

**Departement Sociaal-Agogisch Werk
Afstudeerrichting Maatschappelijk Werk**

Gekkenwerk!?

Psychiatrische patiënten aanspreken op hun eigen kracht

Door Dewi Pieroelie

**Eindwerk aangeboden tot het bekomen
van het diploma bachelor sociaal werk
(maatschappelijk assistent)**

**Hasselt
Academiejaar 2012- 2013**

Dankwoord

Bij de uitwerking van mijn eindwerk hebben verschillende mensen me met raad en daad bijgestaan. Ik wil me dan ook tot hen richten om een woordje van dank te uiten.

Als eerste wil ik mijn moeder bedanken die mij tijdens deze moeilijke periode de kans heeft geboden stage te lopen in Nederland.

Daarnaast wil ik mijn stageplaats, Orbis GGZ, in het algemeen bedanken. Dankzij hen kreeg ik de kans om stage te lopen en nieuwe inzichten en ervaringen op te doen. Ook wil ik de collega's van Orbis GGZ bedanken voor de mogelijkheden die ze mij gaven bij de uitwerking van dit eindwerk.

In het bijzonder wil ik hierbij mijn stagebegeleider, Thom Steinbusch, bedanken voor de tijd en moeite om me de knepen van het vak te leren en voor de goede ondersteuning die hij mij bood, waardoor ik mij heb kunnen ontwikkelen. Zonder hem zou mijn eindwerk niet geworden zijn wat het nu is.

Verder wil ik mijn eindwerkbegeleidster, mevrouw Moons, bedanken voor het geven van feedback in het kader van mijn eindwerk en mevrouw Bas voor de begeleiding van mijn stage.

Tot slot wil ik mijn familie en vrienden bedanken voor de steun en motivatie die ze mij tijdens deze niet te onderschatte periode hebben gegeven.

Bedankt!

Inhoudsopgave

Dankwoord	2
Inhoudsopgave	3
Lijst met afkortingen	5
Inleiding.....	6
Deel 1 situering stageplaats	8
1 Inleiding	8
2 Orbis GGZ	8
3 Maatschappelijke situering.....	10
3.1 Financiering overheid	10
3.2 Gevolgen Orbis GGZ.....	12
3.3 Relatie maatschappelijk werker-cliënt.....	12
4 Conclusie	13
Deel 2 theoretisch kader/ literatuurstudie.....	14
1 Inleiding	15
2 Psychiatrische problemen	15
2.1 DSM IV.....	16
2.2 Stoornissen	18
3 Schuldenproblematiek	20
4 Herstel	22
5 Empowerment.....	25
5.1 Empowerment op individueel niveau	27
5.2 Empowerment op collectief niveau	28
6 Conclusie.....	29
Deel 3 praktisch gedeelte	30
1 Inleiding	30
2 Methode.....	31
3 Werving	31
4 Beschrijving deelnemers	32
5 Analyses	33
5.1 Financiële situatie.....	34
5.2 Professionele hulp.....	36
5.3 Herstel.....	39
5.4 Empowerment	40
6 Conclusie	43

Deel 4 kritische kijk.....	44
1 Inleiding	44
2 Op mijn persoonlijk traject.....	44
3 Op de stagedienst.....	45
4 Op de overheid	46
Algemeen besluit.....	48
Bibliografie	50
Bijlagen	52

Lijst met afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CIZ	Centrum indicatiestelling zorg
GAF	global assessment of functioning
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GTB	Gespecialiseerde thuisbegeleiding
NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WSNP	Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen
ZZP	Zorg Zwaarte Pakket

Inleiding

Een van de eerste methodes/begrippen die we leren op school is empowerment. Een mooi streven en prachtige methodiek om mensen te versterken en aan te spreken op eigen kracht. Echter naarmate de opleiding vordert en er een einde in zicht komt ben ik erg sceptisch geworden en twijfel ik aan de mogelijkheid van het uitwerken van deze methodiek.

Er is in deze tijden van crisis met zijn besparingen geen tijd meer om te luisteren naar wat mensen willen, in dialoog te gaan en mensen aan te spreken op hun eigen krachten. Het beleid verlangt van de hulpverleners dat ze rapporteren over effectiviteit en geleverde prestaties. De laatste ontwikkelingen in het hulpverleningslandschap zijn, in mijn ogen, schrijnend. In de zorg leeft in het algemeen de opvatting dat het effectiever is om vragen uit handen te nemen. Dit kost minder tijd en de overheid minder geld, maar zal uiteindelijk geen duurzame oplossing zijn.

Ik ben ervan overtuigd dat hulpverleners die op deze manier (moeten) werken dit niet kunnen doen met volle overtuiging. Zij zijn net als ik opgeleid als kritische hulpverleners die streven naar de beste hulp voor individuen. Opgeleid om uit te gaan van krachten i.p.v. beperkingen, zodat mensen uiteindelijk autonoom kunnen functioneren in onze maatschappij, op eigen kracht. Autonomie wordt cliënten uit handen genomen op het moment dat wij niet meer kijken naar kracht, maar handelen uit onmacht.

Nu subsidies worden geschrapt en er miljoenen worden bespaard kan het niet anders dat dit ten koste gaat van de hulpverlening. Maar is dit niet het moment om mensen aan te spreken op eigen kracht? Nederlanders worden door de regering als nooit tevoren aangesproken op hun eigen burgerkracht en eigen verantwoordelijkheid. Is dit niet het moment om dit in het hulpverleningslandschap ook te doen?

Als maatschappij hebben we psychiatrisch patiënten altijd weten buiten te sluiten, ze geen kans gegeven deel uit te laten maken van de maatschappij. Door ze niet aan te spreken op hun krachten blijven we dit doen.

Om deze reden heb ik gekozen om te onderzoeken of het daadwerkelijk “gekkenwerk” is om psychiatrisch patiënten met schulden in deze tijd aan te spreken op hun eigen kracht. Ik denk dat eigen kracht kan bijdragen tot het herstelproces, maar hoe ervaren psychiatrisch patiënten dit?

Mijn eindwerk is opgebouwd uit vier delen. In het eerste deel geef ik een situering van mijn stageplaats. Hierin zal ik de organisatie Orbis GGZ bespreken, vervolgens bespreek ik hoe de GGZ wordt gefinancierd vanuit de overheid, waarna ik dieper in ga op de gevolgen

hiervan op het niveau van de organisatie en de relatie tussen maatschappelijk werker en cliënt.

Het tweede deel omvat het theoretisch kader. Dit deel is onderverdeeld in vier grote hoofdstukken. In het eerste hoofdstuk bespreek ik de verschillende psychiatrische problemen. De theorie rond de schuldenproblematiek zal ik verder uitdiepen in het tweede hoofdstuk, in het derde hoofdstuk bekijk ik wat herstel inhoudt om tot slot de methodiek empowerment te bespreken.

Deel 3 van mijn eindwerk is mijn praktisch onderzoek. Het onderzoek richtte zich op de vraag hoe eigen kracht bij mensen met een psychiatrische aandoening met schulden kan bijdragen tot herstel. Ik zal onderzoeken in hoeverre theorie en praktijk rond psychiatrisch herstel overeenkomen en wat hiervoor nodig is voor cliënten. De praktijktoepassing doe ik aan de hand van interviews met cliënten en door verschillende casestudies van cliënten waarmee ik tijdens mijn stage intensief bezig ben geweest.

