

Verkenning schulden en GGZ

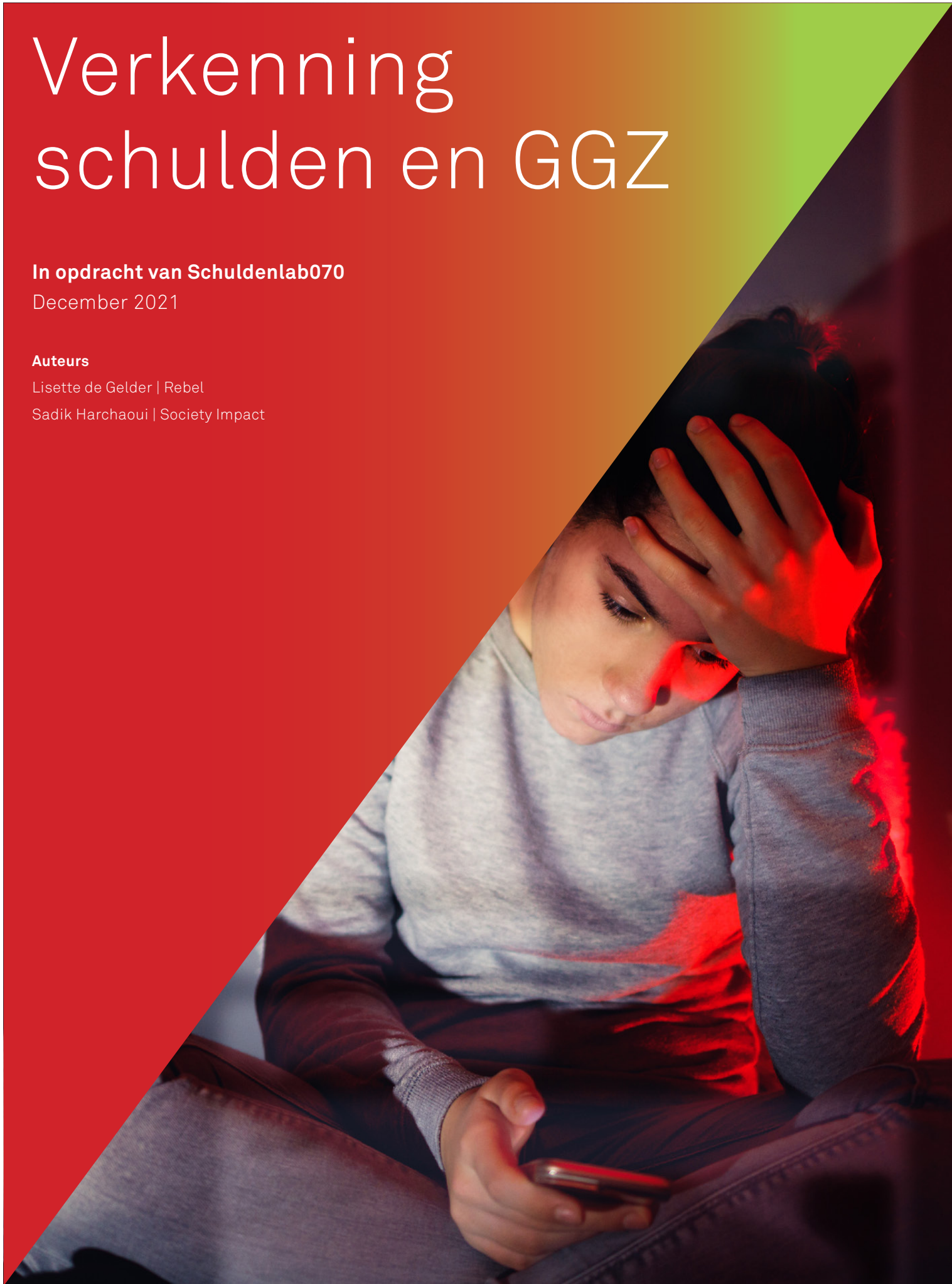
In opdracht van Schuldenlab070

December 2021

Auteurs

Lisette de Gelder | Rebel

Sadik Harchaoui | Society Impact



Inhoudsopgave

Management samenvatting	4
1 Psychische problematiek, wat is het eigenlijk?	8
2 De relatie tussen psychische problematiek en schuldenproblematiek	15
3 Procesketen bij psychische problematiek en schuldenproblematiek	21
4 Veranderingen in het GGZ systeem	26
5 Mogelijke oplossingsrichtingen voor de doelgroep	33
Bronnen	35
Bijlage	37

Colofon

Verkenning schulden en GGZ
in opdracht van Schuldenlab070

Auteurs

Lisette de Gelder | Rebel
Sadik Harchaoui | Society Impact
met medewerking van
Tom Gommans | Rebel

Voor meer informatie

Sadik Harchaoui
Sadik@societyimpact.nl

December 2021

Leeswijzer

Deze verkenning is opgesteld door Rebel en Society Impact ter ondersteuning aan Schuldenlab070 om tot een gamechanger voor mensen met psychische problematiek en schulden in Den Haag te komen. Een gamechanger pakt knelpunten in het huidige systeem op innovatieve manier aan.

De verkenning start met een managementsamenvatting met daarin de belangrijkste bevindingen. Dit wordt gevolgd door de aangrijpingspunten voor de beoogde gamechanger. Daarna volgt de inhoudelijke verdieping die aan deze aangrijpingspunten ten grondslag ligt. Daarbij gaat het om een korte beschouwing van wat we als psychische problematiek beschouwen in Nederland, aangevuld met wetenschappelijk onderzoek over de relatie tussen psychische- en schuldenproblematiek en de prevalentie hiervan in Nederland en Den Haag.

Dan worden de belangrijkste knelpunten in de procesketen beschreven, gevolgd door een beschouwing van relevante veranderingen in het GGZ systeem. We sluiten af met mogelijke oplossingsrichtingen voor de knelpunten uit de verkenning.

Inleiding

'It takes a city to solve debt'. Dit besef heeft geleid tot de start van Schuldenlab070 vijf jaar geleden (www.schuldenlab070.nl). De schuldenproblematiek in de stad is immers dermate groot dat de gemeente dit niet alleen kan oplossen. En dus wordt er in een brede coalitie van publieke en private partijen gewerkt om niet alleen het reguliere proces van schuldhulp te verbeteren, maar vooral innovatieve projecten te ontwikkelen en te realiseren. Projecten die sociale impact maken en duurzaam gefinancierd kunnen worden.

Inmiddels tekent Schuldenlab070 voor de nodige 'gamechangers' die een nieuw perspectief bieden aan inwoners van de gemeente. Projecten waar de resultaten goed zijn en die ook landelijke opvolging krijgen. Denk hierbij aan de innovatieve aanpak voor gezinnen met complexe problematiek vanuit de eerste Health Impact Bond in Nederland (SOHOS) die thans door het Instituut voor Publieke Waarden (IPW) onder de Doorbraakmethode in heel Nederland wordt opgeschaald (www.doorbraakmethode.nl). Of het Jongerenperspectieffonds met een aanpak die zich richt op jongeren met geen of weinig inkomen, maar wel veel schulden (www.jongerenperspectieffonds.nl). Society Impact fungeert bij de ontwikkeling en realisatie van al deze 'gamechangers' als buitenboordmotor en zorgt ervoor dat de fase van innovatieve concepten verbonden worden met een actiegerichte werkwijze van publieke en private partijen.

Omdat de projecten ook goed gemonitord worden, komen steeds nieuwe leerpunten en knelpunten naar boven. Zo blijkt uit de impactmeting en de praktijk blijkt dat psychiatrische problematiek onder jongeren een groot vraagstuk dat verdere verbetering van hun perspectief in de weg staat. Al geruime tijd geleden heeft Schuldenlab070 de GGZ problematiek als urgent maatschappelijk vraagstuk geagendeerd dat het oplossen van schulden nog complexer maakt. Hier is ook een zoektocht op gestart om te komen tot vernieuwende oplossingen. De hiervoor genoemde impactmeting is een bevestiging van de noodzaak een coalitie te vormen en tot een gedragen werkbare aanpak te komen met perspectiefverbetering voor de inwoners waar het om gaat.

In oktober 2021 organiseerde Schuldenlab070 een webinar over de integrale aanpak van GGZ & schulden. Voor dit webinar werd door Society Impact en Rebel een verkenning geschreven om de mogelijke relaties tussen deze twee vraagstukken bloot te leggen. Het webinar is vervolgens gebruikt als input om de verkenning verder te verrijken. Het (voorlopige) eindresultaat ligt nu voor. Voorlopig, omdat de verkenning uitdrukkelijk is bedoeld om een actiegerichte dialoog te starten met alle betrokken partijen met als ambitie de ontwikkeling van een pilot of een project dat kan uitgroeien tot een volgende gamechanger onder de paraplu van Schuldenlab070. Mocht dit succesvol zijn, dan kan de kennis worden overgedragen aan andere gemeenten.

Management samenvatting



Aard en omvang psychische problematiek

In 2019 waren er in Nederland bijna 1,8 miljoen personen met psychische problemen bekend bij de huisarts. Volgens het Trimbos instituut heeft 42% van de mensen in Nederland in hun hele leven één of meerdere psychische aandoeningen.

Psychische problematiek wordt een stoornis, wanneer deze een belemmering vormt in het dagelijks leven. De mate waarin deze stoornissen een belemmering vormen in het dagelijks leven, kunnen sterk verschillen, en de benodigde hulp daarom ook. In 2013 hadden zo'n 50.000 personen in Den Haag een zorgtraject. Daarvan hebben 12.600 personen een Ernstige Psychiatrische Aandoening (EPA). In 2017 woonden in de regio Haaglanden 2.265 personen in een GGZ of Beschermd Wonen instelling. Daarmee heeft den Haag ten opzichte van het landelijk gemiddelde een relatief hoog percentage personen met psychische problematiek.

Psychische problemen hebben een spill-over effect hebben naar andere leefgebieden:

- Mensen met psychische problemen hebben minder vaak betaald werk;
- De mensen met psychische problemen maken meer verzuim kosten dan hun collega's zonder psychische problemen;
- Mensen met psychische problemen hebben vaker communicatie en interactie problemen met andere mensen.

Psychische- en schuldenproblematiek versterken elkaar

Uit onderzoek blijkt dat de causale relatie tussen schulden en psychische problematiek twee kanten op werkt.

- Schulden veroorzaken stress, waardoor een persoon moeilijker gedragspatronen doorbreekt of nieuw gedrag aanleert. Ook zorgt het voor meer negatieve emoties.
- Tegelijkertijd zorgen psychische problemen er voor dat iemand onverantwoorde uitgaven kan doen, problemen krijgt in de interactie met anderen, en schuldenlast of financiële stress negatiever ervaart. Hierdoor kunnen schulden ontstaan of verergeren.

In Den Haag is het aandeel van zowel de groep van mensen met psychische problemen als met schulden relatief hoog ten opzichte van heel Nederland:

- Zo zijn er naar schatting zo'n 50.000 personen met een hoog risico op mentale problemen;
- Ook zijn er in Den Haag zo'n 36 100 huishoudens met geregistreerde problematische schulden.

In de praktijk zien we veel overlap van problematiek:

- Op basis van percentages uit Engels onderzoek (Jenkins, Fitch, Hurlston en Walker, 2009) kan worden geschat dat er in ieder geval 12.000 personen zijn die én hoog risico op mentale problemen én schulden hebben in Den Haag.
- Onderzoek van het CPB en project Sociaal Hospitaal toont aan dat de huishoudens met schulden (36 1000) zo'n 30% meer (geestelijke) gezondheidszorg kosten maken.

Knelpunten voor doelgroep waarbij zowel psychische als schuldenproblematiek speelt

De doelgroep kan via twee wegen hulp zoeken: via de schuldhelpverlening, of via de psychische hulpverlening. In beide sporen komt een aantal knelpunten naar voren:

1. Het vinden van het juiste toegangskloket

Er is niet één toegangskloket voor de doelgroep; en de loketten van gemeente, zorgaanbieder, wijkteam kunnen lastig te vinden zijn. Zeker voor specifieke doelgroepen die het systeem niet goed kennen.

2. Onjuiste doorverwijzing/het niet herkennen van problematiek

Doordat de doelgroep vaak complex is en meerdere problemen heeft, wordt een persoon na aanmelding niet altijd direct naar de juiste hulpverlening geleid. Dit vertraagt het hulpverleningsproces.

3. Uitsluitende voorwaarden voor hulpverlening

Doordat gemeenten en zorgaanbieders zelf voorwaarden kunnen stellen aan cliënten, kan een persoon geweigerd worden voor een hulpverleningstraject, bijvoorbeeld wanneer iemand met schulden niet openstaat voor psychische hulp. Hierdoor kunnen mensen hulpverlening mislopen, terwijl de problematiek verergert.

4. Wachtlijsten GGZ

Er zijn lange wachtlijsten voor de GGZ. Wanneer een persoon niet tegelijkertijd aan beide problemen kan werken, kan het schulden traject minder effectief zijn.

