pp
Mentale gezondheid	16	Mensen met ernstige mentale klachten moeten sneller worden geholpen dan mensen met lichtere klachten.	4,17	4,07	-0,10	83,3%	81,0%	-2,3 pp
Mentale gezondheid	17	Mensen zonder steun van familie of vrienden moeten sneller hulp krijgen dan mensen met een sterk sociaal netwerk.	4,33	4,22	-0,11	95,8%	85,7%	-10,1 pp
Mentale gezondheid	18	Mensen die door mentale klachten uitvallen op werk, school of gezin moeten sneller hulp krijgen.	4,46	4,23	-0,23	95,8%	86,7%	-9,1 pp
Mentale gezondheid	19	Mensen bij wie mentale klachten snel kunnen verergeren, moeten voorrang krijgen bij hulp.	3,54	3,83	+0,29	58,3%	68,3%	+10,0 pp
Mentale gezondheid	20	Jongeren met mentale klachten mogen sneller hulp krijgen dan volwassenen.	4,38	4,24	-0,14	91,7%	86,8%	-4,9 pp
Mentale gezondheid	21	Mensen die al lang wachten moeten eerder geholpen worden, ook als hun klachten minder ernstig zijn.	4,12	3,97	-0,15	83,3%	75,8%	-7,5 pp
Mentale gezondheid	22	Mensen zonder steun van familie of vrienden moeten sneller hulp krijgen dan mensen met een sterk sociaal netwerk.	4,21	4,17	-0,04	91,7%	84,0%	-7,7 pp
Mentale gezondheid	23	Mensen die door mentale klachten uitvallen op werk, school of gezin moeten sneller hulp krijgen.	3,78	3,86	+0,08	58,3%	68,6%	+10,3 pp
Mentale gezondheid	24	Zorgaanbieders, gemeenten en verzekeraars moeten goed samenwerken bij mentale hulp.	3,87	3,78	-0,09	75,0%	65,7%	-9,3 pp
Mentale gezondheid	25	Een groter deel dan de huidige 6% van de totale zorguitgaven moet naar de geestelijke gezondheidszorg gaan.	3,75	3,89	+0,14	66,7%	70,9%	+4,2 pp
Mentale gezondheid	26	Een hogere zorgpremie is aanvaardbaar als daardoor wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg korter worden.	4,17	4,06	-0,11	87,5%	83,0%	-4,5 pp

Thema	Nr.	Stelling	Gem. na-meting	Gem. online enquête	Verschil gem.	% eens nameting	% eens online enquête	Verschil
Mentale gezondheid	27	Het is niet aanvaardbaar als mensen met minder geld duidelijk minder mogelijkhe-den hebben om snel mentale hulp te krijgen.	4,48	4,09	-0,39	91,7%	83,4%	-8,3 pp
Langer thuis wonen	1	Zelfredzaamheid mag niet betekenen dat ouderen en naasten alles zelf moeten regelen.	4,29	4,12	-0,17	87,5%	83,7%	-3,8 pp
Langer thuis wonen	2	Bij problemen rond langer thuis wonen moet niet alleen gekeken worden naar zorg, maar ook naar wonen, dagelijks leven, veiligheid en sociaal contact.	4,62	4,39	-0,23	100,0%	94,0%	-6,0 pp
Langer thuis wonen	3	Langer thuis wonen is alleen wenselijk als de oudere zich thuis ook veilig en onder-steund voelt.	4,25	4,33	+0,08	91,7%	91,4%	-0,3 pp
Langer thuis wonen	4	Thuis blijven wonen mag geen doel op zichzelf worden als de kwaliteit van leven daardoor achteruitgaat.	4,04	4,31	+0,27	79,2%	85,5%	+6,3 pp
Langer thuis wonen	5	Soms is thuis blijven wonen niet meer verantwoord, ook als iemand dat zelf graag wil.	4,54	4,25	-0,29	95,8%	86,6%	-9,2 pp
Langer thuis wonen	6	Het is nu vaak onduidelijk waar ouderen of naasten te-recht kunnen als thuis wonen moeilijker wordt.	4,26	4,03	-0,23	87,5%	70,1%	-17,4 pp
Langer thuis wonen	7	Ouderen moeten in hun regio op één plek terecht kunnen voor een eerste gesprek over hulp, ondersteuning of zorg thuis.	4,25	4,17	-0,08	83,3%	81,3%	-2,0 pp
Langer thuis wonen	8	Ook hulp tegen eenzaamheid en sociaal isolement hoort tot de ondersteuning die de overheid moet helpen orga-niseren of financieren.	4,04	4,01	-0,03	83,3%	75,3%	-8,0 pp
Langer thuis wonen	9	Ouderen moeten eerder kunnen verhuizen naar een passende woonvorm, voordat de situatie thuis vastloopt.	4,33	4,21	-0,12	91,7%	84,1%	-7,6 pp
Langer thuis wonen	10	Het is aanvaardbaar dat ou-deren met weinig steun om zich heen meer hulp krijgen om thuis te kunnen blijven wonen dan ouderen met een groter netwerk.	3,74	3,62	-0,12	70,8%	60,1%	-10,7 pp