In het vierde gedeelte geef ik mijn kritische reflecties en bedenkingen over mijn stageplaats, de overheid en mijn persoonlijke ontwikkeling.

Ik eindig mijn eindwerk met een algemeen besluit.

Ik wens u veel leesplezier!

Deel 1 situering stageplaats

1 Inleiding

Sinds 1 januari 2013 wordt de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg gefinancierd aan de hand van prestatiebekostiging. Dit wil zeggen dat er niet meer een jaarlijks bedrag binnen komt, maar dat er per cliënt per uur gekeken wordt wat er gepresteerd is. Dit heeft ongetwijfeld effect op de werking van de organisatie. Deze maatschappelijke situering zal in dit eerste deel aan bod komen.

Ik zal starten met de organisatie, Orbis GGZ, toe te lichten. Vervolgens geef ik een maatschappelijke situering. Ik begin hierbij met een woordje uitleg over de financiering vanuit de overheid en zorgverzekeraars, vervolgens bespreek ik de gevolgen hiervan voor de organisatie Orbis GGZ en tot slot komt de relatie tussen maatschappelijk werker en de cliënt aan bod.

Met dit eerste deel hoop ik een duidelijk beeld te creëren van de stagesector waarin mijn eindwerk tot stand is gekomen.

2 Orbis GGZ¹

Orbis GGZ is een tweedelijns zorginstelling en biedt zorg aan cliënten van jong tot oud met complexe psychiatrische klachten. Aansluitend op de leeftijd, wordt er zorg en behandeling op maat geboden.

Er is een aanbod aan behandelingen voor ontwikkelings-, angst-, stemmings-, en persoonlijkheidsstoornissen, psychotische stoornissen en cognitieve stoornissen. Daarnaast richt de organisatie zich op cliënten die zelf geen hulp vragen maar wiens gedrag of problematiek toch om aandacht vraagt, omwille van gevaar voor zichzelf of de maatschappij. Orbis GGZ biedt klinische, deeltijdse en ambulante zorg.

Voor volwassenen en ouderen werkt Orbis GGZ stepped care met een specifiek aanbod voor kortdurende behandeling. Stepped care betekent dat patiënten beginnen met een

¹ Stuurgroep GGZ, *Zorg in samenspel en samenhang*. Sittard-Geleen, Orbis GGZ, Oktober 2011: Visie 2011-2014. (niet-gepubliceerd document)

behandeling van lage intensiteit¹. Pas als blijkt dat de patiënt niet opknapt van deze behandeling krijgt hij een meer intensieve behandeling aangeboden.

Voor volwassenen en ouderen zijn er vier verschillende units in de kliniek. Op unit 1 zijn patiënten met psychotische stoornissen opgenomen. Unit 2 is de gesloten afdeling. Hier zitten de patiënten die een gevaar vormen voor zichzelf of voor hun omgeving. Unit 3 zitten patiënten met angst-, stemmings- en persoonlijkheidsstoornissen en unit 4 is voor ouderen met psychiatrische klachten.

Er zijn zichtbare verschillen te duiden tussen mannen en vrouwen die klinisch zijn opgenomen. Op unit 3 zitten bijvoorbeeld meer vrouwen dan mannen. In totaal heeft Orbis GGZ 44 bedden. Hiervan heeft unit 3 twaalf bedden. Momenteel zijn er tien bezet zijn door vrouwen.

Uit onderzoek² blijkt dat vrouwen ongeveer twee keer zo vaak een stemmingsstoornis en ongeveer 1,6 keer zo vaak een angststoornis hebben, wat de bedden verdeling op unit 3 kan verklaren.

Orbis GGZ heeft geen behandelaanbod voor verslavingsproblematiek, eetstoornissen en cliënten met een verstandelijke beperking. Voor kinderen en jeugdigen bestaat een ambulante aanbod, voor kinderen is dit aangevuld met de psychiatrische dagbehandeling.

De organisatie heeft naast klinische opname ook verschillende ambulante zorgprogramma's voor volwassenen en ouderen:

- ❖ specifieke zorg;
- ❖ integrale zorg;
- ❖ deeltijdbehandeling;
- ❖ dagactiviteiten centrum het Karwei.

Het maatschappelijk werk van Orbis GGZ situeert zich binnen het servicebureau. Naast een maatschappelijk werker werkt hier een ook sociaal juridisch adviseur die gecompliceerde juridische zaken kan oppakken en een coördinator die instaat voor de CIZ³ indicatiestellingen en het coördineren van het servicebureau. Het GGZ Servicebureau is in eerste instantie opgezet omdat er steeds meer nadruk wordt gelegd op het stroomlijnen van CIZ

¹ KAT, A., KOOL, L., VAN STRATEN, A., BEEKMAN, A., VAN MARWIJK, H., DEKKER, J., *Onderzoeksprotocol Stepped Care Depressie & Angst*. Amsterdam, Vrije Universiteit Amsterdam, 2007.

² DE GRAAF, R., TEN HAVE, M., & VAN DORSSELAER, S., *NEMESIS-2*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.

³ Zie lijst met afkortingen

indicatiestellingen. Het CIZ toetst de aanspraak op AWBZ¹-zorg. Met een indicatie van het CIZ weet een cliënt hoeveel zorg hij kan krijgen en in welke vorm. Deze indicaties werden voorheen altijd door de hoofdbehandelaar gemaakt. Maar dit vergde veel kostbare tijd die een hoofdbehandelaar beter kon gebruiken voor zijn behandeling met zijn cliënt.

Om de hoofdbehandelaar verder te ontlasten, worden naast CIZ indicatiestellingen allerlei andere regelzaken, zoals aanvragen voor bewindvoeringen, mentorschappen en curatelestellingen, trajecten richting schuldhulp en WMO² aanvragen, door het GGZ servicebureau gedaan. Deze laatste zaken zijn tegenwoordig even belangrijk geworden als het maken van CIZ-indicaties. Het servicebureau is uitgegroeid tot een volwaardig onderdeel van Orbis GGZ. Binnen een behandeling wordt er gekeken naar verschillende levensgebieden waar mensen op vastlopen, zoals werk en sociale contacten. Naast de behandeling van de psychiatrische aandoening is begeleiding en ondersteuning bij de sociaalmaatschappelijke problemen noodzakelijk. Hierin speelt het servicebureau een grote rol.

3 Maatschappelijke situering

3.1 Financiering overheid³

De financiering van de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg is onderverdeeld in langdurige geestelijke gezondheidszorg en geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.

3.1.1 Langdurige geestelijke gezondheidszorg

De langdurige geestelijke gezondheidszorg valt onder de AWBZ. Iedereen kan door ziekte of een handicap afhankelijk worden van langdurige zorg. Voor die zorg, thuis of in een zorginstelling, staat de AWBZ in. Het kabinet wilt dat de AWBZ in de toekomst beschikbaar blijft voor de zwaarste zorg voor ouderen en gehandicapten. Lichtere zorg en ondersteuning zal onder de WMO vallen, zorg voor mensen met een psychiatrisch probleem onder de zorgverzekering.