5. Ineffectieve GGZ-hulpverlening

Wanneer door een ineffectief schuldhulpverleningstraject, of door het niet in aanmerking komen voor een schuldhulpverleningstraject een persoon's schulden niet worden opgelost, kan een GGZ traject minder effectief zijn. Hierdoor kan het langer duren voor de hulpverlening kan worden afgerond, of moet het zonder effect worden afgerond.

Veranderingen in stelsel kennen mogelijk onwenselijke neveneffecten

Vanaf 1 januari 2022 verandert de bekostiging van zowel de basis GGZ als de specialistische GGZ. Een ex-ante evaluatie van het model laat een aantal mogelijke nadelen zien:

- Het prikkelt mogelijk niet tot doelmatigheid en efficiëntie, waardoor wachtlijsten juist langer kunnen worden.
- Daarnaast moet een patiënt voor ieder jaar het eigen risico gaan betalen, óók als dit maar één behandeling betreft. Dit kan specifiek voor mensen met schuldenproblematiek tot (extra) problemen leiden.

Wachtlijsten vormen groot probleem in de GGZ

Ondanks veel inzet de afgelopen jaren, blijven de wachtlijsten groeien. Vooral bij doelgroepen met complexe problematiek zijn de wachtlijsten lang. Regio Haaglanden heeft iets lagere wachtlijsten dan gemiddeld, maar springt er wel uit bij eetstoornissen, de restgroep van diagnoses en overige aan middelen gebonden stoornissen.

Op basis van de verkenning kunnen een aantal quick wins worden opgepakt door Schuldenlab 070.

De quick wins zijn:

- Schuldenlab070 kan binnen de gemeente Den Haag aandacht voor vragen voor de **uitsluitende voorwaarden** van de schuldhulpverlening, en uitzoeken op welke doelgroep dit met name van toepassing is.
- Schuldenlab070 kan aansluiten bij bestaande initiatieven om mensen op de wachtlijst voor psychische hulpverlening te ondersteunen. Zo kan er aan bestaande **e-learning modules** van GGZ aanbieders een onderdeel over schulden worden toegevoegd.

- Ook kan Schuldenlab070 een rol spelen in de **kennisbevordering** over schulden bij **GGZ-aanbieders**. Andersom kan Schuldenlab070 ook een rol spelen bij de **kennis- en expertisebevordering** over psychische problematiek **bij gemeentelijke schuldhulpverlening**.

Daarnaast kan Schuldenlab070 de volgende lange termijn interventie(s) het komende jaar in 2 fasen uitwerken:

- Het opzetten van een **actie-onderzoek** onder mensen die op dit moment in een GGZ hulpverleningstraject zitten én schulden hebben (gehad). Het doel van dit onderzoek is om:
 - Te toetsen of de theoretische knelpunten uit deze verkenning ook de daadwerkelijke knelpunten zijn.
 - Te zoeken naar eventuele extra knelpunten.
 - Te zoeken naar mogelijke succesfactoren onder goedlopende trajecten.
 - Het vinden van een potentiële doelgroep voor wie het huidige hulpverleningsaanbod niet voldoende/passend is.
- **Vervolg geven aan het actie-onderzoek** op basis van de uitkomsten.
 - Dit kan zijn het starten van een intensieve pilot onder een specifieke doelgroep waarin schuldhulpverlening en GGZ aanbieders een geïntegreerd traject aanbieden;
 - of juist het geven van aanbevelingen aan GGZ aanbieders en schuldhulpverlening om de samenwerking beter te organiseren;
 - of het starten van een pilot waarin er tijdens de GGZ wachtlijsten een schuldhulptraject wordt opgestart, waarna er een warme overdracht naar de GGZ aanbieder plaatsvindt.

1 | Psychische problematiek, wat is het eigenlijk?



1. Psychische problematiek, wat is het eigenlijk?

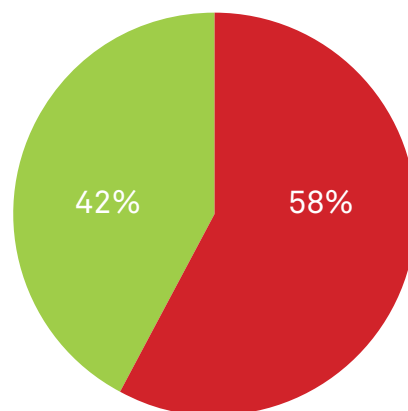
'Psychische problematiek' fungeert als een containerbegrip voor verschillende problemen. Dit kunnen tijdelijke, terugkerende en chronische problemen zijn. Ook kunnen ze licht of zwaar zijn. Ze kunnen veroorzaakt zijn door incidenten, maar ook door een hersenaandoening of een andere lichamelijke kwaal. Psychische problematiek wordt over het algemeen niet gediagnosticeerd op oorzaak, maar op het type problemen dat iemand ervaart en zijn of haar dagelijks leven belemmerd. De International Classification of Primary Care (ICPC) maakt daarom onderscheid tussen 'psychische klachten' en 'psychische ziekten' (Wessels, Lomans, 2021).

In Nederland gebruiken huisartsen standaard de ICPC-1 voor het coderen en classificeren van aandoeningen en klachten (NHG tabel 24 ICPC, 2020). Om in aanmerking te komen voor (door de zorgverzekeraar vergoede) behandeling in de tweedelijns (Generalistische Basis GGZ, Specialistische GGZ), moet de huisarts een vermoeden hebben van een DSM gespecificeerde stoornis bij een patiënt (NHG kenniscentrum, 2021). De DSM-5 (De Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) is een wetenschappelijk onderbouwd handboek van de Amerikaanse vereniging van psychologen, dat hiertoe ook in Nederland als standaard wordt gebruikt.

Het verschil tussen een diagnose door middel van de DSM die in de GGZ wordt gebruikt, en een classificering door de huisarts, is dat in de DSM niet wordt gesproken over klachten, ziekte of aandoening, maar over stoornissen. Een probleem wordt een stoornis, wanneer deze een belemmering vormt in het dagelijks leven (Wessels, Lomans, 2021).

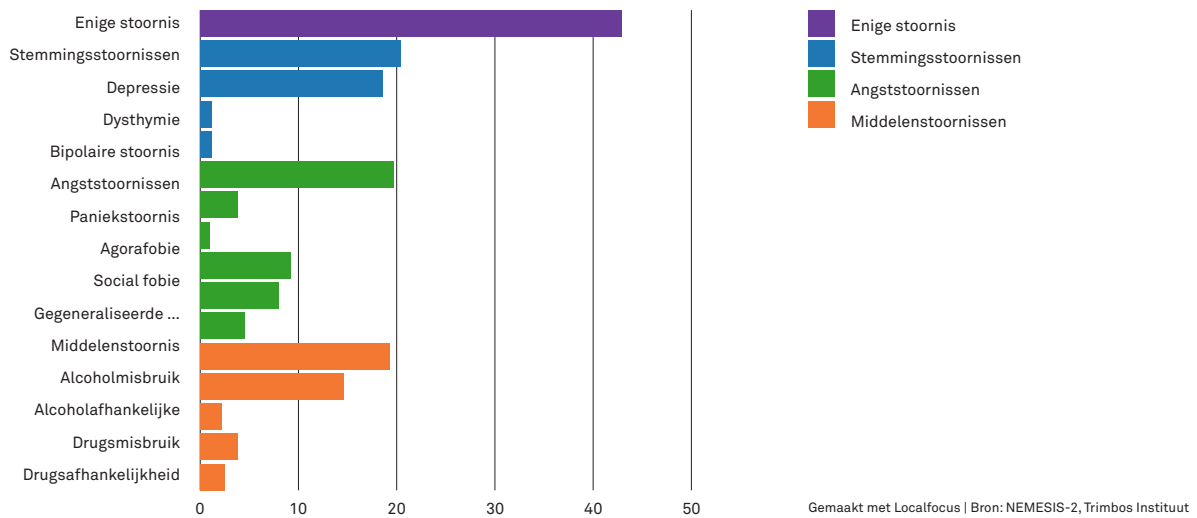
Zowel de registraties van psychische klachten door de huisartsen, als de DSM-classificatie van psychische stoornissen, helpen inzicht te creëren in de prevalentie van GGZ problematiek in Nederland:

- Nivel publiceert ieder jaar hoeveel personen bij de huisartsenpraktijk bekend zijn met psychische problemen (ICPC codes P70-P99): in 2019 waren dit bijna 1,8 miljoen personen (De Staat van Volksgezondheid en Zorg, 2019).
- Trimbos volgt in hun NEMESIS-2 studie respondenten langere tijd met meerdere metingen over het voorkomen, ontstaan, verloop en de consequenties van psychische aandoeningen bij volwassenen tot 64 jaar. Zij beschrijven de psychische aandoening middels de DSM-V. Zo hebben zij gevonden dat afgelopen jaar zo'n 18% van de Nederlandse bevolking één of meerdere psychische aandoeningen had. Daarnaast heeft ruim 42% van de mensen op hun hele leven één of meerdere psychische aandoeningen (Trimbos, 2021).



Ruim 42% van de Nederlanders heeft tijdens hun hele leven één of meerdere psychische aandoeningen (Trimbos)

1 | Psychische problematiek, wat is het eigenlijk?



Op basis van het NEMESIS-2 onderzoek, publiceert Trimbos de meest voorkomende psychische stoornissen, verdeeld in drie hoofdcategorieën. In bovenstaande afbeelding wordt de prevalentie in % over de gehele levensloop van mensen beschreven. In de afgelopen 12 maanden kwamen angststoornissen het meeste voor. Depressie komt als specifieke stoornis het vaakst voor (Trimbos, 2021).

Hoe speelt dit in de gemeente Den Haag?

Volgens het CBS maakte in 2017 5018 vrouwen op de 100 000 inwoners boven de 18 in de regio Haaglanden gebruik van een zorgtraject in de tweedelijns GGZ, en 6194 mannen. Dit ligt hoger dan het Nederlands gemiddelde van 4510 vrouwen en 5581 mannen per 100 000 vrouwen (CBS Statline, 2021). Op basis van 549.163 inwoners (Den Haag in Cijfers) in de gemeente Den Haag, zijn dit zo'n 60.000 personen.

Volgens de gezondheidsmonitor 2020 liep 10% van de volwassenen in Den Haag een hoog risico op een angststoornis of depressie. Op basis van 481.615 inwoners vanaf 20 jaar (CBS indeling zijn per 5 jaar) komt dit neer op minimaal 48.161 personen. Dit is een relatief hoog percentage ten opzichte van het landelijk gemiddelde van 6.4%.



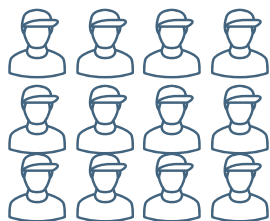
10% van de Haagse volwassenen loopt hoog risico op een angststoornis of depressie. Dit zijn zo'n **48.161 personen** (Gezondheidsmonitor, 2020)

Welke soorten psychische stoornissen zijn er?

De mate waarin psychische stoornissen een belemmering vormen in het dagelijks leven, kunnen sterk verschillen, en de benodigde hulp daarom ook. Wanneer na doorverwijzing van de huisarts iemand hulpverlening krijgt binnen de generalistische basis of specialistische GGZ, wordt er een diagnose- behandel combinatie (DBC) aangevraagd bij de zorgverzekeraar. Vanaf volgend jaar (2022), verandert dit systeem (zie pagina 22 voor verdere toelichting).

Vektis verzamelt alle data van zorgverzekeraars, waaronder de DBC-registraties. Op basis van die informatie zijn nieuwe clusters van psychische stoornissen geïdentificeerd. Een voorbeeld van een groep die opvalt is de EPA-populatie (mensen met Ernstige Psychiatrische Aandoeningen):

- Binnen deze categorie vallen mensen die ofwel een DBC Schizofrenie hebben, 3 jaar lang een DBC voor specialistische GGZ hulp hebben gehad, chronisch basis GGZ behandelingen krijgen, personen die langdurig opgenomen en/of een bepaalde hoeveelheid medicatie voor een bipolaire of psychotische stoornis voorgeschreven krijgen.
- Zo'n 210.000 mensen vallen in de EPA populatie, het percentage t.o.v. de totale populatie verschilt per gemeente. Van de totale populatie van Den Haag zijnde 549.163 personen valt 2.3% in de EPA categorie: zo'n 12.600 personen (Den Haag in Cijfers, 2021, Vektis, 2020). Opvallend is dat het merendeel van de landelijke populatie (180.000 mensen) niet is opgenomen, maar ambulante zorg krijgt (EhdK, 2021). In de bijlage wordt deze groep verder uitgediept.



2.3% van de Haagse populatie heeft een Ernstige Psychiatrische Aandoening (EPA). Dit zijn zo'n **12.600** personen (Vektis)

Eerder in dit hoofdstuk is genoemd dat prevalentie van psychische stoornissen volgens het NEMESIS onderzoek het afgelopen jaar 18% van de bevolking betrof (zo'n 3 miljoen mensen uitgaande van een bevolking van 17.5 miljoen (CBS Bevolkingsteller, 2021).

