

duidelijk dat er volgens hem niets mis is met het DBC-systeem *als zodanig*. Net als in het gewraakte citaat, dat letterlijk luidt: ‘De GGZ moet het geld nu verdienen met diagnose-behandelcombinaties. Daarmee is op zichzelf niets mis, ware het niet dat het mechanisme van oud naar nieuw een enorm financieringsprobleem heeft veroorzaakt.’ Dat De Beer zich wél druk maakt over de financieringsproblemen vinden wij vanzelfsprekend. Wat ons echter verbaast is dat De Beer al de door hem gesignaleerde problemen los lijkt te zien van het stelsel zelf, maar ze uitsluitend toeschrijft aan de onwil en het opportunisme van andere partijen.

Wij betwisten dat we onze grieven eenzijdig bij GGZ Nederland neerleggen. De boodschap is juist dat alle betrokken partijen – ook de professionals zelf – steken hebben laten vallen. Het is dan ook toe te juichen dat De Beer zorgverzekeraars en overheid aanspreekt op hun verantwoordelijkheid. Zijn geloofwaardigheid zal echter toenemen als hij ook een kritisch oog heeft voor de rol van zijn eigen organisatie.

Het streven van GGZ Nederland om de betekenis van de GGZ voor cliënt en samenleving voor het voetlicht te brengen, steunen wij ten volle. Wij zijn vóór transparantie. Maar dan wel op een manier die recht doet aan de dagelijkse zorgpraktijk en die gedragen wordt door de professionals. Op beide punten voldoet de stelselwijziging niet. De gecreëerde schijntransparantie zal ertoe leiden dat ingrijpende beleidsbeslissingen meer en meer worden genomen op basis van abstracte databasegegevens die niet corresponderen met de dagelijkse zorgpraktijk. En dat is iets waar

we ons allemaal zorgen over zouden moeten maken. Vandaar onze oplossing: zet beleidsmakers en professionals bij elkaar om tot een stelsel te komen waarin beiden zich kunnen vinden.

\* zowel het artikel in *MGV* 09 - 7|8 als deze repliek is op op persoonlijke titel geschreven

FRED LEFFERS EN THIJS EMONS

## Samenwerking GGZ en sociaal raadsliedenwerk noodzakelijk

Veel mensen met een chronisch psychiatrische aandoening worstelen met ernstige materiële en financiële problemen. Enerzijds omdat zij veelal een grote afstand tot de arbeidsmarkt hebben en vaak in een positie van sociale uitsluiting zijn beland; anderzijds omdat zij ten gevolge van hun handicap (tijdelijk) niet uit de voeten kunnen met de ingewikkelde eisen die overheidsinstanties stellen om gebruik te kunnen maken van voorzieningen. Een voorbeeld hiervan is het aanvragen van de zorgtoeslag bij de belastingdienst. Een van de eerste stappen is het aanvragen van de *digi-d code*, waarna nog een aantal bureaucratische hobbels moeten worden genomen. Dit is in het algemeen al een ingewikkelde opgave, laat staan voor mensen die het al moeilijk hebben.

De huidige veranderingen in de AWBZ met betrekking tot de financiering van

ondersteunende begeleiding en de PGB-problematiek maken het niet makkelijker. Daarom vragen veel mensen met chronische psychiatrische problematiek – eventueel via familie of vrienden – advies bij instituten voor sociaal raadsliedenwerk of schuldhulpverlening. Sociaal raadslieden ([www.sociaalraadslieden.nl](http://www.sociaalraadslieden.nl)) wijzen de weg in de ingewikkelde wereld van wetten, regelingen, formulieren en (overheids-)instellingen. Schuldhulpverleners brengen orde aan in financiële chaos en onderhandelen met schuldeisers om een dragelijke schuldregeling tot stand te brengen. Het sociaal raadsliedenwerk en de schuldhulpverlening worden bekostigd uit gemeentelijke subsidies.

Om deze mensen goed te kunnen helpen is het van belang dat de verschillende hulpverleningsinstanties goed samenwerken. Al sinds jaar en dag pleit men voor de zogenaamde ketenbenadering maar ondanks alle goedbedoelde investeringen blijken er nog steeds hiaten in samenwerking te bestaan. Zo loopt de samenwerking tussen sociaal raadsliedenwerk en schuldhulpverlening enerzijds en geestelijke gezondheidszorg anderzijds nog niet bepaald vlekkeloos.