¹ Zie lijst met afkortingen

² Zie lijst met afkortingen

³ NZA, Geestelijke gezondheidszorg. Internet.

(<http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/langdurende-geestelijke-gezondheidszorg/>)

Het Orbis GGZ maakt als zorgaanbieder gezamenlijk afspraken met de zorgkantoren over de te leveren AWBZ-zorg. Een zorgkantoor is een organisatie die de AWBZ uitvoert. Voor deze afspraken moeten de beide partijen zich houden aan de contracteerruimte AWBZ. Binnen dit financieel kader acteren zorgkantoren en zorgaanbieders. Op die manier wilt het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport de kostenontwikkeling in de AWBZ beheersen.

3.1.2 Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

Per 1 januari 2008 is de geneeskundige GGZ overgegaan van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Onder geneeskundige GGZ vallen onder andere:

- ❖ ambulante tweedelijns GGZ-zorg;
- ❖ behandeling en verblijf in een GGZ-instelling tot maximaal 365 dagen;
- ❖ eerstelijns psychologische zorg;
- ❖ verslavingszorg.

Vanaf 1 januari 2013 gebeurt de financiering van de geneeskundige GGZ via een prestatiebekostiging. Het doel van prestatiebekostiging is het verbeteren en waarborgen van de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg voor de consument. Instellingen in de GGZ krijgen bij prestatiebekostiging betaald voor de zorgprestaties die zij leveren. Zorgverzekeraars onderhandelen dan met de instellingen over de prijs voor elke prestatie. Daardoor kunnen zorgverzekeraars kritischer zorg inkopen voor de consument. Op die manier prikkelt prestatiebekostiging zorgaanbieders om behandelingen beter uit te voeren, voor een scherpe prijs. De verwachting is dat hierdoor de gezondheidszorg betaalbaar blijft en de kwaliteit van zorg verbetert.

De overheid voerde in 2012 een eigen bijdrage in voor tweedelijns GGZ zorg. Deze eigen bijdrage kwam bovenop het eigen risico (€220 in 2012). Bij iedere basis zorgverzekering geldt een verplicht eigen risico. Het eigen risico is dat deel van de zorgkosten dat iemand zelf moet betalen. Wanneer iemand zorgkosten maakt worden deze pas vergoed vanaf het moment, dat de zorgkosten boven het eigen risico uitkomen. De eigen bijdrage die bovenop het eigen risico kwam is in 2013 weer afgeschaft.

Het eigen risico is in 2013 aanzienlijk gestegen van €220 naar €350. Door bezuinigingen in de zorg zijn er verschillende zorgposten van de AWBZ overgeheveld naar de zorgverzekeringswet. Iedere Nederlander is automatisch verzekerd voor AWBZ-zorg.

Zorgverzekeraars zijn risicodragend voor de zorg die onder de zorgverzekeringwet valt. Zij kijken daarom naar verschillende mogelijkheden om deze kosten te verhalen. Eén is de stijging van het eigen risico, een ander voorbeeld is de prestatiebekostiging binnen de GGZ.

3.2 Gevolgen Orbis GGZ¹

De bezuinigingen binnen de sector GGZ hebben gevolgen voor de kwaliteit van de zorg. Iedere geleverde prestatie moet gerapporteerd worden en aan de hand van deze rapportage worden diensten bekostigd. Om mee te kunnen draaien in de marktwerking moet de geleverde zorg betaalbaar blijven en dus van korte duur zijn. Zorgverzekeraars betalen voor geleverde zorg en zoeken daarom de goedkoopste zorgaanbieder. Orbis GGZ wilt zorg aan een scherpe prijs aanbieden en op die manier zoveel mogelijk cliënten binnenhalen, zodat de organisatie kan blijven bestaan. Concreet betekent dit dat gesprekken met cliënten maar een uur duren en dat iedere minuut door de organisatie verantwoord moet worden tegenover de zorgverzekeraars. Hierdoor zijn hulpverleners veel indirecte tijd kwijt aan een cliënt, die beter besteed zou kunnen worden aan contacten met de cliënt. Zorgaanbieders liggen onder de loep, wat niet bevorderlijk is voor de werksfeer. Hierdoor ontstaat er een concurrerende strijd tussen verschillende zorgaanbieders, terwijl het in het belang van de cliënt is wanneer zorgaanbieders goed kunnen samenwerken en voldoende communiceren. Aan de hand van rapportages en agendabeheer kunnen zorgverzekeraars goed monitoren welke zorgaanbieder het meest voordelig is, en wanneer ze dit nodig achten naar de concurrent stappen.

Daarnaast zijn er in 2012 door de extra eigen bijdrage veel mensen geweest die zich uit hebben geschreven voor zorg, terwijl 50% van behandelaren het stopzetten onverantwoord vindt. Er zijn ook mensen geweest die zich bewust niet hebben aangemeld voor zorg. Dit heeft als gevolg gehad dat mensen die eigenlijk tweedelijnszorg nodig hadden hier niet voor in behandeling waren. Uit onderzoek blijkt dat het aantal crisisopnames in 2012 is gestegen door de eigen bijdrage².

Ook voor het servicebureau zijn er onvoldoende uren beschikbaar om goede, kwalitatieve zorg te leveren. Hierdoor moeten mensen die concrete hulp- en dienstverlening nodig hebben vaak maanden wachten. Dit heeft te maken met de hoeveelheid indirecte tijd gezien prestatiebekostiging en het verstoorde evenwicht tussen hulpvraag en aanbod.

¹ Steinbusch, T., *mondelijke mededeling*. Informeel gesprek, 11 maart 2013.

² GGZ NEDERLAND, *Quick scan II: Bezuinigingsmaatregelen ggz*. 20 augustus 2012.

3.3 Relatie maatschappelijk werker-cliënt

Omdat mensen extra moesten betalen voor zorg binnen de GGZ in 2012 is er bij cliënten een tendens ontstaan dat ze ook meer recht hebben op zorg en dienstverlening. Verwachtingen zijn hoger en cliënten eisen/vragen meer van de hulpverlener. Hoewel de eigen bijdrage voor de GGZ is afgeschaft in 2013 heeft deze tendens zich wel voortgezet.

De relatie tussen de maatschappelijk werker van het Orbis GGZ en de cliënt heeft door het gebrek aan tijd en de zware caseload weinig diepgang. Door de prestatiebekostiging is de maatschappelijk werker veel tijd kwijt aan rapportage en agendabeheer, dat voorheen directe tijd voor de cliënt was. Om een vertrouwensrelatie op te bouwen is de directe tijd te beperkt en zijn de contacten doelgericht op praktische zaken. Hierdoor is er weinig ruimte voor informele gesprekken die vertrouwen en gelijkwaardigheid creëren. De relatie tussen de maatschappelijk werker en de cliënt binnen Orbis GGZ is eerder een functionele werkrelatie i.p.v. een samenwerkingsrelatie gebaseerd op vertrouwen. Het handelen is gericht op het verbeteren van de bestaansvoorwaarden en heeft betrekking op materiële hulpverlening en administratieve ondersteuning. Daarnaast is het de taak van de maatschappelijk werker om mensen aan en tot hun rechten te laten komen, ze informeren over rechten, tegemoetkomingen, administratieve en juridische reglementeringen en gemotiveerde adviezen formuleren vanuit het inzicht en de werkervaring. Verder krijgt de maatschappelijk werker van Orbis GGZ vaak te maken met acute problemen, zoals uithuiszetting. Hierdoor moet er snel gehandeld worden met minimaal overleg met de cliënt.