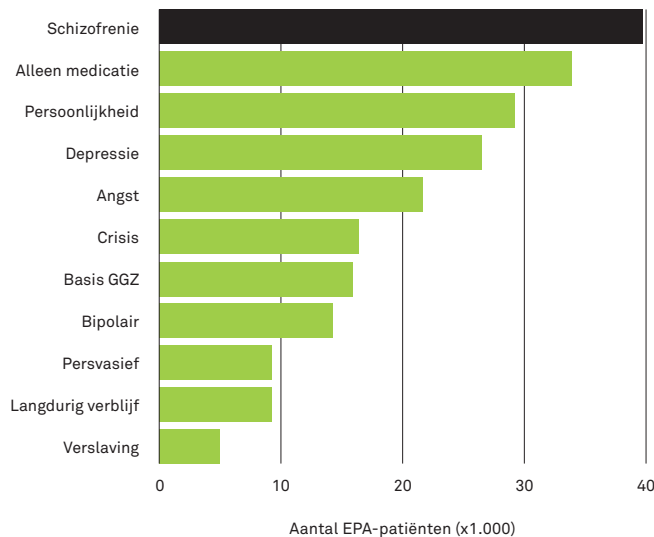
Uit de registratie van de huisartsen bleek dat er zo'n 1,8 miljoen personen met psychische problemen bekend zijn bij de huisarts. Uit onderzoek blijkt dat de signalering van psychische problemen bij huisartsen of andere professionals nog beperkt is (KPMG, 2019). Het blijft dus lastig om goed zicht te hebben op de totale omvang van de doelgroep, en om te bepalen wie onderdeel uitmaakt van 'de doelgroep'.

De complexiteit van psychische aandoeningen

Een andere complexiteit bij psychische aandoeningen, is dat bij een groot aantal mensen met een psychische stoornis, er tegelijkertijd ook sprake is van een andere stoornis: dit heet comorbiditeit. Uit het NEMESIS onderzoek blijkt dat er in de afgelopen 12 maanden bij zo'n 32,6% van de mensen met een psychische stoornis sprake was van comorbiditeit (zo'n 5,8% van de totale bevolking) (Trimbos, 2010).

Het verschilt per stoornis hoe vaak comorbiteit voorkomt. Zo heeft meer dan 40% van de mensen met een stemmingsstoornis ook last van een andere stoornis. Bij mensen met een verslaving komt dit een stuk minder vaak voor (De Graaf, Bijl, Smit, Vollebergh & Spijker, 2002).

Ook een categorie als 'de EPA-populatie' is heel divers. In de figuur hiernaast is weergegeven hoeveel EPA-patiënten welke stoornis hebben. Ook hier geldt dat het hebben van meerdere stoornissen mogelijk is (Vektis, 2020).



Leefproblemen die optreden bij psychische problemen

Psychische problemen worden stoornissen wanneer deze een belemmering vormen in het dagelijks leven van een persoon. Daarmee kan de stoornis ook andere leefgebieden raken. Welke leefgebieden geraakt worden, verschilt per stoornis en per persoon.

Een groep die opvalt, is de groep mensen die in een GGZ-instelling of beschermd wonen verblijft, en dus niet zelfstandig meer kan wonen tijdens het ondergaan van de behandeling (of die überhaupt niet zelfstandig kan blijven wonen). In 2017 betrof dit landelijk zo'n 52 duizend personen en in de regio Haaglanden 2.265 personen (Vektis, 2019). Door de ambulantisering van de GGZ (zoveel mogelijk hulp buiten de instellingen), daalt het percentage personen in de instellingen al jaren (Vektis, 2019).

1 | Psychische problematiek, wat is het eigenlijk?



In de GGD regio Haaglanden wonen op dit moment **2.265** personen in een instelling. Dit aantal is door de ambulantisering al jaren dalende (Vektis)

Naast de mogelijke impact van een GGZ stoornis of behandeling op de woonsituatie van een persoon, is er ook een correlatie met de arbeidssituatie.

Zo heeft van de mensen met psychische problemen een kwart betaald werk, terwijl dit onder de algemene bevolking driekwart is. Ruim de helft van de arbeidsongeschikten in 2019 had als hoofddiagnose 'psychische aandoening', dit zijn zo'n 410 duizend mensen die per jaar (Wessels, Lomans, 2021).

Ook bij de mensen die wel betaald werk hebben, zijn er verschillen met hun collega's zonder psychische problematiek. Zo worden de verzuimkosten van een depressie geschat op 1,8 miljard euro per jaar voor de half miljoen mensen tussen de 18 en 64 jaar die deze klachten hebben (Wessels, Lomans, 2021).

Daarnaast kunnen er ook problemen ontstaan in de interactie en communicatie met anderen (Fitch et al. 2007), die in sterke mate de positie van een persoon in de samenleving beïnvloeden.

Samengevat

'Psychische problematiek' fungeert als een containerbegrip voor verschillende problemen. Psychische problematiek wordt een stoornis, wanneer deze een belemmering vormt in het dagelijks leven.

In 2019 waren er in Nederland bijna 1,8 miljoen personen met psychische problemen bekend bij de huisarts. Volgens het Trimbos instituut heeft 42% van de mensen in Nederland op hun hele leven één of meerdere psychische aandoeningen.

In Den Haag lopen volgens de gezondheidsmonitor 2020 48.161 volwassenen hoog risico op een angststoornis of depressie. In 2017 hadden zo'n 60.000 personen in Den Haag een zorgtraject (CBS Statline, 2021). Daarmee heeft den Haag ten opzichte van het landelijk gemiddelde een relatief hoog percentage aan personen met psychische problematiek.

De mate waarin deze stoornissen een belemmering vormen in het dagelijks leven, kunnen sterk verschillen, en de benodigde hulp daarom ook. Zo zijn er in Den Haag 12.600 personen met een Ernstige Psychiatrische Aandoening (EPA). En heeft zo'n 32,6% van de mensen met een psychische stoornis last van 2 stoornissen tegelijk (comorbiditeit).

De impact van psychische problematiek kan zo groot zijn, dat iemand wordt opgenomen. In 2020 woonden in de gemeente 's Gravenhage 2080 personen in een Beschermd Wonen instelling (CBS Statline, 2021).

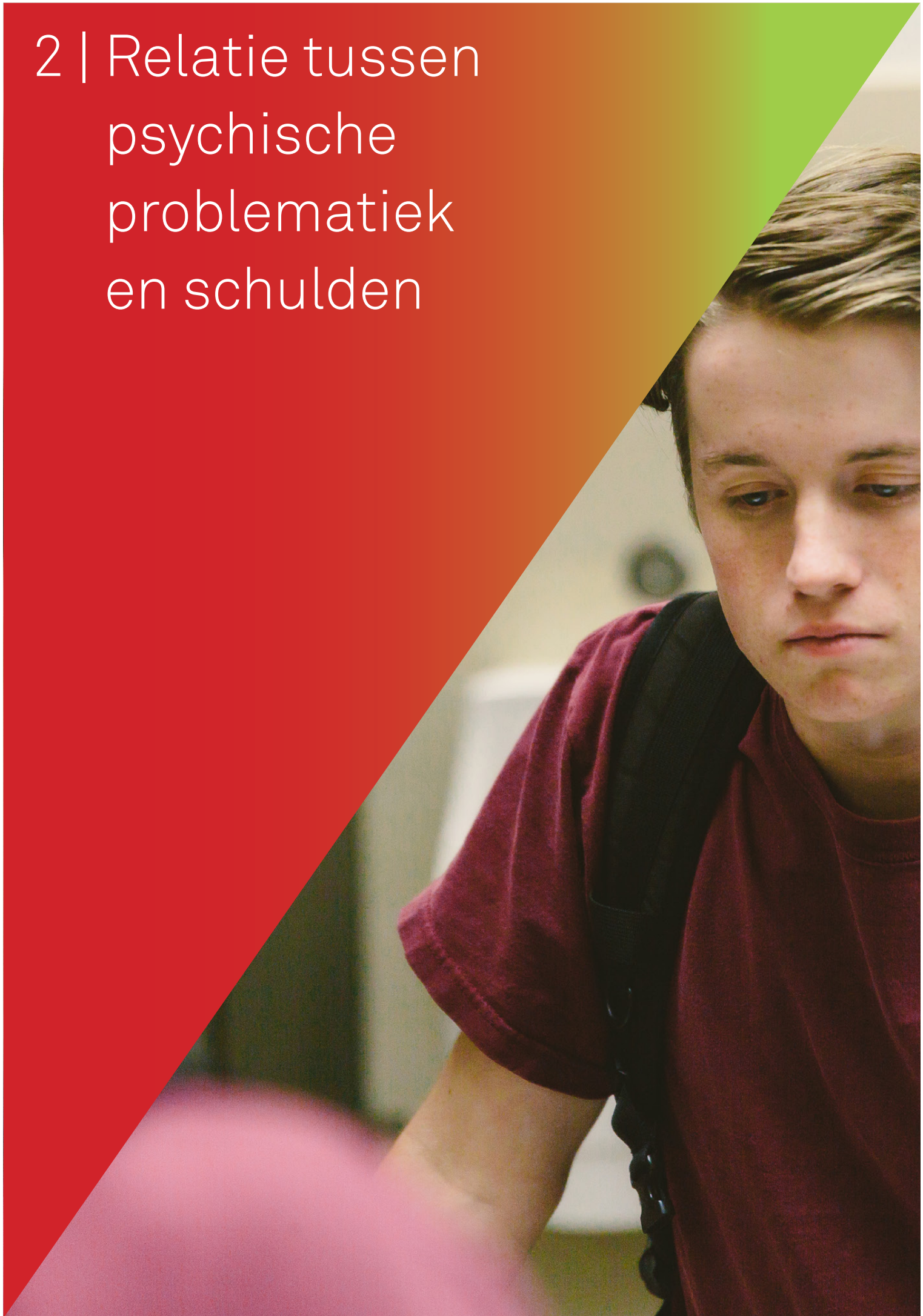
Ook kunnen psychische problemen invloed hebben op andere leefgebieden:

- Mensen met psychische problemen hebben minder vaak betaald werk;
 - De mensen met betaald werk maken meer verzuim kosten dan hun collega's zonder psychische problemen;
 - De positie van een persoon in de maatschappij kan worden beïnvloed door communicatie en interactie problemen.
-
- In 2019 waren er in Nederland bijna 1,8 miljoen personen met psychische problemen bekend bij de huisarts. Volgens het Trimbos instituut heeft 42% van de mensen in Nederland op hun hele leven één of meerdere psychische aandoeningen. Psychische problematiek wordt een stoornis, wanneer deze een belemmering vormt in het dagelijks leven.
 - De mate waarin deze stoornissen een belemmering vormen in het dagelijks leven, kunnen sterk verschillen, en de benodigde hulp daarom ook. In 2017 hadden zo'n 60.000 personen in Den Haag een zorgtraject. Daarvan hebben 12.600 personen een Ernstige Psychiatrische Aandoening (EPA).
 - In 2020 woonden in de gemeente Den Haag 2 080 personen in een Beschermd Wonen instelling. Daarmee heeft den Haag ten opzichte van het landelijk gemiddelde een relatief hoog percentage aan personen met psychische problematiek.

Psychische problemen hebben een **spill-over** effect hebben naar andere leefgebieden:

- Mensen met psychische problemen hebben minder vaak betaald werk;
- De mensen met betaald werk maken meer verzuim kosten dan hun collega's zonder psychische problemen;
- De positie van een persoon in de maatschappij kan worden beïnvloed door communicatie en interactie problemen.

2 | Relatie tussen psychische problematiek en schulden



2. Relatie tussen psychische- en schuldenproblematiek

Inzicht in de causale relatie

In zijn **position paper** uit 2018 schetst professor Wilco van Dijk dat het hebben van schulden invloed heeft op de cognitieve processen van mensen. Hierin benoemt hij dat mensen door financiële problemen informatie meer 'heuristisch' gaan verwerken, waardoor we afgaan op onze intuïtie, gewoontes en impulsen. Door financiële problemen ervaren we minder controle over situaties, en raken we gestrest. Op korte termijn kan dit een functionele reactie zijn, maar langdurige stress zorgt ervoor dat we minder presteren, meer gaan piekeren, en meer negatieve emoties ervaren (van Dijk, 2018).

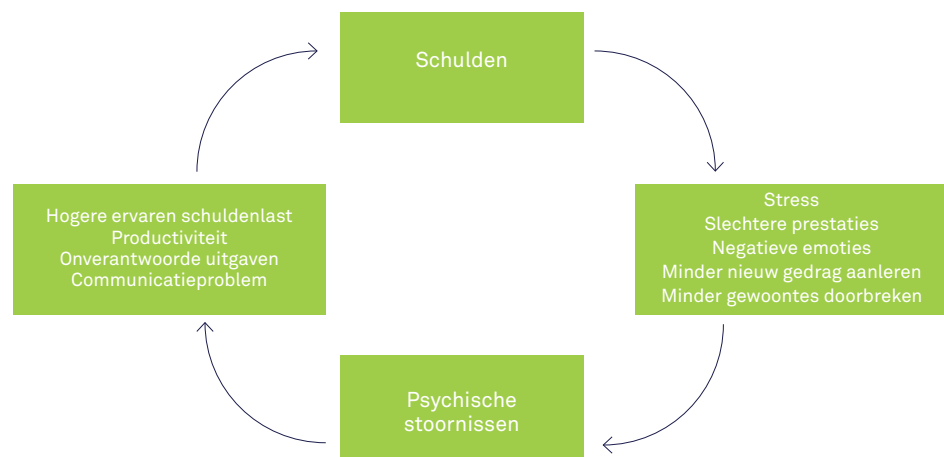
Van Dijk haalt onderzoek aan van Sapolsky (2017), dat aantoont dat financiële problemen de werking van hersenprocessen verminderen die er onder andere voor zorgen dat we onderscheid kunnen maken tussen wat urgent en niet urgent is, nieuw gedrag kunnen aanleren, gewoontes kunnen doorbreken en gedrag kunnen bijsturen.