Thema	Nr.	Stelling	Gem. nameting	Gem. online enquête	Verschil gem.	% eens nameting	% eens online enquête	Verschil
Langer thuis wonen	11	Niet iedereen zal altijd alle hulp of ondersteuning kunnen krijgen die hij of zij wenst.	3,88	3,70	-0,18	79,2%	65,0%	-14,2 pp
Langer thuis wonen	12	Ik vind mantelzorg acceptabel als het gaat om lichte hulp, zoals gezelschap, boodschappen, administratie of dingen regelen.	4,46	4,08	-0,38	95,8%	84,3%	-11,5 pp
Langer thuis wonen	13	Ik vind mantelzorg acceptabel als het gaat om persoonlijke verzorging, zoals wassen.	2,38	2,91	+0,53	8,3%	32,0%	+23,7 pp
Langer thuis wonen	14	Ik vind mantelzorg acceptabel als het gaat om eenvoudige medische taken, zoals toezien op medicijngebruik.	3,54	3,50	-0,04	62,5%	59,9%	-2,6 pp
Langer thuis wonen	15	Ik vind mantelzorg acceptabel als het gaat om emotionele steun, zoals omgaan met angst of zorgen.	3,68	3,55	-0,13	54,2%	56,5%	+2,3 pp
Langer thuis wonen	16	Ik vind mantelzorg acceptabel als het gaat om persoonlijke verzorging, zoals wassen.	4,17	4,07	-0,10	83,3%	81,0%	-2,3 pp
Langer thuis wonen	17	Of mantelzorg voor mij acceptabel is, hangt af van hoe zwaar de zorg lichamelijk is voor de mantelzorger.	4,33	4,22	-0,11	95,8%	85,7%	-10,1 pp
Langer thuis wonen	18	Of mantelzorg voor mij acceptabel is, hangt af van hoe zwaar de zorg mentaal is voor de mantelzorger.	4,46	4,23	-0,23	95,8%	86,7%	-9,1 pp
Langer thuis wonen	19	Ik vind mantelzorg acceptabel als het gaat om eenvoudige medische taken, zoals toezien op medicijngebruik.	3,54	3,83	+0,29	58,3%	68,3%	+10,0 pp
Langer thuis wonen	20	Ik vind mantelzorg acceptabel als het gaat om emotionele steun, zoals omgaan met angst of zorgen.	4,38	4,24	-0,14	91,7%	86,8%	-4,9 pp
Langer thuis wonen	21	Of mantelzorg voor mij acceptabel is, hangt af van de persoonlijke band tussen mantelzorger en oudere.	4,12	3,97	-0,15	83,3%	75,8%	-7,5 pp
Langer thuis wonen	22	Of mantelzorg voor mij acceptabel is, hangt af van hoe zwaar de zorg lichamelijk is voor de mantelzorger.	4,21	4,17	-0,04	91,7%	84,0%	-7,7 pp