4 Conclusie

De laatste jaren hebben er veel veranderingen plaats gevonden in het zorglandschap. Dit zal zich de komende jaren voortzetten door het nieuwe zorgakkoord. Zorg wordt steeds duurder waardoor overheid en zorgverzekeraars gaan kijken naar mogelijke oplossingen. Uiteindelijk zal de overheid verlangen dat burgers eigen verantwoordelijkheid nemen. De zorgkosten worden steeds duurder om enerzijds de schadelast van zorgverzekeraars lager te maken; anderzijds blijkt dat mensen minder snel zorgkosten maken omdat ze zelf een deel van de kosten moeten betalen. Burgers doen op die manier beroep op hun eigen kracht. Ze zoeken hun eigen weg in het zorgverleningscircuit. De manier waarop deze eigen burgerkracht en verantwoordelijkheid verwacht wordt en uitpakt kan grote gevolgen hebben. Dit blijkt bv. uit de eerder beschreven stijging van crisisopnames in 2012.

Wanneer mensen de ruimte krijgen om in een veilige omgeving hun eigen kracht te ontdekken zou dit herstel kunnen bevorderen. De vraag luidt dan ook: Hoe kan empowerment bij psychiatrisch patiënten met schulden bijdragen tot herstel?

Ik heb ervoor gekozen om mijn onderzoek specifiek te richten op psychiatrisch patiënten met schulden, omdat het maatschappelijk werk binnen Orbis GGZ hier veel mee te maken krijgt. Dit heeft mij de gelegenheid gegeven om deze doelgroep goed te kunnen onderzoeken. Wat de reden is dat schulden veel voorkomen bij psychiatrisch patiënten zal in mijn theoretisch kader aan bod komen.

Deel 2 theoretisch kader/ literatuurstudie

1 Inleiding

Om te ontdekken wat psychiatrisch patiënten nodig hebben voor herstel en hoe eigen kracht hiertoe kan bijdragen diep ik in dit theoretisch kader een aantal begrippen uit. Om te beginnen zal ik verschillende psychiatrische aandoeningen toelichten om vervolgens een verband te leggen met de schuldenproblematiek. Daaropvolgend zal ik beschrijven wat herstel inhoudt en tot slot het begrip empowerment aan de orde laten komen.

Sinds 1 juli 2012 is er een nieuwe wet schuldhulpverlening; wet gemeentelijke schuldhulpverlening¹. Een belangrijk doel van deze nieuwe wet is dat de schuldhulpverlening integraal moet zijn. Dit wil zeggen dat niet enkel de schulden worden aangepakt, maar dat er ook aandacht is voor de omringende omstandigheden die de schulden hebben veroorzaakt. Zo wordt er bv. ook gekeken naar de psychosociale gesteldheid. Uit literatuur blijkt dat mensen met psychiatrische problemen relatief vaak schulden hebben². Deze mensen zijn veelal in de schulden terecht gekomen in een psychiatrisch toestandsbeeld. Als beginnend maatschappelijk assistent heb ik een idealistisch beeld over de kracht van de mens. Ik denk dat wanneer iemand zijn krachten ontdekt hier sterker van zal worden en zo kan beginnen aan de weg naar herstel. Maar is het mogelijk om psychiatrische patiënten aan te spreken op hun eigen krachten als het problematische schulden betreft en met de beperkte middelen/tijd die de regering over heeft voor de geestelijke gezondheidszorg? En zou het kunnen bijdragen tot herstel of herstel juist in de weg staan?

2 Psychiatrische problemen

Veel mensen krijgen in hun leven met psychische aandoeningen te maken³. Het trimbos-instituut startte in 2007 een tweede grootschalig onderzoek naar de psychische gezondheid van Nederlanders tussen 18 en 64 jaar. Dit onderzoek heet het NEMESIS-2⁴ onderzoek. NEMESIS-2 is een vervolg op het NEMESIS-1 onderzoek dat plaatsvond tussen 1996 en 1999. In de studie worden het voorkomen, het ontstaan en het beloop van een brede range aan psychische aandoeningen bepaald.

¹ MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN EN WERKGELEGENHEID, schuldhulpverlening, een nieuwe wet. Internet, 2013. (<http://www.gemeenteloket.minszw.nl/dossiers/werk-en-inkomen/schuldhulpverlening/de-nieuwe-wet.html>)

² FITCH, C., & TULLOCH, S., *In the red, debt and mental health*. U.K.: mind., 2008.

³ DE GRAAF, R., TEN HAVE, M., & VAN DORSSELAER, S., o.c., p.9.

⁴ Zie lijst met afkortingen

Uit NEMESIS-2 blijkt dat 42,7% van de Nederlanders ooit in zijn leven een psychische aandoening op As-I¹ heeft gehad. Bij bijna de helft van de gevallen is er sprake van meer dan één stoornis tegelijk. Om deze cijfers vorm te geven is het noodzakelijk om de verschillende assen en stoornissen verder te beschrijven. Enkel de stoornissen voorkomend bij Orbis GGZ zal ik aan bod laten komen.

2.1 DSM V²

De Diagnostic And Statistic Manual of Mental Disorders is een diagnostisch systeem dat gebruikt wordt voor de classificatie van psychiatrische stoornissen. Dit systeem classificeert stoornissen op grond van hun psychische en gedragsmatige symptomen. Een internationaal diagnostisch systeem was noodzakelijk, omdat stoornissen op verscheidene manieren werden geïnterpreteerd. De DSM werd ontwikkeld door de American Psychiatric Association met als doel, heldere en duidelijke criteria te hebben voor onderzoek en diagnostiek. De allereerste versie dateert van 1952, ondertussen is er sinds kort een 5^e versie.

De DSM bestaat uit een categoriale classificatie waarbij afzonderlijke groepen van stoornissen duidelijk van elkaar te onderscheiden zijn. Aan de hand van een opsomming van kenmerken en symptomen van afwijkend gedrag, emoties of gedachten, wordt beoordeeld of de persoon al dan niet lijdt aan een stoornis. Om een stoornis toegeschreven te krijgen hoeft de persoon niet lijden aan alle symptomen van die categorie, maar een deel ervan. Bv. bij een depressie moet iemand uit een reeks van negen symptomen vijf symptomen vertonen voor men over een depressie kan spreken.

Een syndroom is een groep van symptomen die samen een psychiatrische stoornis vormen. De DSM beschrijft niet enkel de verschillende syndromen, maar tracht daarnaast verschillende aspecten van de diagnose aan de orde te stellen. Zo wordt er rekening gehouden met de lichamelijke toestand en het algemeen functioneren van de patiënten. Deze verschillende gegevens worden gestructureerd op 5 verschillende assen:

¹ Voor meer informatie zie DSM V paragraaf 4.