Eind 2020 hebben Amerikaanse onderzoekers een overzicht van bewezen relaties tussen armoede en mentale problemen gepubliceerd. Zo leidt armoede tot zorgen, slechtere fysieke gezondheid, meer geweld en criminaliteit en een lagere sociale status; deze factoren hebben invloed op stemmings- en angststoornissen (Ridley, Rao, Schilbach, Patel, 2020).

De rol van deze hersenprocessen werkt ook omgekeerd. In zijn onderzoek naar de relatie tussen schulden en depressie benoemt John Gathergood dat het mentale welzijn van een persoon ook invloed heeft op hoe mensen hun schuldenlast ervaren (2012).

Stemming- en angststoornissen hebben ook invloed op productiviteit, voorkeuren en overtuigingen, economische keuzes, emancipatie onder vrouwen en ontwikkelingen als kind, die weer leiden tot een grotere kans op armoede (Ridley, Rao, Schilbach, Patel, 2020).

Daarnaast zijn er stoornissen waarbij het maken van schulden een direct gevolg is van die stoornis. Zo kunnen mensen in een manische episode allerlei onverantwoorde uitgaven doen, waardoor ze schulden maken (Eikelenboom, Van Gool, Schmand, & Van der Mast, 2008). Ook kunnen psychoses en ernstige depressies tot eerder genoemde communicatieproblemen leiden, waardoor mensen niet tijdig contact zoeken met schuldeisers en instanties om zo betalingsproblemen te voorkomen (Fitch et al, 2007).



Inzicht in de correlatie: onderzoek naar mensen met psychische problematiek

Naast inzichten in de onderliggende mechanismen, is onderzoek gedaan naar de prevalentie van deze problemen in de praktijk. Zo tonen verschillende wetenschappelijke studies aan dat mensen met psychiatrische aandoeningen relatief vaak te maken hebben met schulden (Fitch, Simpson, Collard, & Teasdale, 2007).

Internationaal onderzoek uit 2014 vond dat mensen die moeite hadden met het terugbetalen van schulden, relatief vaker een (kleine) psychische afwijking hadden, dan mensen geen moeite hadden met het terugbetalen. Het onderzoek vond dat hierin geen onderscheid te maken was tussen de verschillende type afwijkingen (Turunen, Hiilamo, 2014),

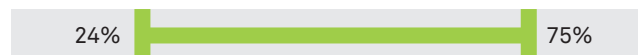
Uit een Engels onderzoek bleek dat 24% van de mensen met een 'mental health illness' schulden had, terwijl dit maar voor 8% van de algemene bevolking gold (van Jenkins, Fitch, Hurlston en Walker, 2009). Schuldenproblematiek kwam onder die groep dus drie keer zo vaak voor dan gemiddeld. Volgens het CBS dashboard 'schuldenproblematiek in beeld' had eind 2020 7.6% van de Nederlandse huishoudens (614.270 huishoudens) geregistreerde problematische schulden (CBS, 2021). Dit percentage komt sterk overeen met dat uit het Engelse onderzoek.

Ook in Nederland zien we een correlatie. Onderzoek van de Hogeschool Utrecht stelt dat zo'n driekwart van de cliënten van maatschappelijk werk, verslavingszorg, GGZ of MEE een schuldsituatie heeft; een substantieel deel van hen heeft onoplosbare schulden (Hogeschool Utrecht, NVVK, 2014).

Een quick scan van Federatie Opvang uit 2019, laat een wat genuanceerder beeld zien. Professionals uit GGZ instellingen en die ambulante begeleiding bieden werden gevraagd hoeveel procent van hun cliënten schulden hadden. Het grootste deel van professionals uit GGZ instellingen gaf aan dat 25-50% of 50-75% van hun cliënten schulden heeft. Onder professionals die ambulante begeleiding bieden, lag dat wat lager.

Hoe speelt dit in de gemeente Den Haag?

De cijfers en percentages uit de hierboven beschreven studies kunnen niet goed met elkaar vergeleken worden. Zo is er geen eenduidige definitie van schulden en spreken de studies van personen en/of huishoudens. Dit maakt de mogelijke bandbreedte heel groot:



Door uit te gaan van de bevindingen uit het onderzoek van Jenkins, Fitch, Hurlston en Walker kan wel een conservatieve inschatting worden gemaakt van het aantal personen met psychische problematiek en schulden in Den Haag.

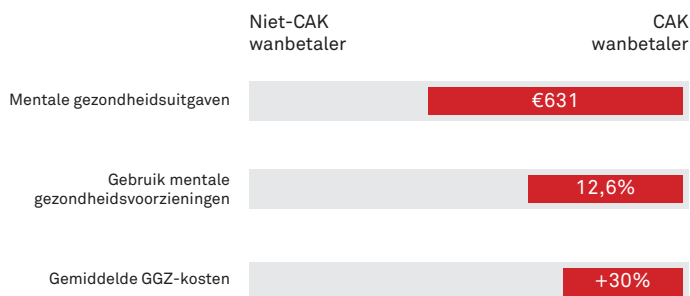
Uitgaande van zo'n 50.000 personen met een GGZ traject ofwel hoog risico op mentale problemen in den Haag, heeft zo'n 12.000 van hen ook enige mate van schuldenproblematiek. Dit aantal zou hoger kunnen zijn, afhankelijk van de definitie van psychische problematiek en/of schulden.

Diverse Nederlandse studies hebben onderzocht in hoeverre mensen personen die schulden hebben, ook psychische klachten hebben.

De Hogeschool Utrecht en Regioplan hebben in 2011 een dossier studie gedaan onder mensen in de schuldhulpverlening. Daaruit bleek dat bijna een kwart van de schuldenaren in het jaar voor de intake contact had met maatschappelijk werk en bijna tien procent met GGZ. Daarnaast had 45 procent van de klanten bij intake geestelijke gezondheidsklachten en was er bij 9 procent sprake van een verslaving (Hogeschool Utrecht, Regioplan, 2011).

Een zeer recent gepubliceerd discussie stuk van het CPB geeft hier op landelijk niveau inzicht in (2021), middels microdata van het CBS is de relatie tussen problematische schulden (middels de indicator: wanbetalers zorgpremie) en mentale gezondheidsproblemen (indicatoren: uitgaven aan mentale gezondheidszorg) onderzocht in de periode 2011-2015 (Roos, Diepstraten, Douven, 2021).

De onderzoekers vinden dat jaarlijkse mentale gezondheidszorg uitgaven veel hoger zijn bij de CAK wanbetalers dan bij de niet-CAK wanbetalers (resp. 631 euro en 250 euro in de periode voordat de persoon wanbetaler werd). Ook is het gebruik van mentale gezondheidsvoorzieningen hoger (resp. 12.6% en 7.9%) (Roos, Diepstraten, Douven, 2021).

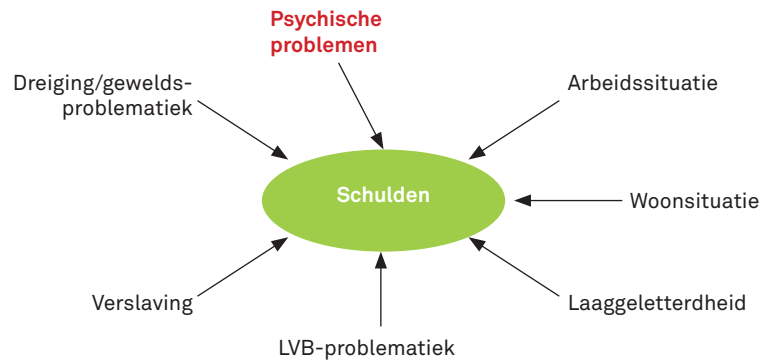


Hun conclusie is dat mensen die problematische schulden krijgen, hogere mentale gezondheidsuitgaven hebben dan mensen zonder problematische schulden; maar ook dat zij in de jaren daarop vaker gebruik maken van mentale gezondheidsvoorzieningen en sociale of financiële ondersteuning. In de 2 jaar na de registratie als wanbetaler, stijgen de gemiddelde GGZ-kosten zelfs met 30% (Roos, Diepstraten, Douven, 2021).

Wat betekent dit in de praktijk?

Wanneer we kijken naar de praktijk van combinaties van psychische problematiek en schuldenproblematiek blijkt dat er ook aanvullende factoren spelen. Dat maakt de relatie tussen schulden en psychische problematiek complex.

Deels komt dit doordat er nog andere leefproblematiek kan spelen die correleert met de schulden. In het vorige hoofdstuk werden al de arbeidssituatie en woonsituatie genoemd. Factoren die ook sterk correleren met schuldproblematiek zijn bijvoorbeeld laaggeletterdheid en LVB problematiek. Zo geeft de NVVK aan dat bijna dertig procent van de personen in de schuldhulpverlening moeite heeft met lezen en schrijven en zo'n twintig procent een lichte verstandelijke beperking of een GGZ diagnose heeft (Movisie, 2020).



Hoe speelt dit in de gemeente Den Haag?

De bevindingen komen overeen met de resultaten van het project Sociaal Hospitaal in Den Haag, dat zich richt op multiprobleem huishoudens. In dit project hebben zorgverzekeraar CZ, de gemeente Den Haag, het instituut voor Publieke Waarden en stichting Society Impact op basis van innovatieve financiering (Health Impact Bonds) laten zien dat mensen met schulden gemiddeld 30% meer zorg consumeren (SOHOS, 2017).

Volgens het CBS dashboard 'schuldenproblematiek' in had eind 2020 zo'n 13.3% van de Haagse huishoudens geregistreerde problematische schulden. Dit komt neer op 36 100 huishoudens. Omdat het CPB onderzoek en het onderzoek van de hogeschool naar het niveau van personen kijkt, en niet naar huishoudens, kan deze data niet 1 op 1 vertaald worden naar een aantal huishoudens in Den Haag.

Wat we wel weten, is dat het aantal Haagse huishoudens met schulden een stuk hoger is dan het landelijk gemiddelde (7.6%). Hierdoor is het aannemelijk dat er ook meer mensen zijn die relatief meer zorg consumeren. Het relatief hoge percentage personen met hoge kans op mentale problemen, bevestigt dit beeld.

Zo heeft de Beschermd Wonen doelgroep relatief veel verschillende leefproblemen (Federatie Opvang, 2019). In de regio Den Haag bestond deze doelgroep gedurende de eerste helft van 2019 uit zo'n 1 870 personen (CBS, 2019).

Samengevat

Uit onderzoek blijkt dat de causale relatie tussen schulden en psychische problematiek twee kanten op werkt:

- Enerzijds veroorzaken schulden stress, waardoor een persoon moeilijk gedragspatronen kan doorbreken en nieuw gedrag kan aanleren. Ook zorgt het voor meer negatieve emoties.
- Tegelijkertijd zorgen psychische problemen er voor dat iemand onverantwoorde uitgaven kan doen, problemen krijgt in de interactie met anderen, en schuldenlast of financiële stress negatiever ervaart. Hierdoor kunnen schulden ontstaan of verergeren.

In Den Haag is het aandeel van zowel de groep van mensen met psychische problemen als met schulden relatief hoog:

Zo zijn er naar schatting zo'n 50.000 personen met een hoog risico op mentale problemen;

- Ook zijn er in Den Haag zo'n 36 100 huishoudens met geregistreerde problematische schulden.

In de praktijk zien we veel overlap van problematiek. Ook spelen er vaak nog extra leefproblemen: zoals problemen met de werksituatie, woonsituatie en sociale situatie.

- Op basis van Engels onderzoek kan worden geschat dat er in ieder geval 12.000 personen zijn die én hoog risico op mentale problemen én schulden hebben.
- Onderzoek van het CPB en gegevens uit het project Sociaal Hospitaal tonen aan dat huishoudens met schulden (36 1000) zo'n 30% meer (geestelijke) gezondheidszorg kosten maken.