Thema	Nr.	Stelling	Gem. na-meting	Gem. online enquête	Verschil gem.	% eens nameting	% eens online enquête	Verschil
Langer thuis wonen	23	Of mantelzorg voor mij acceptabel is, hangt af van hoe zwaar de zorg mentaal is voor de mantelzorger.	3,78	3,86	+0,08	58,3%	68,6%	+10,3 pp
Langer thuis wonen	24	Of mantelzorg voor mij acceptabel is, hangt af van of anderen uit het netwerk de zorg ook kunnen uitvoeren.	3,87	3,78	-0,09	75,0%	65,7%	-9,3 pp
Langer thuis wonen	25	Of mantelzorg voor mij acceptabel is, hangt af van de verwachte duur van de mantelzorg.	3,75	3,89	+0,14	66,7%	70,9%	+4,2 pp
Langer thuis wonen	26	Of mantelzorg voor mij acceptabel is, hangt af van hoe intensief de mantelzorg is.	4,17	4,06	-0,11	87,5%	83,0%	-4,5 pp
Langer thuis wonen	27	Of mantelzorg voor mij acceptabel is, hangt af van de reisafstand tussen de mantelzorger en de oudere.	4,48	4,09	-0,39	91,7%	83,4%	-8,3 pp
Langer thuis wonen	28	Of mantelzorg voor mij acceptabel is, hangt af van de impact op het dagelijks leven van de mantelzorger.	3,33	3,33	0,00	45,8%	47,0%	+1,2 pp
Langer thuis wonen	29	Of mantelzorg voor mij acceptabel is, hangt af van of de mantelzorger dit vrijwillig wil doen.	4,17	3,96	-0,21	83,3%	73,3%	-10,0 pp
Langer thuis wonen	30	Of mantelzorg voor mij acceptabel is, hangt af van of anderen uit het netwerk de zorg ook kunnen uitvoeren.	4,54	4,37	-0,17	95,8%	91,8%	-4,0 pp
Langer thuis wonen	31	Of mantelzorg voor mij acceptabel is, hangt af van of professionals de zorg ook kunnen uitvoeren.	4,83	4,34	-0,49	100,0%	89,9%	-10,1 pp
Langer thuis wonen	32	Of mantelzorg nodig is, hangt af van wat de oudere in het dagelijks leven niet meer zelf kan doen.	4,08	4,00	-0,08	79,2%	73,8%	-5,4 pp
Langer thuis wonen	33	Of mantelzorg nodig is, hangt af van hoe veilig de situatie van de oudere is.	4,62	4,46	-0,16	95,8%	92,2%	-3,6 pp
Langer thuis wonen	34	Het is aanvaardbaar dat van naasten verwacht wordt dat zij mantelzorg geven als dat mogelijk is.	4,38	4,08	-0,30	87,5%	74,2%	-13,3 pp
Langer thuis wonen	35	Het is aanvaardbaar dat iemand mantelzorg weigert, ook zonder dit uitgebreid te hoeven uitleggen.	4,71	4,31	-0,40	95,8%	87,3%	-8,5 pp

Thema	Nr.	Stelling	Gem. nameting	Gem. online enquête	Verschil gem.	% eens nameting	% eens online enquête	Verschil
Langer thuis wonen	36	Mantelzorgers moeten duidelijker kunnen aangeven waar voor hen de grens ligt.	4,50	4,24	-0,26	87,5%	82,0%	-5,5 pp
Langer thuis wonen	37	Mantelzorgers moeten makkelijker hulp kunnen krijgen als het tijdelijk te zwaar wordt.	4,22	4,25	+0,03	87,5%	85,0%	-2,5 pp
Langer thuis wonen	38	Werkgevers moeten meer rekening houden met werknemers die intensieve mantelzorg geven.	4,04	4,24	+0,20	79,2%	84,5%	+5,3 pp
Langer thuis wonen	39	Als de overheid meer inzet op langer thuis wonen, moet zij ook meer regelen voor ondersteuning van mantelzorgers.	3,62	2,69	-0,93	54,2%	30,2%	-24,0 pp
Langer thuis wonen	40	Als de overheid verwacht dat naasten veel mantelzorg geven, mag daar ook financiële compensatie tegenover staan.	4,29	3,57	-0,72	87,5%	57,8%	-29,7 pp
Langer thuis wonen	41	Zorgaanbieders, gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren moeten beter samenwerken rond ouderen die thuis wonen.	4,50	3,96	-0,54	91,7%	75,4%	-16,3 pp

Tabel B4.3 Vergelijking nameting Burgerforum en online enquêtes

Noot. De nametingsresultaten zijn gebaseerd op de deelnemers aan het Burgerforum. De online resultaten zijn gebaseerd op 537 online respondenten voor mentale gezondheid en 517 online respondenten voor langer thuis wonen en mantelzorg. De online gemiddelden en percentages zijn gewogen. Verschil = online enquête minus nameting; verschillen in percentages zijn weergegeven in procentpunten (pp).



Contact
Nederlandse Zorgautoriteit
Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Telefoon algemeen (030) 296 81 11

In opdracht uitgevoerd door
Radboudumc