² VANDEREYCKEN, W., & VAN DETH, R., *psychiatrie: van diagnose tot behandeling*. Houten: bohn stafleu van loghum, 2004.

- ❖ As 1: Klinische syndromen
- ❖ As 2: Persoonlijkheidsstoornissen
- ❖ As 3: Lichamelijke aandoeningen
- ❖ As 4: Psychosociale problemen
- ❖ As 5: Globaal functioneren

❖ As 1: klinische syndromen

Op deze as worden de meest bekende psychiatrische syndromen geïnclassificeerd. Bij het stellen van de diagnose op as 1 heeft men zich te houden aan een bepaalde hiërarchische rangorde. Men moet eerst een eerste syndroom uitsluiten voordat men naar een volgend mag kijken. De volgorde van belangrijkheid ziet er als volgt uit: 1) psycho-organische stoornissen, 2) stoornissen ten gevolge van gebruik van alcohol en drugs, 3) psychotische stoornissen, 4) stemmingsstoornissen, 5) angststoornissen. Vervolgens komen de overige stoornissen zonder verder rangorde.

❖ As 2: persoonlijkheidsstoornissen

Persoonlijkheid verwijst naar een voor elk individu karakteristiek patroon van gedragingen en belevingen. Een stoornis van de persoonlijkheid kent een lange ontwikkelingsgeschiedenis en heeft een grote impact op alle aspecten van het dagelijks leven.

❖ As 3: lichamelijke aandoeningen

Op deze as wordt aangegeven of de persoon een lichamelijke aandoening of handicap heeft die kan samenhangen met het gestoord psychisch functioneren. De lichamelijke aandoening kan een psychisch gestoord functioneren in de hand werken of kan de behandeling van een stoornis moeilijker maken. Om deze redenen is het noodzakelijk altijd rekening te houden met de lichamelijke toestand van de persoon.

❖ As 4: psychosociale problemen

As 4 probeert een inventaris te maken van alle psychosociale problemen of stressfactoren die zich het voorbije jaar hebben voorgedaan bij de persoon. Het betekent niet dat deze problemen de oorzaak zijn van de stoornis. Dit is echter wel belangrijk omdat deze een invloed kunnen hebben op de diagnose, prognose en behandeling. Een paar voorbeelden van deze problemen: problemen in het gezin, in de sociale omgeving, met onderwijs, op het werk, met huisvesting, met de gezondheid, met de politie.

❖ As 5: globaal functioneren

Hier geeft men een schatting van het globaal (psychisch, sociaal en beroepsmatig) functioneren van de persoon. Om het functioneren te beoordelen gebruikt DSM de GAF-schaal¹. Er moet een score van 1 tot 100 worden toegekend. De hoogte van de score geeft een indicatie van het dagdagelijks functioneren. Naarmate de score lager is, is het globaal functioneren slechter. Deze informatie is nuttig voor de prognose en het vaststellen van de behandeling.

2.2 Stoornissen

❖ Schizofrenie

Schizofrenie is een psychiatrische aandoening, waar patiënten te maken krijgen met psychoses. Het denken, het gevoelsleven en het gedrag van een patiënt zijn meestal ernstig verstoord. Mensen met schizofrenie maken minstens één psychose door, maar vaak zijn het er meerdere. Tijdens een psychose krijgen mensen een verstoord beeld van de realiteit. Een psychose kan zich uiten in verschillende vormen zoals hallucinaties, angst, verwardheid en wanen. Zo kan iemand met schizofrenie stemmen horen of denken dat hij of zij wordt achtervolgd. Daarnaast kunnen patiënten zich emotioneel vlak voelen, en problemen hebben met denken en concentratie. Patiënten met schizofrenie kunnen hierdoor vaak heel anders reageren op bepaalde situaties dan verwacht.

❖ Stemmingsstoornissen

- **Bipolair**

Personen met een bipolaire stoornis hebben te maken met stemmingswisselingen. De persoon kan het ene moment heel erg uitgelaten zijn en het andere moment heel erg neerslachtig. De wisselende stemmingen worden afgewisseld met periodes waarin het rustig is. De bipolaire stoornis is een ernstige, chronische ziekte die niet kan worden genezen. Wel kunnen sommige symptomen met medicatie verminderen of verdwijnen en kan een nieuwe episode worden voorkomen. De bipolaire stoornis wordt ook wel manisch-depressieve stoornis genoemd.

- **Depressie**

Iemand met een depressie heeft last van een hevige neerslachtigheid. Die neerslachtigheid duurt minimaal twee weken. Een depressie moet niet verward worden met een gewoon dipje waar iedereen wel eens in zit. Bij een depressie is de neerslachtigheid heviger en tast het dagelijks functioneren aan.

¹ Zie lijst met afkortingen

❖ Angststoornissen

Angststoornissen zijn in de psychiatrie de meest voorkomende aandoeningen. Sommige van deze aandoeningen worden fobie genoemd. Het kenmerk van alle angststoornissen, is dat er sprake is van angst. Mensen kunnen zo angstig zijn dat ze hun leven niet meer op een normale manier kunnen leiden. Angst is een gevoel dat ontstaat bij dreigend gevaar of als iemand een situatie als bedreigend ervaart. Als een angst irrealistisch is en de persoon er problemen door ondervindt, is er sprake van een stoornis.

❖ Persoonlijkheidsstoornissen

- Borderline

Borderline is een psychiatrische persoonlijkheidsstoornis. Tegenwoordig wordt borderline ook wel emotieregulatiestoornis genoemd. Kenmerkend aan mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis is dat ze vaak grenzen opzoeken, ze de dingen zwart-wit zien en dat het vaak alles of niets is in een (vriendschappelijke) relatie. Hierdoor houden relaties vaak geen stand. Van een persoonlijkheidsstoornis is sprake wanneer een persoon schade ondervindt door bepaalde gedragingen en gedachten die vaak ontstaan zijn in de jeugdijaren. Een goede manier om Borderline te omschrijven is een onvermogen om op goede manier met emoties en gevoelens om te gaan.

- Antisociaal

Iemand met een antisociale persoonlijkheidsstoornis heeft vaak niet het vermogen om rekening te houden met anderen. Deze persoonlijkheidsstoornis is vaak in de jeugdijaren al zichtbaar. Dan wordt het een antisociale gedragsstoornis genoemd. Als dit zich aanhoudt kan dit zich ontwikkelen tot een persoonlijkheidsstoornis.

Iemand met een antisociale persoonlijkheidsstoornis heeft als kenmerk instabiliteit van denken, voelen en gedrag. Hierdoor ontstaan wisselende stemmingen, instabiele relaties met anderen en impulsief gedrag. Als iemand met een antisociale persoonlijkheidsstoornis iets wil, moet dit ook gebeuren. Dit maakt het leven voor iemand uit de directe sociale omgeving van iemand met de antisociale persoonlijkheidsstoornis erg lastig.