3 | Procesketen bij psychische én schuldenproblematiek



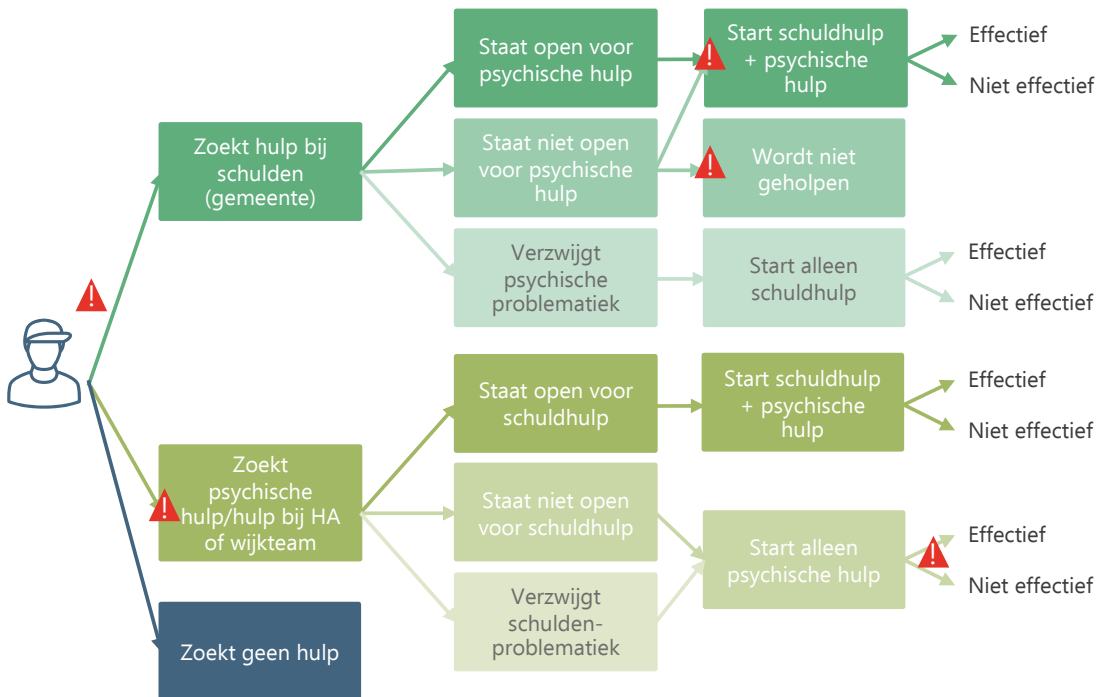
3. Procesketen bij psychische én schulden-problematiek

In het hoofdstuk hiervoor is beschreven hoe de bekostiging en de wachtlijsten binnen de GGZ invloed kunnen hebben op patiënt en zorgverlener. En hoe dit bij cliënten met complexe problematiek en specifieke aandoeningen voor extra knelpunten kan leiden in de behandeling.

In dit hoofdstuk kijken we specifiek naar de cliëntreis voor de doelgroep die GGZ problematiek én schulden heeft, en (in principe) op beide leefgebieden hulp heeft.

In de afbeelding hiernaast is een globale schets gemaakt van de paden die een cliënt hierin kan bewandelen. Daarbij is het ook mogelijk dat een cliënt de reis meerdere keren maakt. Wanneer een cliënt na het traject nog dezelfde hulpvraag heeft als bij de start, zien we dit als een niet effectief traject.

De cliëntreis bestaat uit 2 mogelijke hoofdwegen: hoofdweg 1 is dat een persoon eerst hulp zoekt bij schulden, en hoofdweg 2 is dat een persoon eerst hulp zoekt bij psychische problematiek. Op de volgende sheets worden deze hoofdwegen eerst nader toegelicht. Vervolgens worden de knelpunten beschreven: momenten waarop het traject stopt, vertraagt of ineffectief is.



* Volgens de wet gemeentelijke schuldhulpverlening (Wgs) heeft iedereen recht op schuldhulp. Gemeenten kunnen middels hun beleid echter wel voorwaarden stellen en/of uitsluitingsgronden bepalen.

Toelichting bij de toegangsweg schuldhulpverlening

Op 1 januari 2012 is de wet gemeentelijke schuldhulpverlening (Wgs) in werking getreden. In deze wet staat dat gemeenten ondersteuning moeten bieden aan inwoners met financiële problemen. Op 1 januari 2021 is deze wet aangepast en kunnen gemeenten eerder mensen helpen die door schulden in de problemen dreigen te komen.

Deze wet is echter een kaderwet, dit betekent dat gemeenten zelf mogen bepalen hoe ze de wet invullen en wie er voor schuldhulpverlening in aanmerking komt. Er is daarmee ruimte gekomen om bepaalde groepen uit te sluiten, door in het beleid uitsluitingsgronden op te nemen. Veel gemeenten hebben dit gedaan.

In 2014 heeft de Hogeschool Utrecht deze uitsluitingsgronden geanalyseerd, en vond dat in 13 van de 36 (een derde) van de onderzochte gemeenten, 'lopende behandeling bij verslavingszorg, GGZ of een andere instelling voor een (zwaar) ontregelende belemmering' als uitsluitingsgrond werd genoemd. Iemand die onder behandeling staat, kan afhankelijk van de gemeente waarin hij/zij woont dus toegang tot schuldhulpverlening worden geweigerd.

Een uitsluiting van de schuldhulpverlening kan ook indirect door psychische problematiek komen. Zo laat onderzoek van de Hogeschool Utrecht naar schuldsituaties in de verslavingsreclassering zien dat gemeenten ook screenen op motivatie van de cliënt (Hogeschool Utrecht, 2014).

Mensen met ernstige GGZ problematiek kunnen worden afgewezen door gemeenten op verschillende gronden, die allemaal te maken kunnen hebben met de psychische aandoening van de persoon:

1. Belemmerende houdingskenmerken: moeite met nakomen afspraken, onrealistisch zelfbeeld, wantrouwend zijn.
2. Belemmeringen in financiële vaardigheden: moeite bij prioritering van betalingen, of eisen van hulpverlening niet overzien.
3. Algemene ontregelende kenmerken: geen beoordeling van de eigen situatie maken en/of problematiek niet zien.
4. Ontregelende kenmerken van sociaal netwerk (Hogeschool Utrecht, 2014).

Hoe speelt dit in de gemeente Den Haag?

Eén van de voorwaarden voor schuldhulpverlening bij de gemeente Den Haag is: **Bent u verslaafd of heeft u ernstige psychische problemen? Dan bent u bereid om professionele hulp te zoeken.**

Dit kan leiden tot ongewenste uitsluiting, wanneer de psychische stoornis een persoon belemmert in de motivatie, als er schaamte heerst over de psychische problematiek of als er zodanig slechte ervaringen/beeldvorming is van psychische hulpverlening dat een persoon hier niet meer voor open staat.

Er zijn geen cijfers bekend over het aantal personen dat op basis van deze voorwaarde of andere indirecte indicatoren (zoals motivatie) geweigerd wordt voor de schuldhulpverlening.

Op dit moment is de zorg nog sterk 'domeingericht' georganiseerd, waarbij hulpverlening wordt aangeboden voor een probleem, zoals GGZ problematiek. Mensen met verschillende soorten hulpvragen kunnen vaak niet terecht bij één zorgverlener of zelfs één zorgaanbieder, omdat die niet voldoende expertise heeft (Argo, Pro Facto, 2018).

Ook het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport benoemde in 2016 dat voor mensen met GGZ problematiek (specifiek: autisme, persoonlijkheidsstoornissen en trauma) of LVB problematiek er geen instellingen die zijn ook zorg kunnen bieden voor schulden (Argo, Pro Facto, 2018).

Daarnaast wordt in verschillende beleidsstukken en onderzoeken genoemd dat hulpverlenende organisaties eisen stellen aan de doelgroep voor ze kunnen worden geholpen, zoals het aflossen van de schulden (Argo, Pro Facto, 2018).

Huisarts Hedwig Vos schetst in haar artikel 'huisarts en complexe zorgvraag' een kenmerkende casus:

Een patiënt van 58 jaar heeft ernstige lichamelijke klachten en terugkerende depressies. Enkele jaren geleden maakte hij een roofoverval mee waardoor hij PTSS ontwikkelde. Door die stoornis durft hij niet naar drukke plekken te gaan en blijft hij binnen. Hij is gaan roken en drinken.

Vanwege de fysieke en psychische klachten heeft hij zijn onderneming moeten sluiten. Hij miste hierdoor inkomen en heeft schulden opgebouwd. De huisarts heeft hem verbonden met een sociaal-psychiatrisch professional in de wijk, die schuldsanering heeft aangevraagd en verwijzing naar de GGZ. Zij willen geen indicatie geven en wijzen naar zijn alcoholgebruik; ook heeft de psycholoog een wachtlijst.

Door de schuldsanering verliest de patiënt zijn auto en neemt zijn isolatie en depressiviteit toe. Dit uit hij alleen naar zijn huisarts (Vos, 2019).

Deze casus schetst enerzijds de complexiteit van de problematiek, maar ook de nog veelvoorkomende houding in de GGZ. Eerst 'dit' oplossen, daarna aan de psychische problemen werken.

Zolang een persoon schulden heeft, of andere problemen, is het ook moeilijk om aan psychisch herstel te werken. Professionals in de zorg en het sociaal domein zijn hier in 2014 door de Hogeschool Utrecht over bevraagd.

Zij geven aan dat bij de groep cliënten van maatschappelijk werk, verslavingszorg of GGZ met een problematische of zelfs onoplosbare schuldensituatie, de schulden zoveel aandacht eisen dat er weinig ruimte is voor zaken als medicatie-trouw, opvoeding of afkicken.

Mede door hun stoornis leven ze vaak bij de dag, wat niet bijdraagt aan een beter financieel perspectief op de lange termijn. Hulpverleners moeten hierdoor steeds brandjes blussen, dit kost hen ook heel veel energie. De hulpverlener voelt zich bijna verplicht om aandacht te besteden aan de financiën, omdat hun eigen hulpverlening anders niet aanslaat.

Zowel in de ambulante hulpverlening, als bij instellingen is dit een probleem. Zo komt het vaak voor dat in de Maatschappelijke Opvang de verslaving- of GGZ problematiek onder controle is, maar de financiële problemen in de weg staan van daadwerkelijke uitstroom (Jungmann, 2014).

Hoe speelt dit in de gemeente Den Haag?

Er is geen kwantitatieve informatie beschikbaar over het aantal mensen of trajecten waarbij schulden de psychische hulpverlening vertragen of zelfs onmogelijk maken.

Wel zijn er in Den Haag psychische hulpaanbieders die hun cliënten bijvoorbeeld budget-beheer aanbieden (voorbeeld: Fivoor voor cliënten van forensische en specialistische GGZ). Toch lijkt dit vooral bij hele specifieke doelgroepen te worden ingezet. Zo noemt Parnassia Groep in het jaarverslag van 2019 dat er wordt toegeleid naar schuldhulp.

Knelpunten tijdens de cliëntreis

Knelpunten in de keten zitten zowel in de signalering/aanmelding voor hulp als in de afstemming tussen de verschillende professionals en de inhoudelijke behandeling en begeleiding van de doelgroep. Daarnaast is de doelgroep heel divers en kunnen er per specifieke stoornis of financiële situatie van de cliënt nog extra knelpunten ontstaan.

Het oplossen van deze knelpunten is ook complex. Het nieuwe ZPM hoopt een aantal van de bestaande knelpunten op te lossen, maar zal mogelijk ook weer een aantal nieuwe knelpunten introduceren.

Op basis van de informatie uit deze verkenning, evenals inzichten uit de door Schuldenlab070 georganiseerde webinar over schulden en GGZ op 5 oktober 2021; is een aantal knelpunten relevant om tot mogelijke oplossingsrichtingen te komen in Den Haag.

1

Het vinden van het juiste toegangskloket

Het vinden van ofwel toegang tot schuldhulp ofwel tot de huisarts kan (zeker voor specifieke) doelgroepen lastig zijn. Bijvoorbeeld voor migranten die het Nederlandse zorgstelsel niet kennen, of voor mensen waar de schaamte voor de problematiek zo hoog is dat ze eerst voor andere problemen hulp vragen.

2

Onjuiste doorverwijzing/het niet herkennen van problematiek

Doordat er twee loketten zijn, maar ook doordat voor huisartsen de GGZ-hulpverlening complex kan zijn, kan het voorkomen dat een persoon na aanmelding niet direct naar de juiste intake voor psychische hulpverlening wordt doorgestuurd. Dit vertraagt het proces.

3

Uitsluitende voorwaarden voor hulpverlening

Ondanks dat er geen cijfers bekend zijn over de aantallen, is het mogelijk dat een persoon voor ofwel hulp bij schulden of psychische problematiek geweigerd wordt, omdat deze persoon niet wil of kan werken aan het andere probleem. Hierdoor kunnen beide problemen verergeren.

4

Wachlijsten GGZ

Wanneer een persoon is toegelaten voor zowel schuldhulpverlening als psychische hulpverlening is de kans groot dat deze persoon een tijd op de wachtlijst staat voor GGZ behandeling. Dit kan leiden tot een minder effectief schuldentraject, terwijl zo'n traject in een beperkte periode moet worden afgerond.

5

Ineffectieve hulpverlening

Wanneer een persoon psychische of schuldhulpverlening ontvangt, terwijl de schulden nog niet zijn opgelost of psychische problematiek niet wordt aangepakt, kan dit de effectiviteit van de hulpverlening belemmeren. Dit kan ervoor zorgen dat een traject langer duurt dan gepland, of onsuccesvol moeten worden afgerond.