Tijdens verschillende congressen, bijeenkomsten en trainingen in 2007 en 2008 wisselden sociaal raadslieden ervaringen uit over het werken met deze doelgroep. Volgens de deelnemers bleek steeds dat er nauwelijks samenwerking is met de GGZ. Navraag onder de beroepsgroepen in de GGZ maakt dit ook duidelijk. Overleg en verwijzen gaat moeizaam. De sociaal raadslieden zeggen kennis en vaardigheden te missen om met mensen met een psychiatrische achtergrond om te gaan.

Medewerkers van de GGZ daarentegen kennen het werkveld van sociaal raadslieden nauwelijks en staan niet altijd stil bij sociaal juridische problemen, zo blijkt uit een rondgang langs verschillende GGZ-instellingen en ervaringen van sociaal raadslieden.

Onderstaande casus is voorbeeld van een stagnerende samenwerking tussen de GGZ en het sociaal raadsliedenwerk.

- . Annabel, een jonge vrouw van 28 jaar,
- . heeft last van extreme en snel wisselende stemmingen. Ze is erg instabiel
- . en impulsief. Ze is altijd bang om in de steek gelaten te worden. Vooral
- . de laatste tijd gebruikt ze regelmatig softdrugs en veel alcohol en gaat
- . relaties aan met verschillende mannen. In korte tijd heeft ze al haar geld
- . erdoorheen gejaagd, ondanks het feit dat ze een schuldsaneringsregeling
- . heeft. Regelmatig komt ze zonder afspraak bij de sociaal raadvrouw of
- . schuldhulpverlener. De laatste keer dat ze daar kwam, wilde ze opnieuw een
- . lening afsluiten om haar schulden af te lossen. Ze dreigt uit haar kamer gezet
- . te worden en leeft onder de armoedegrens. Wanneer de sociaal raadvrouw
- . haar confronteert met de beperkingen van de schuldsaneringsregeling, reageert ze suïcidaal. Onduidelijk is of ze
- . staat ingeschreven bij de GGZ. De sociaal raadvrouw wil de GGZ consulteren
- . maar daar geeft men geen informatie vanwege privacyoverwegingen. Op
- . de vraag van de raadvrouw of ze kan overleggen over deze casus wordt niet
- . ingegaan omdat cliënte waarschijnlijk niet bekend is bij de GGZ.

In deze casus lukt het niet om gezamenlijk de problemen aan te pakken. Door gebrekkige samenwerking tussen de GGZ en het sociaal raadsliedenwerk (en onbekendheid met elkaars werkveld) ontstaat voor de cliënt een onduidelijke en onveilige situatie. En dat terwijl structuur voor haar zo belangrijk is: vasthouden aan de gemaakte afspraken, exact aangeven wat wel en niet verwacht kan worden van de begeleiding.

### **Werkbezoek**

Omdat de problematiek vaak zeer gecompliceerd is, is het juist bij deze doelgroep belangrijk dat goed wordt samengewerkt met de GGZ-behandelaar. Die samenwerking moet concreet het volgende inhouden: afstemming met en toestemming vragen aan de cliënt over de gezamenlijke hulpverlening; regulier overleg tussen beide organisaties over de hulpverlening aan gezamenlijke cliënten; snelle inzetbaarheid van de GGZ bij crisissituaties; en organiseren van intervisie over gezamenlijke cliënten. Beide organisaties zouden elkaar op regionaal en lokaal niveau beter moeten leren kennen. Ze kunnen gebruikmaken van elkaars expertise, maar wellicht ook van elkaars financiële bronnen. In bovenstaande casus gaat het dan ook om een samenwerking tussen GGZ, sociaal raadslieden én de gemeente. Alle betrokken organisaties dienen daarbij op de hoogte te zijn van elkaars visie en werkwijze. Onderlinge werkbezoeken kunnen hierbij helpen. Ook kan men dan afspraken maken over consultatie en verwijsmogelijkheden tussen beide werkvelden.