- Narcistisch

Kenmerkend voor mensen met een narcistische persoonlijkheidsstoornis is een groot gevoel van eigenwaarde. Ze vinden zichzelf belangrijk, waardoor ze van anderen

verwachten dat ze hun met speciale aandacht behandelen. Deze zelfoverschatting hangt samen met een snel gekrenkt ego. Patiënten kunnen dan ook makkelijk depressief worden. Relatieproblemen en problemen op het werk komen veel voor als gevolg van hun stoornis. Dat levert stress op waar mensen met een narcistische persoonlijkheidsstoornis slecht tegen bestand zijn.

3 Schuldenproblematiek

Uit recent Engels onderzoek blijkt dat mensen met psychische problemen drie keer zoveel kans maken om in de schulden te komen dan mensen zonder psychische problemen¹. Zo blijkt 24% van de mensen met een psychiatrische stoornis schulden te hebben tegenover 9% van de mensen zonder een psychiatrische aandoening. Bij de mensen met een psychiatrische stoornis waren de meest voorkomende ziektebeelden depressie, angststoornis, bipolaire stoornis of schizofrenie.

De schulden kunnen het gevolg zijn van de aandoening. Zo kunnen mensen met een bipolaire stoornis tijdens een manische episode grote, impulsieve uitgaven doen. Mensen in een depressie of angststoornis zullen zich isoleren en betalingen niet onder ogen willen zien, waardoor de situatie kan verergeren.

Daarnaast leven mensen met een langdurig psychiatrische aandoening vaak van een inkomen rond of onder het sociaal minimum. Dit komt doordat zij door hun ziekte voor een lange tijd niet in staat zijn te werken. Hierdoor verliezen mensen, naast hun ziekte, ook nog eens hun economische zelfstandigheid².

Ernstige psychische problemen kunnen zo directe gevolgen hebben voor de economische en financiële situatie³. Wanneer het inkomen wegvalt of drastisch vermindert wordt men geconfronteerd met betalingsachterstand of met uithuiszetting. Zonder werk is men aangewezen op een uitkering. Echter worden uitkeringsgerechtigden bij verschillende instanties geconfronteerd met administratieve bureaucratie waar psychiatrische patiënten vaak niet mee om kunnen gaan. Gevolg is dat ze hun rechten niet laten gelden en zonder inkomen komen te zitten. Een goede communicatie zal voor veel psychiatrische patiënten een belemmering zijn. Zij zullen door hun toestand niet in staat zijn in overleg te gaan met uitkeringsinstanties en schuldeisers waardoor schulden zich zullen opstapelen¹. Deze

¹ FITCH, C., SIMPSON, A., COLLARD, S., & TEASDALE, M., *Mental health and debt: challenges for knowledge, practice and identity*. Londen: College Research and Training Unit, Royal College of Psychiatrists, 2007.

² DE GRAAF, R., TEN HAVE, M., & VAN DORSSELAER, S., o.c., p.9.

³ VLEK, R., Gevangen in het net van de verzorgingsstaat. Over de financiële positie van ggz-patiënten. *Deviant*, jaargang 1999, nummer 22.

sociaaleconomische stress kan onrust veroorzaken en de psychiatrische aandoening versterken.

De financiële situatie waar veel psychiatrische patiënten in zitten is vaak problematisch te noemen. Problematische schulden heb je als je betalingsachterstanden hebt bij meer dan één voorziening die jou voorziet van een woonplaats, gas, elektriciteit of water en je niet (meer) in staat bent om de betalingsachterstanden in te lopen en daarnaast je huidige rekeningen te betalen. Vaak betekent dit dat je twee of meer betalingen achter bent bij tenminste één schuldeiser en de schuld niet in kunt lossen binnen 36 maanden¹.

In het 'Basisboek integrale schuldhulpverlening' worden vier verschillende typering van schuldsituaties beschreven aan de hand van verschillende oorzaken.

❖ Aanpassingsschulden:

Schulden ontstaan wegens een plotselinge terugval van inkomen of stijgende uitgaven, waarbij het niet lukt om aan te passen terwijl dit noodzakelijk is.

❖ Overlevingsschulden:

Schulden ontstaan doordat er langdurig geleefd wordt op basis van een laag inkomen. Hierdoor zijn er geen reserves en kunnen er schulden ontstaan bij de koop of afbetaling van noodzakelijke dingen (bijv. huur en energie).

❖ Compensatieschulden:

De mensen met deze type schulden, voelen zich op de één of andere manier achtergesteld. De schulden ontstaan doordat dit gevoel wordt gecompenseerd met de aanschaf van (luxe) artikelen waar eigenlijk geen geld voor is. Armoede wordt ontkend en er wordt geen verantwoording genomen voor de gevolgen van koopgedrag. De persoon probeert zich gelukkig te voelen door iets te kopen.

❖ Overbestedingsschulden:

Deze schulden ontstaan doordat er stelselmatig meer uitgegeven wordt dan dat er binnen komt. Dit kan verschillende oorzaken hebben:

- Verslaving. Verslaafden vertonen dwangmatig gedrag uit noodzaak en moeten hun verslaving onderhouden. De sociale, lichamelijke en psychische gevolgen van verslaving leiden tot verwaarlozing van de financiële situatie.

¹ HASTER, D., *Basisboek integrale schuldhulpverlening*. Groningen, Houten: Noordhoff uitgevers, 2009.

- Onvermogen door een psychiatrische aandoening. Er is geen grip of zelfcontrole en daarnaast ook geen overzicht. Omdat deze mensen vaak geen inzicht hebben in de werking van markteconomie, zijn ze vaak een gewillig slachtoffer voor verkooptrucs. Bij een chronische aandoening kan er sprake zijn van permanent onvermogen. Bij tijdelijk onvermogen kunnen er vaak vaardigheden aangeleerd worden.
- Overkreditering. Dit wil zeggen dat je meer leent dan je je kunt veroorloven.
- Overbesteding in de vorm van een gebrekkig inzicht in de verhouding tussen inkomen en uitgaven.

Psychiatrische patiënten kunnen te maken krijgen met een combinatie van de verschillende soorten schulden. Zo kan het zijn dat ze door ziekte een plotselinge terugval van inkomen ervaren, ze door communicatiemoeilijkheden hun rechten niet laten gelden en langdurig van een te laag of geen inkomen leven, ze ter compensatie van hun psychiatrische aandoening uitgaven doen om zich gelukkig te kunnen voelen en zullen ze door een laag inkomen meer uitgaven hebben dan inkomsten.

Daarnaast zullen de schulden op hun beurt psychische gevolgen hebben op mensen. Schulden brengen stress met zich mee en worden ervaren als een zware last. Zo kunnen schulden herstel in de weg staan voor mensen met een psychiatrische aandoening.

4 Herstel

Het is duidelijk dat schulden verschillende oorzaken kunnen hebben. Daarbij komt dat psychiatrische patiënten een verhoogde kans hebben om in de schulden te komen¹. Wanneer er een diagnose wordt gesteld is het van belang dat psychiatrische patiënten hiermee leren om te gaan en kunnen werken aan een herstelproces. Om te weten of de schulden herstel in de weg staan, is het om te beginnen belangrijk om te weten wat herstel betekent.