4 | Veranderingen in de GGZ hulpverlening



Wetten en bekostiging

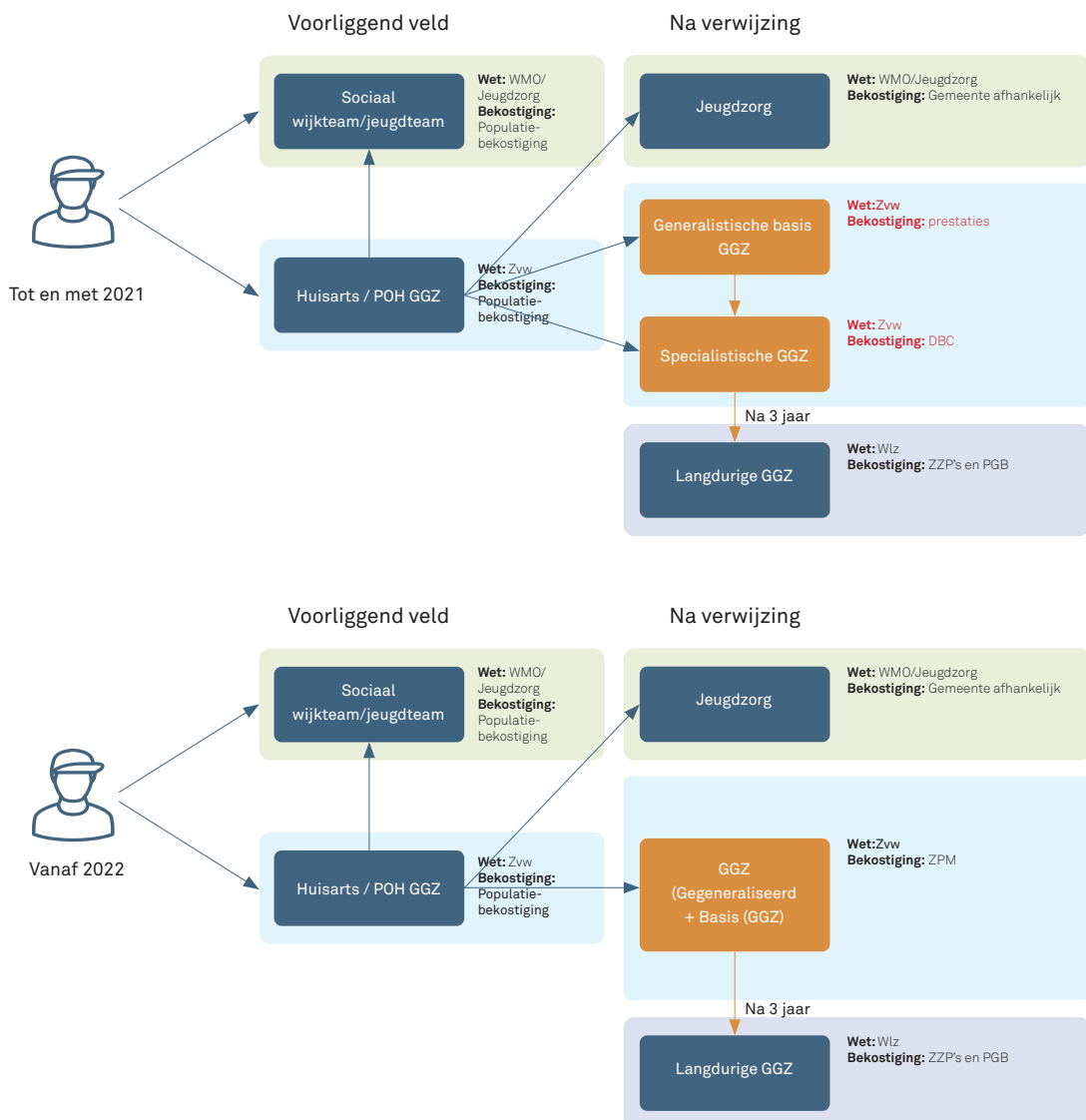
In de voorgaande hoofdstukken zijn de knelpunten in het huidige systeem toegelicht. Op dit moment vindt er ook een aantal ontwikkelingen plaats in de GGZ hulpverlening, die mogelijk van invloed is op de doelgroep. In dit hoofdstuk wordt verkend wat hierover bekend is en wat dit de komende jaren voor de doelgroep betekent.

De term GGZ staat voor 'geestelijke gezondheidszorg', een brede term die in werkelijkheid veel verschillende type hulpverlening omvat. In de afbeelding hiernaast wordt de mogelijke cliëntreis in grote lijnen geschetst (bron: het Talma Instituut, 2020).

In de zoektocht naar de juiste hulp, komt een cliënt langs vele schotten: verschillende wetten, verschillende aanbieders en verschillende soorten bekostiging.

Vanaf 1 januari 2022 verandert een deel van het GGZ-stelsel: de bekostiging voor de generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ (ook die van de forensische GGZ, maar dat valt in dit onderzoek buiten scope). Voor beide typen GGZ geldt dat ze vanaf nu op dezelfde manier bekostigd zullen worden: via het zorgprestatiemodel.

Op de volgende pagina worden de beoogde effecten van dit model verder toegelicht.



Het zorgprestatie model

Het zorgprestatie model (ZPM) wordt ingevoerd om een aantal grote nadelen van de huidige bekostiging aan te pakken.

In haar advies uit 2019 benoemt de Nza de volgende nadelen in de huidige bekostiging:

- DBC's (diagnose-behandel combinaties) sluiten onvoldoende aan op de geleverde zorg binnen een behandelsetting (hoe en waar de zorg wordt verleend).
- DBC's zijn beperkt onderscheidend in de zorgzwaarte, zo kan er een hoge vergoeding worden gegeven voor hele simpele zorg en een relatief lage vergoeding voor complexe zorg.
- De huidige bekostiging houdt geen rekening met de zorgvraag van de patiënt.
- De administratieve lasten zijn hoog: de professional moet heel veel registreren.

In de toekomst zal ook de zorgzwaarte typering worden ingevoerd, dat de DBC's vervangt. In 2022 wordt eerst alleen het zorgprestatie model worden ingevoerd. Hiernaast worden beide systemen toegelicht.



Het Talma instituut (2020) heeft een ex-ante evaluatie van het model uitgevoerd. In deze evaluatie noemen ze extra knelpunten in het huidige bekostigingssysteem: in de huidige bekostiging staat de prijs per prestatie centraal. Een patiënt krijgt bij diagnose een afgebakend product. Hierdoor is er weinig invloed op het optimaliseren van een behandeling.

Het ZPM richt zich op het duidelijk inzichtelijk maken van de geleverde inspanning door de zorgaanbieder. Er wordt gekeken of de vergoeding voor een cliënt past bij de setting van de zorg. Er wordt minder gekeken naar waarom welke zorg wordt geleverd. Er komt zo inhoudelijk meer ruimte voor de inschatting van de professional, doordat er geen vast behandelpakket vastzit aan de diagnose voor de patiënt (Talma instituut, 2020).

Het Talma instituut identificeerde ook een aantal (mogelijke) nadelen aan het zorgprestatie­model:

- Het ZPM prikkelt tot meer directe tijd voor de patiënt, dit kan in het nadeel van de patiënt zijn als dit ten koste gaat van waardevolle indirecte tijd. Denk hierbij bijvoorbeeld aan intercollegiaal overleg over behandelopties.
- De totale kosten worden voor een groot deel bepaald door afspraken tussen zorgverzekeraar en aanbieder, hier geeft het ZPM geen richtlijnen voor. Zo kunnen er grote verschillen ontstaan.
- Het ZPM kijkt niet naar de doelmatigheid of efficiëntie van de behandeling, het is mogelijk dat hierdoor bestaande patiënten langer behandeld worden, en wachtlijsten voor nieuwe patiënten toenemen.
- Het ZPM prikkelt niet om de optimale behandelsetting te kiezen (want mogelijk minder vergoeding) (Talma instituut, 2020)

Daarnaast is er voor de patiënt (zeker die met schulden of betalingsproblemen) een ander groot nadeel: doordat iedere prestatie (afzonderlijke consulten/inzet door de behandelaar) apart wordt geregistreerd, wordt deze ook apart afgerekend. Voor de patiënt betekent dit dat wanneer een behandeling over 2 kalenderjaren heen wordt ingezet, de patiënt voor één behandeling, tweemaal het eigen risico moet betalen. Afhankelijk van de gekozen zorgverzekering kan dit een groot bedrag zijn.

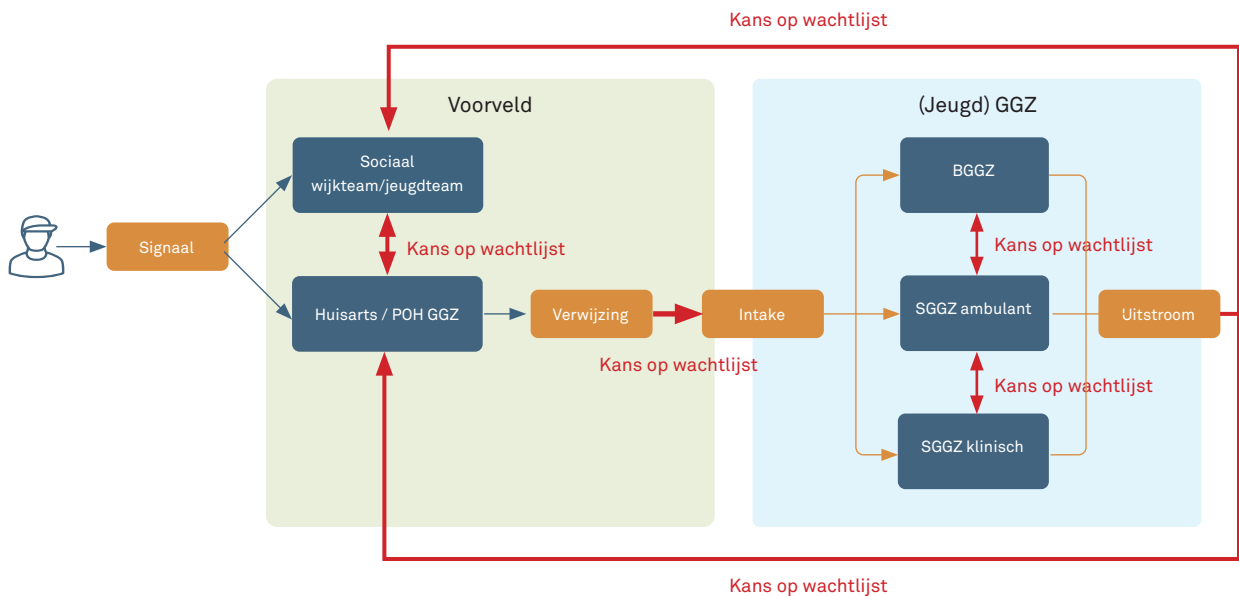
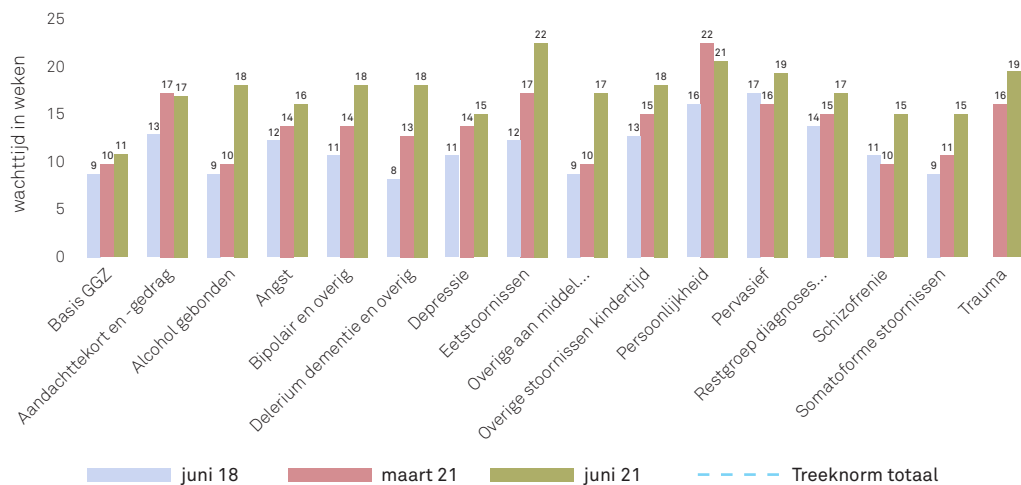
Wachlijsten

Wachlijsten vormen al langere tijd een probleem binnen de GGZ. In de zomer van 2017 hebben zorgaanbieders, zorgverzekeraars en het ministerie van VWS afspraken gemaakt om de wachttijden in de GGZ terug te dringen (KPMG, 2019). Ondanks deze afspraken bleek in het voorjaar van 2018 dat het niet haalbaar was om de wachttijden terug te dringen naar de Treeknorm (maximale wachttijd) (Bureau HHM, 2019). Toch zijn per juli 2021 de wachttijden langer dan ooit en meer dan ooit aanwezig bij alle doelgroepen (Vektis, 2021). Er is geen analyse van het verschil tussen leeftijdsgroepen.