Om de kennisachterstand bij het sociaal raadswerk op het gebied van psychiatrie weg te werken, is voorlichting en

deskundigheidsbevordering noodzakelijk. Niet om te behandelen maar om goed te kunnen verwijzen. Voor medewerkers van de GGZ is het aan de andere kant belangrijk dat ze meer inzicht krijgen in sociaal juridische en financiële aspecten van de problematiek van hun cliënten. Het creëren van mogelijkheden om met elkaar structureel over cliënten te kunnen overleggen is dan een logische vervolgstap. Medewerkers van het sociaal raadswerk en de GGZ zouden elkaar kunnen uitnodigen bij de wederzijdse cliëntenbespreking van beide organisaties. Zo kunnen cliënten met zowel sociaaljuridische als psychiatrische problematiek besproken worden in zogenaamde (F) ACT (functie assertive community treatment)-teams van de GGZ. Deze wijkgerichte ambulante vorm van hulp wordt in Nederland gezien als de gouden standaard. De (F) ACT-methodiek organiseert als het ware permanent 'weefsel' rondom kwetsbare mensen. De kern van (F) ACT is dat de hulp zich richt op meerdere levensgebieden tegelijk (psychiatrische zorg, praktische hulp, maatschappelijke ondersteuning, dagbesteding, woonondersteuning en wat er verder nog nodig is) en op plaatsen waar de cliënt zich bevindt. Toestemming van de cliënt is hierbij een essentiële voorwaarde. Vanuit bemoezorgactiviteiten zouden ook OGGZ-teams een belangrijke rol kunnen spelen bij het signaleren van de (financiële) problematiek.

### **Ketensamenwerking**

Er zijn in het land verschillende voorbeelden van integrale samenwerkingsmodellen die gebruikt kunnen worden voor dit werkveld. Te denken valt aan

het samenwerkingsmodel tussen het algemeen maatschappelijk werk en de GGZ. Of het Diabolomodel: een multidisciplinaire samenwerkingsmodule eerste lijns-GGZ. Van belang is dat het sociaal raadswerk ook onderdeel gaat uitmaken van de bestaande hulpverleningsketen in een regio. De brancheorganisaties GGZ Nederland en de Maatschappelijk Ondernemersgroep (MO-Groep; [www.mogroep.nl](http://www.mogroep.nl)), kunnen hierbij een initiële rol vervullen.

Ten slotte: Het is opvallend dat er weinig onderzoek is gedaan naar de mate van sociaal juridische problemen en armoede onder cliënten met langdurige psychiatrische problematiek. We weten dus niet om hoeveel mensen het gaat, hoe groot de armoede is en wat wij daar aan zouden kunnen doen. Dit pleit voor het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek op dit onontgonnen terrein zodat er een goede basis ligt om de hulpverlening aan deze mensen te verbeteren en sociale uitsluiting te voorkomen.

#### **SJAAK BOON**

Gezondheidswetenschapper, Hoorn,  
zelfstandig adviseur voor welzijn en zorg,  
adviseur eerstelijns-GGZ, GGZ-NHN

## **Schizofrenie**

Het verslag over het Schizofreniecongres 2008 van de Schizofreniestichting ( door P.C. Groot in *MGV* 09-5 ) geeft mij aanleiding voor een reactie. In dit verslag staat de lezing van Jim van Os over een nieuwe naamgeving voor schizofrenie centraal.

Groot interpreteert dit volgens hem zeer belangwekkende verhaal zodanig dat er mogelijk binnenkort belangrijke veranderingen rond de diagnose schizofrenie op komst zijn. Een deel van de vierhonderd aanwezigen hield er waarschijnlijk een andere mening op na – gezien de opmerkingen uit de zaal. Het lijkt me wenselijk dat de lezers van *MGV* niet uitsluitend de opvattingen van Groot krijgen voorgeschoteld.

Een gedeelte van de professionals die zich met schizofrenie bezighouden, laat zich al sedert jaar en dag heel negatief uit over de diagnose schizofrenie. Zij stellen dat wetenschappelijk gezien het begrip schizofrenie elke fundering mist en het daarom ook als diagnose maar helemaal geschrapt moet worden. Schizofrenie is volgens hen ook geen ziekte waar je om het te krijgen aanleg voor moet hebben, maar zou voornamelijk veroorzaakt worden door traumatische ervaringen in de jeugd. De diagnose schizofrenie is erg stigmatiserend en richt daardoor bij patiënten onnodig grote schade aan. Er moet broodnodig een nieuwe benaming komen die minder stigmatiserend is. Deze opvattingen worden in Nederland vooral verspreid door Marius Romme en zijn opvolger Jim van Os (beiden in Maastricht) en vinden een zekere aanhang.

Nu hebben zij natuurlijk wel een punt; schizofrenie is allerminst een goed gefundeerd concept, mensen met heel uiteenlopende ziektebeelden krijgen dezelfde diagnose en schizofrenie wordt veelal gebruikt als een soort containerbegrip. Het is helemaal niet moeilijk dit soort kritiek te leveren, het is allemaal groten-deels nog waar ook. Een groot deel van de