¹ FITCH, C., SIMPSON, A., COLLARD, S., & TEASDALE, M., o.c., p.18

Recent Nederlands onderzoek laat zien hoe psychiatrische patiënten zelf denken over herstel¹. Oosterbaan, Bogaards en Roosenschoon geven vier verschillende betekenissen van herstel die te horen zijn in verhalen van patiënten.

1. herstel van de ziekte;
2. herstel van de zelfervaring;
3. herstel van het dagelijks leven;
4. herstel van het maatschappelijk leven.

Bij herstel van ziekte gaat het patiënten er simpelweg om dat de klachten of symptomen afnemen of verdwijnen.

Herstel van zelfervaring gaat om de ontwikkeling van een positief zelfbeeld, de controle over het eigen leven en het terugkrijgen van vertrouwen in zichzelf. Dit laatste is een zeer belangrijke ontwikkeling die patiënten moeten doormaken. Op die manier kunnen ze in een positieve spiraal omhoog komen die hen op weg helpt op allerlei andere levensdomeinen.

Het herstel van het dagelijks leven gaat om de dagdagelijkse dingen, zoals boodschappen kunnen doen, de bus nemen, een brief posten of betalingen verrichten. Mensen met een psychiatrisch ziektebeeld kunnen zich afsluiten van de buitenwereld uit angst, schaamte of door een depressie. Dagelijkse dingen weer oppakken kan dan ook van grote betekenis zijn. Een gedeeltelijke oplossing van de schulden zou dan ook het herstel van het dagelijks leven kunnen zijn. Wanneer mensen de eigen kracht vinden om deze taken zelfstandig te herpakken zitten ze op de weg naar herstel. Wat eigen kracht inhoudt en hoe zich dit verhoudt tot herstel kom ik later op terug.

Tot slot het herstel van het maatschappelijke leven. Dit betekent dat mensen zich weer willen inzetten voor de maatschappij en een plek innemen in de samenleving. Mensen willen weer kunnen werken, naar school kunnen gaan, sociale contacten onderhouden en zelfstandig kunnen wonen.

Het begrip herstel verwijst niet naar genezing maar naar een nieuwe balans vinden in het leven. Iemand met een psychiatrische aandoening hoeft niet volledig genezen te zijn om weer mee te kunnen doen in de maatschappij. Zelfacceptatie en leren omgaan met de psychiatrische aandoening, het een plaats kunnen geven en je leven niet laten beheersen door een psychiatrische handicap. Om te kunnen herstellen moet iemand zijn zwaktes

¹ OOSTERBAAN, H., BOGAARDS, M., & ROOSENSCHOON, B.-J., Cliënten over herstel. *maandblad geestelijke volksgezondheid*, jaargang 66, nummer 3, 2011, 147-160.

accepteren en zijn sterktes ontdekken, dit is een proces wat iedereen zelf moet ondergaan en op eigen kracht moet doen.

De organisatie Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid beschrijft het begrip herstel als volgt:

“Het begrip Herstel verwijst naar het persoonlijke proces van mensen met psychische kwetsbaarheid waarin zij de draad weer oppakken en hun leven nieuwe vorm en inhoud geven.” (HEE-team, 2013)

Het begrip zoals hier boven beschreven, wordt de laatste jaren gebruikt door professionele hulpverleners in de GGZ. Het lijkt een nieuwe ontwikkeling te zijn, echter is het volgens Young & Ensing geen begrip van de laatste jaren maar doet het al opmars sinds de jaren 70¹. De jaren 70 was een tijd waar de zelfhulpgroepen populair werden. Deze zijn ontstaan uit ongenoegen en wantrouwen ten opzichte van de professionele hulpverleners en om stigmatisering te verminderen. Daarnaast heeft de deïstitutionalisering van de jaren 70 een grote invloed gehad op het begrip herstel zoals deze vandaag gebruikt wordt². Deïstitutionalisering is het afbouwen van psychiatrische bedden en instellingen. Het is een verschuiving geweest waar de zorg van de psychiatrische ziekenhuizen, waar mensen afgesloten werden van de maatschappij, werd overgenomen door woonvoorzieningen die in de samenleving stonden. De zorg in de nieuwe woonvoorzieningen richt zich op maatschappelijke re-integratie en zorg op maat. De mens en zijn eigen weg vinden in de maatschappij staat centraal. Om dit te kunnen realiseren was een brede kijk nodig met aandacht voor alle facetten van de mens, niet enkel zijn psychiatrische ziektebeeld. Zo is het bv. ook belangrijk dat er aandacht is voor de financiële situatie. Een betrokken, open en eerlijke relatie tussen hulpverlener en patiënt was en is dan ook een must voor psychosociale rehabilitatie.

William Anthony, directeur van het Psychiatric Rehabilitation Center in Boston, zegt dat deïstitutionalisering slechts gedeeltelijk succesvol was. Zijn gedachte was dat deïstitutionalisering zich nog teveel richtte op het wegnemen van symptomen in plaats van de sociale en persoonlijke behoeften van de patiënten. Hij definieert herstel als volgt:

¹ ENSING, D., & YOUNG, S., *Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities*, 2003.

² VAN AUDENHOVE, C., CARLASSARA, V., VAN HUMBEECK, G., ROMPAEY VAN, I., ROSSEEL, T., SPRUYTTE, N., *Beschut wonen in de geestelijke gezondheidszorg*. Leuven: garant, 1998.

“Recovery is described as a deeply personal, unique process of changing one’s attitudes, values, feelings, and goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with the limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one’s life.” (Anthony, 1993)

Boevink zegt dat herstel draait om onder ogen durven zien wat er aan de hand is in je leven en dit accepteren. Daarnaast je talenten en mogelijkheden ontdekken en deze benutten. Je op de toekomst richten, zonder het verleden te ontkennen. Patiënten moeten dit zelf doen, op eigen kracht en op hun eigen manier, maar moeten hier wel passende ondersteuning en de nodige ruimte voor krijgen. In één zin samen te vatten is herstel volgens Boevink:

“het stuur over je leven in eigen handen nemen, een complete identiteit vinden en je niet langer door je aandoening of door je omgeving laten beheersen.” (Boevink, 2012)

Zij onderscheidt drie fundamentele aspecten van herstel:

1. cliënten herstellen op eigen kracht, in hun eigen tempo;
2. herstellen is gelijk aan empowerment. Onder empowerment wordt verstaan het vinden en ontwikkelen van de eigen kracht;
3. cliënten zijn de voornaamste deskundigen m.b.t. herstel.

Deze verschillende definities benadrukken dat herstel geen toestand is maar een proces, dat voortdurend doorgaat. Herstel is iets waaraan je moet blijven werken.

“...een van de lessen die ik heb moeten leren is dat herstel niet hetzelfde is als genezing. Ik heb 21 jaar met deze ziekte geleefd en ik leef er nog steeds mee. Ik mag daarom aannemen dat ik nooit “genezen” zal zijn, maar dat ik op weg ben naar herstel. Herstel is een houding, een strategie om de dag en de dagelijkse uitdagingen de baas te worden. Voor mij betekent herstel dat ik weet dat ik bepaalde beperkingen heb en dat er dingen zijn die ik niet kan. Maar in plaats van toe te staan dat ik daardoor wanhopig word en het hoofd in de schoot leg, heb ik geleerd dat de wetenschap wat ik niet kan me ook laat zien wat ik wel kan.”