In 2019 heeft KPMG de lessons learned van de ‘regionale taskforces wachtlijsten’ opgetekend. Middels deze ervaringen identificeerden ze ook waar in het proces wachttijden kunnen ontstaan, en wat bijbehorende knelpunten zijn (zie afbeelding):

- Een deel van de knelpunten zit in de signalering en het gebruik van het voorliggend veld (huisarts, wijkteam).
- Maar ook verkeerdere verwijzingen van het voorveld naar de GGD en onvoldoende samenwerking tussen partijen spelen een rol.
- Daarnaast worden kleine aanbieders, de BGGZ, groepsbehandelingen en nazorg sub-optimaal benut en worden behandelingen later dan noodzakelijk afgesloten (KPMG, 2019).

Gemiddelde wachttijden in weken in Nederland per patiëntengroep



Wachttijsten & bijbehorende knelpunten

In 2019 heeft bureau HHM onderzoek gedaan naar specifieke cliëntgroepen in de aanpak van wachttijden. Voor deze groepen gelden soms nog aanvullende knelpunten die de wachttijd verhogen. Het onderzoek richtte zich op de volgende cliëntgroepen die relatief veel wachttijden kennen (Vektis kan deze doelgroepen niet allemaal monitoren, vaak door de complexiteit van de problematiek):

- Persoonlijkheidsstoornissen
- Trauma
- Autisme (valt onder pervasieve stoornissen in Vektis)
- LVB met GGZ-problematiek (wordt niet geregistreerd)

Al deze groepen hebben specifieke kenmerken waarom (het vinden van de juiste) behandeling binnen de genormeerde termijnen lastig is. Wel is er een aantal overkoepelende knelpunten:

1. Specialistische kennis vs. comorbiteit.

Bij zware groepen is het lastig om alle of de meest belangrijke problematiek tijdens een verwijzing, intake of diagnostiek sessie boven tafel te krijgen. Soms zijn professionals het niet eens of verwijzen ze naar elkaar. Zo doorlopen sommige cliënten de hele reis meerdere keren.

2. Ketten- en samenwerkingsvraagstukken in diffuse regio's.

Cliënten met relatief zware problematiek hebben vaak een hulpvraag waarbij samenwerking tussen de GGZ en het sociale domein nodig is. Maar deze twee domeinen werken vaak met verschillende regio's, waardoor grenzen van aanbieders niet altijd goed georganiseerd zijn en goede samenwerking vooral afhankelijk is van personen.

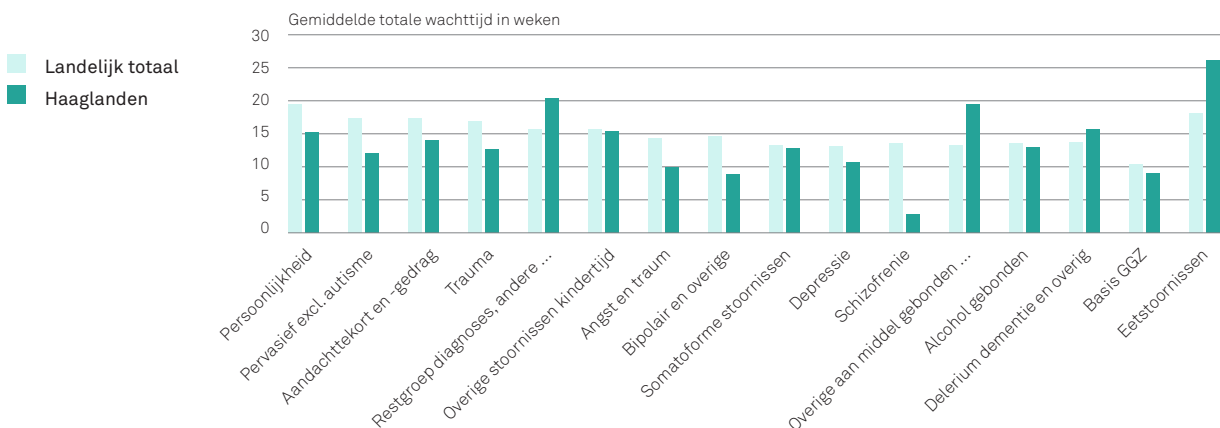
3. Braindrain uit grotere instellingen.

Dit houdt in dat veel behandelaren die in eerste instantie werkzaam waren voor een grote GGZ aanbieder de laatste jaren zijn uitgestroomd uit deze organisaties om een eigen praktijk te starten of voor een kleinere aanbieder zijn gaan werken. Hierdoor ontbreekt in veel organisaties expertise en is er een hogere werkdruk ontstaan. Daarnaast hebben kleine praktijken vaak niet de capaciteit of noodzaak om de zwaardere doelgroep op te vangen, waardoor grotere instellingen ook nog eens een steeds zwaardere doelgroep moeten behandelen.

Hoe speelt dit in de gemeente Den Haag?

Vektis publiceert ook op niveau van iedere GGD regio informatie over de wachttijden en wachttijsten. Op september 2021 waren de wachttijden in de regio gemiddeld lager dan het landelijk gemiddelde en komen de wachttijden voor de meeste stoornissen niet boven de treeknorm van 14 weken uit.

Echter zijn er een paar stoornissen waar de regio Haaglanden juist relatief hoge wachttijden kent. Dit zijn de wachttijden voor eetstoornissen, de restgroep van diagnoses en overige aan middelen gebonden stoornissen.



Samengevat

Veranderingen in stelsel kennen mogelijk onwenselijke neveneffecten

- Vanaf 1 januari 2022 verandert de bekostiging van zowel de basis GGZ als de specialistische GGZ. Een ex-ante evaluatie van het model laat een aantal mogelijke nadelen zien:
 - Het prikkelt mogelijk niet tot doelmatigheid en efficiëntie, waardoor wachtlijsten juist langer kunnen worden.
 - Daarnaast moet een patiënt voor ieder jaar het eigen risico gaan betalen, óók als dit maar één behandeling betreft. Dit kan specifiek voor mensen met schuldenproblematiek tot (extra) problemen leiden.

Wachtlijsten vormen groot probleem in de GGZ

- Ondanks veel inzet de afgelopen jaren, blijven de wachtlijsten groeien. Vooral bij doelgroepen met complexe problematiek zijn de wachtlijsten lang.
- Dit komt door o.a. slechte afstemming tussen voorveld en GGZ aanbieders, late signalering, het suboptimaal benutten van de basis GGZ en kleine aanbieders, en het laat afsluiten van behandeling.
- Regio Haaglanden heeft iets lagere wachtlijsten dan gemiddeld, maar springt er wel uit bij eetstoornissen, de restgroep van diagnoses en overige aan middelen gebonden stoornissen.

5 | Mogelijke oplossings- richtingen voor de doelgroep



Vervolgstappen voor Schuldenlab070

Allereerst kunnen een aantal quick wins worden geïdentificeerd:

- De **uitsluitende voorwaarden** bij zowel de gemeentelijke schuldhulpverlening als de GGZ aanbieders vormen een knelpunt voor de doelgroep. Schuldenlab070 kan hier binnen de gemeente aandacht voor vragen, en uitzoeken op welke doelgroep dit met name van toepassing is.
- De wachtlijstproblematiek is groot, en voorlopig een gegeven. Schuldenlab070 kan aansluiten bij bestaande initiatieven om mensen **al tijdens het wachten op psychische hulpverlening** te ondersteunen op andere leefdoeinen. Zo kan er aan bestaande **e-learningmodules** van GGZ aanbieders een onderdeel over schulden worden toegevoegd, met informatie over mogelijke (stappen naar) hulpverlening in de wachtlijstperiode.
- Ook kan Schuldenlab070 een rol spelen in de **kennisbevordering over schulden bij GGZ aanbieders**. Bijvoorbeeld door het aanbieden van een informatieblad met het herkennen van schuldenproblematiek, en mogelijke routes naar schuldhulpverlening. Of door schuldhulpverleningsexpertise beschikbaar te maken voor GGZ aanbieders (als vraagbaak voor psychische hulpverleners).
- Andersom kan Schuldenlab070 ook een rol spelen bij de **kennis- en expertisebevordering binnen de gemeente**. Bijvoorbeeld door te pleiten voor een GGZ deskundige in het schuldhulpverleningsteam, die schuldhulpverleners ondersteunt bij de begeleiding van cliënten.

Daarnaast kan Schuldenlab070 de volgende lange termijn interventie(s) het komende jaar in 2 fasen uitwerken:

- Het opzetten van een **actie-onderzoek** onder mensen die op dit moment in een GGZ hulpverleningstraject zitten én schulden hebben (gehad). Het doel van dit onderzoek is om:
 - Te toetsen of de theoretische knelpunten uit deze verkenning ook de daadwerkelijke knelpunten zijn.
 - Te zoeken naar eventuele extra knelpunten.
 - Te zoeken naar mogelijke succesfactoren onder goedlopende trajecten.
 - Het vinden van een potentiële doelgroep voor wie het huidige hulpverleningsaanbod niet voldoende/passend is.
- **Vervolg geven aan het actie-onderzoek** op basis van de uitkomsten:
 - Dit kan zijn het starten van een intensieve pilot onder een specifieke doelgroep waarin schuldhulpverlening en GGZ aanbieders een geïntegreerd traject aanbieden;
 - of juist het geven van aanbevelingen aan GGZ aanbieders en schuldhulpverlening om de samenwerking beter te organiseren;
 - of het starten van een pilot waarin er tijdens de GGZ wachtlijsten een schuldhulptraject wordt opgestart, waarna er een warme overdracht naar de GGZ aanbieder plaatsvindt.

Bronnen

Factsheets/cijfers/richtlijnen

- NHG, NHG-Tabel 24-ICPC-Documentatie, Versie 8, november 2020.
- NHG Kenniscentrum, Dossier Geestelijke gezondheidszorg (<https://www.nhg.org/actueel/dossiers/dossier-geestelijke-gezondheidszorg-ggz>), 2021
- De Staat van Volksgezondheid en Zorg, Kerncijfers: Psychische problemen: aantal personen bekend bij de huisarts (<https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/psychische-problemen-aantal-personen-bekend-bij-de-huisarts>), 2019
- Trimbos, Cijfers: Psychische gezondheid van Nederlanders (<https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/psychische-gezondheid-ggz>), 2021
- Vektis, Factsheet: Ernstig psychiatrische aandoeningen (<https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-ernstige-psychiatrische-aandoeningen>), 2021
- Vektis, Factsheet: Ambulantisering in de ggz (<https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-ambulantisering-in-de-ggz>), 2019
- Programma zorgprestatie model, <https://www.zorgprestatie model.nl/bekostiging/de-huidige-bekostiging/>, 2020

Wetenschappelijk onderzoek

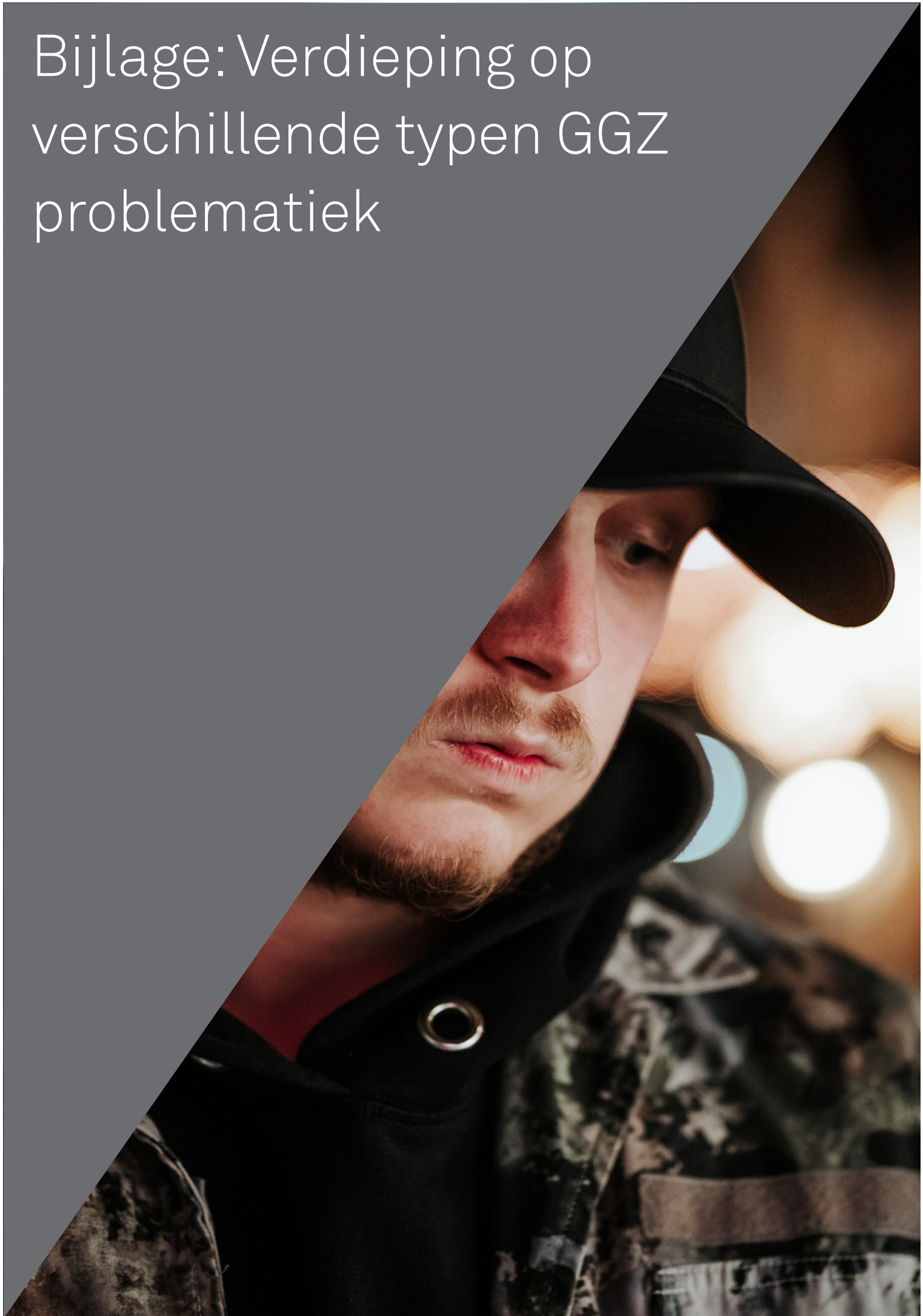
- Ben Bokseveld, Thesis: schuldhulp en herstel, Universiteit Twente, 2011
- Hedwig Vos, Huisarts en complexe zorgvraag - Ervaring met integraal samenwerken tussen de eerste lijn, de gemeente en welzijn, Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen volume 97, 2019.
- Turunen, E., Hiilamo, H. Health effects of indebtedness: a systematic review. BMC Public Health, 2014.
- Anne-Fleur Roos, Maaïke Diepstraten, Rudy Douven (CPB), Discussion Paper: When financials get tough, life gets rough? Problematic debts and ill health, 2021
- C Fitch, A Simpson, S Collard, M Teasdale, Mental health and debt: challenges for knowledge, practice and identity, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2007
- Jenkins R, Fitch C, Hurlston M, Walker F. Recession, debt and mental health: challenges and solutions. Ment Health Fam Med, 2009.
- Eikelenboom, P, van Gool, WA, Schmand, BA & van der Mast, RC, Delirium, dementie en andere cognitieve stoornissen. in Handboek psychopathologie deel 1, 2008
- E. Meekeren et al, Ernstige psychische aandoening Kwaliteit van de relatie ligt in de reparatie, Psychopraktijk nr4, 2015

Beleidsonderzoek/advies

- Kees Wessels en Reijer Lomans (Argumentenfabriek), Zo werkt de GGZ, 2021
- Hogeschool Utrecht, NVVK, Onoplosbare schuldsituaties, 2014
- CBS, Inzicht in dakloosheid: een onderzoek naar daklozen 2009-2016, 2018.
- Piet Hein Peeters, interview met lector Roeland Geuns (Hogeschool Amsterdam), De Eerstelijns, 2021
- Hogeschool Utrecht, Regioplan, Schuldhulpverlening Loont! Een onderzoek naar de kosten en baten van schuldhulpverlening, 2011
- Nadja Jungmann, openbare rede: schuldenproblematiek – een vraagstuk in transitie, 2012
- Movisie, wat werkt bij de aanpak van armoede en schulden, 2020
- Drs. Karen van Brunshot, Marthe Riemeijer, Gerard van Dam, Quick Scan Schulden in beeld in Opvang, Beschermd Wonen en GGZ, 2019.
- Hogeschool Utrecht, Over de uitzichtloze schuldsituaties van cliënten van de verslavingsreclassering, 2014
- Argo, Pro Facto, Rapportage voor het Zorginstituut Nederland: Op zoek naar passende zorg: problemen die ggz-patiënten ervaren, 2018.
- Bureau HHM, Eindrapport Specifieke cliëntgroepen in de aanpak wachttijden: rapportage van het onderzoek naar factoren en oplossingsrichtingen, 2019.
- KPMG, Lessons learned, regionale taskforces wachtlijsten, 2019
- Z unravel & Significant: Anders Kijken naar wachttijden in de ggz, 2018.
- Vektis intelligence, kwartaalrapportage wachttijden ggz Q2 2021.
- NZa, Advies Zorgprestatie model GGZ en FZ, 2019
- Programma zorgprestatie model, rapportage voor besluitvorming, 2020

- Talma instituut, Evaluatie zorgprestatie­model, 2020
- Programma zorgprestatie­model, Handleiding zorgvraagtypering, 2021
- Programma zorgprestatie­model, Advies besluitvorming zorgvraagtypering, 2020
- Nibud, Factsheet Geldproblemen in Nederland 2018.
- EHdK , Zorg voor mensen met een Ernstige Psychiatrische Aandoening (EPA), 2021
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling GGZ, GGZ standaarden 2008

Bijlage: Verdieping op verschillende typen GGZ problematiek



Bijlage

Verdieping op verschillende typen GGZ problematiek

1. Depressie

In relatie tot schuldenproblematiek

Bij depressie is sprake van “significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen” (Tiemeijer, 2016).

Sinds 2019 publiceert Trimbos de landelijke monitor depressie, deze monitor kijkt naar de mate waarin de problematiek voorkomt, en hoeveel en hoe intensief deze groep gebruik maakt van zorg. Er is geen specifieke aandacht voor schulden. In 2019 heeft zo'n 5,2% van de volwassen Nederlanders tussen de 18 en 65 jaar een depressieve stoornis gehad (dit zijn alleen gevallen waarbij een diagnose is gesteld). Dit percentage stijgt over de jaren heen, en verschilt per leeftijdscategorie. Zo is bij jonge vrouwen is op dit moment de prevalentie het hoogst, en bij ouderen boven de 65 het laagst.

Er lijkt een causaliteit te bestaan tussen depressies en het verkrijgen van schulden die twee kanten opgaat, dat betekent dat een depressie zowel de oorzaak als het gevolg kan zijn van ernstige schulden (Tiemeijer, 2016). Daarbij moeten de belangrijke tussenstappen niet vergeten worden. Zo zijn er casussen waarbij iemand in een depressie raakt, en daardoor in de ziektewet komt. Tegelijkertijd wordt minder aandacht besteed aan de rekeningen, en worden aanmaningen groter. Hierdoor neemt de geldstress toe en verliest iemand zicht op de lange termijn, waardoor er bijvoorbeeld nog een lening wordt afgesloten (Nautus, 2021). In deze casus vormt de depressie de basis voor de eerste schulden, maar verergert de geldstress vervolgens de problemen.

Onderzoek uit Engeland onder gezinnen met schulden laat zien hoe belangrijk het is om rekening te houden met de ingewikkelde relatie tussen psychische gezondheid en schulden (Bridges en Disney, 2010). Het onderzoek toont aan dat in gezinnen met schulden er vaker bij één van de gezinsleden sprake is van depressie (10%), dan wanneer er geen schulden spelen (3%).

Daarnaast vonden Bridges en Disney dat mensen die op dit moment geen financiële zorgen of schulden hebben, maar in het verleden wel, ook vaker een depressie hebben (6%). Ook vonden ze aanwijzingen voor subjectiviteit hierin: wanneer iemand zich psychisch slecht voelt, is die persoon sneller geneigd om de financiële situatie negatief in te schatten. Iemand die zichzelf als psychisch gezond ziet, zal in eenzelfde financiële situatie minder snel aangeven dat hij/zij moeite heeft met schulden (Bridges en Disney, 2010). Met alleen objectieve aanwijzingen over huidige schuldenlast, hebben we dus niet direct zicht op de ervaren problematiek.

2. Verslaving

In relatie tot schuldenproblematiek

In 2012 heeft het IVO instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving onderzoek gedaan naar de sociale gevolgen van verslaving. Zij vonden dat er maar heel beperkt onderzoek is gedaan naar de relatie tussen verslaving en schulden. Daarnaast is ook hier de causaliteit moeilijk aan te tonen. Het is dus niet altijd duidelijk of verslaving de oorzaak van de problemen is, of het gevolg.

Onderzoek van Hogeschool Utrecht en Regioplan uit 2011 vond dat er bij 9% van de klanten van schuldhulpverlening bij intake sprake was van verslaving. Deze verslaving kan onderdeel zijn van multi-problematiek, waaronder ook andere GGZ problematiek. Nederlands onderzoek uit 2009 vond dat verslavingsproblematiek maar in een beperkt aantal gevallen de belangrijkste aanleiding vormde voor problematische schulden (Ommeren, Ruig, & Vroonhof, 2009).

Onderzoek uit 2014 onder cliënten van de verslavingsreclassering, geeft inzicht in een extra zware groep: dit zijn personen die ook een strafbaar feit hebben begaan. In deze groep heeft ongeveer de helft van de cliënten schulden, waarbij een schuldenlast van €20.000 eerder regel dan uitzondering is (Jungmann, Menger, Anderson, Stam, 2014).

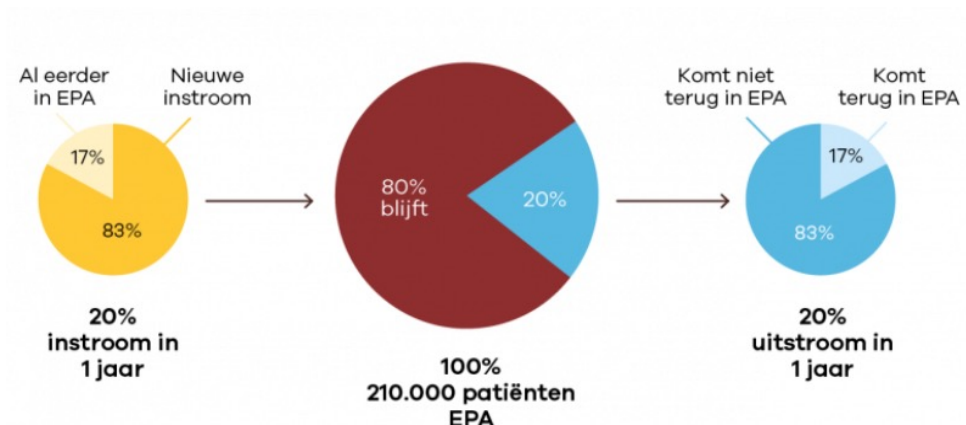
De SVG (stichting Verslavingsreclassering) constateert dat problematische schulden de uitvoering van het reclasseringswerk sterk belemmeren (BRON).

3. EPA

Inzicht in de EPA doelgroep

De EPA groep bestaat uit zo'n 210.000 mensen. De diagnose EPA is niet altijd voor het leven, er zijn ook EPA-patiënten die weer uitstromen. Wel komt recidive veel voor, zo'n 17% van de nieuwe EPA instroom per jaar, is van personen die al eerder in de EPA groep vielen.

In onderstaande figuur van Vektis wordt dit duidelijk verbeeld (2020):



De meeste van deze EPA patiënten zitten niet intramuraal: 180.000 van hen, krijgen alleen ambulante zorg in de GGZ of via de Wlz. Het aandeel intramurale patiënten daalt licht door de jaren heen (in 2012 was het 14,6% en in 2018 12,6%). De ambulantisering van de GGZ speelt hier een rol (EHdK, 2021).

Er zijn vaak veel verschillende professionals betrokken bij één EPA patiënt, uit een onderzoek in Friesland blijkt dat de gemiddelde EPA patiënt zo'n 35.000 euro per jaar kost (exclusief UWW uitgaven). 34% hiervan is voor GGZ zorg, 29% voor Wlz zorg, en 24% voor de gemeente.

Recent onderzoek wijst uit dat ondanks dat er mooie initiatieven zijn voor integrale aanpak van EPA, de samenwerking tussen gemeente, GGZ en Wlz vaak achterblijft. Terwijl alle partijen wel met dezelfde uitgangspunten naar de doelgroep kijken: een herstel- en persoonsgerichte aanpak (EHdK, 2021). Gemeentes hebben veel wijkgerichte programma's, waarin wordt samengewerkt tussen professionals met verschillende competenties. Toch past de EPA groep vaak niet goed in deze teams (zoals een wijkteam of FACT-team) (Meekeren et al, 2015)

Één van de redenen hiervoor, is dat de EPA doelgroep vaak een breed palet aan problematiek heeft, die op veel terreinen deskundigheid vraagt. Denk hierbij aan: psychotherapie, psychiatrie, sociale psychiatrie/casemanagement, herstel/rehabilitatie en systeemvisie (Meekeren et al, 2015). Een andere reden is dat ze vaak een grote interpersoonlijke kwetsbaarheid hebben, bijvoorbeeld door hechtingsproblemen. Vaker dan andere groepen, hebben ze relationele problemen op werk, in relatie, maar ook in de hulpverlening (Meekeren et al, 2015).

EPA patiënten hebben dan ook vaak slechte ervaringen met professionele hulpverlening, en zijn wantrouwend. Het risico op het afbreken van behandelrelaties is heel hoog, en de professional moet breken dan ook actief herstellen (Meekeren et al, 2015). Hoewel dit dus een doelgroep is waar potentieel veel verbeterd kan worden, blijkt het vormen van een gepaste aanpak een uitdaging.