5 Empowerment

Wanneer psychiatrische patiënten zich afzonderen van de buitenwereld uit angst, schaamte of depressie kan dit gevolgen hebben voor de hulpverlening die mensen krijgen met betrekking tot hun schulden. Zo kan het zijn dat mensen hun problemen uit handen geven en eigen initiatief laten varen. Zoals hierboven beschreven is herstel een proces dat mensen op eigen kracht en op hun eigen manier moeten doen. Wanneer mensen hun financiële situatie

uit handen geven hebben ze geen grip meer op de situatie en is er het gevaar dat ze niet op zoek gaan naar hun eigen kracht om uit de schulden te komen. Herstel staat in nauw verband met het begrip empowerment. Voor herstel is empowerment noodzakelijk, empowerment leidt tot herstel. Het is daarom belangrijk voor psychiatrische patiënten om eigen krachten te ontdekken en hierin aangemoedigd en bekrachtigd te worden door de hulpverlening, zodat zelfvertrouwen kan groeien en zodat ze weer grip krijgen op hun eigen leven.

Voor mensen met een psychiatrische aandoening betekent empowerment dat ze hun eigen kracht ontdekken en de regie over hun eigen leven weer in handen krijgen. Mensen zien vaak geen uitweg en denken in een uitzichtloze situatie te zitten. Empowerment is op dat moment het vermogen hebben om je eigen krachten te ontdekken en uit die situatie te komen. Hierin moet je je eigen keuzes maken en de ruimte krijgen om iets met die keuzes te doen.

Het begrip empowerment wordt begin jaren 90 in Nederland geïntroduceerd in het maatschappelijk werk en de geestelijke gezondheidszorg¹. Het is overgewaaid vanuit de Verenigde Staten. Het idee achter empowerment is respect voor autonomie en vertrouwen in het menselijk kunnen. Deze ideeën achter empowerment zijn ontstaan tijdens de burgerrechtenbeweging in de jaren 50 en 60. Amerikanen kwamen massaal in opstand tegen sociale en economische toestanden en kwamen op voor hun rechten. Sindsdien duikt het begrip op in verschillende sectoren op het gebied van welzijn, cultuur en volksgezondheid telkens met het oog op bevordering van zelfredzaamheid en autonomie.

Empowerment kent verschillende perspectieven. Allereerst kan er een onderscheid gemaakt worden tussen empowerment op individueel niveau en op collectief niveau. Op individueel niveau gaat het om de ontdekking van de eigen kracht, de verdere uitbouw daarvan en het leren toepassen van die kracht in het eigen leven. Individueel de controle van je leven terug winnen en zo eigenwaarde en zelfrespect versterken. Op collectief niveau gaat het om de manier waarop mensen op hun eigen manier weer een plaats innemen in de samenleving. Daarnaast draait het ook om de positie van de GGZ-patiënten als groep en het stigma wat hieraan kleeft. Zo is empowerment op collectief niveau ook belangenbehartiging, medezeggenschap en het tegengaan van stigmatisering. Empowerment op individueel en collectief niveau moeten samen bijdragen om een volwaardige positie in de maatschappij te kunnen innemen.

¹ Hermanns, J., Verheij, F., Nijnatten, C., & Reuling, M. (2008). Handboek jeugdzorg deel 2 volume 2. Bohn Stafleu van Loghum.

5.1 Empowerment op individueel niveau

❖ Competentievergroting

Bij competentievergroting wordt individuele empowerment gekoppeld aan specifieke vaardigheden. Empowerment en enablement zijn twee begrippen die vaak in dezelfde context worden gebruikt. Enablement is het ontwikkelen van competenties door vaardigheden aan te leren en informatie te geven, waardoor individuen meer controle krijgen over hun eigen leven. Empowerment is dan het doel of resultaat, namelijk toename van controle over je eigen leven. Psychiatrische patiënten met schulden kunnen door hun ziekte vaardigheden missen die ze nodig hebben om uit de schulden te komen¹. Hierdoor zijn ze afhankelijk van anderen. Zo kunnen ze de regie verliezen over hun financiële situatie.

Nederlandse methodieken die zijn gericht op competentievergroting werken aan de hand van het competentiemodel². Het competentiemodel omschrijft het begrip individuele competentievergroting als volgt: *“Het versterken van positieve krachten in het individu: iemand moet de kracht krijgen om eigen keuzes te maken en beslissingen te nemen. Vervolgens moet iemand worden toegerust om die beslissingen zo competent mogelijk uit te voeren.”* (Slot & Spanjaard, 1999)

Competentievergroting is een persoonsgerichte benadering, waar nadruk wordt gelegd op het aanleren van sociale vaardigheden. Zo kunnen individuele problemen voorkomen of overwonnen worden. Zo ook financiële problemen waar psychiatrische patiënten in terecht zijn gekomen.

❖ Zelfverwerkelijking

Bij dit perspectief op empowerment wordt de nadruk gelegd op het waarborgen en vergroten van een gevoel van autonomie of zelfverwerkelijking. Een cliënt leert zichzelf helpen in een groep individuen die met dezelfde behoeften zitten. In de groep worden ervaringen gedeeld en krachten gebundeld om verandering teweeg te brengen en inzicht te creëren. Hulpverlening kan hier soms te kort schieten. Dit soort groepen zijn dan ook ontstaan uit onvrede. Vaak zitten hulpverleners niet op dezelfde lijn, omdat ze simpelweg niet in dezelfde situatie zitten. Cliënten ervaren daarom geen begrip. In een groep zitten mensen die hetzelfde meegemaakt hebben, hierdoor kunnen mensen steun bij elkaar vinden. De nadruk ligt op vergroting van het individueel gevoel van eigenwaarde door identificatie met lotgenoten op basis van

¹ FITCH, C., SIMPSON, A., COLLARD, S., & TEASDALE, M., o.c., p.18

² SLOT, N.W. & H.J.M. SPANJAARD, *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg*. Baarn, 1999.

gelijkwaardigheid. De organisatie HEE zegt ook dat ervaringsdeskundigheid een grote rol speelt in herstel en empowerment bij psychiatrisch patiënten. Mensen kunnen ervaringen delen en verhalen horen van mensen die hetzelfde hebben meegemaakt.

❖ Sociale verandering

Sociale verandering kan worden bewerkstelligd door individuele empowerment. Kieffer ziet empowerment als overgang van machteloosheid naar deelnemende competentie. Het draait om de ontwikkeling van het gevoel van eigenwaarde, positief zelfbeeld, competentie, kritisch bewustzijn van de socio-politieke omgeving en het gevoel daar individuele controle op uit te kunnen oefenen. Individuen veranderen niet alleen de sociale omgeving, maar bewerkstelligen tegelijkertijd individuele empowerment.

5.2 Empowerment op collectief niveau

Individuele problemen komen voort uit de ongelijkheid van de samenleving. Om dit te kunnen inzien is er een bewustwordingsproces nodig. Mensen moeten zich bewust worden van hun positie in de maatschappij. Individuen krijgen onvoldoende toegang tot maatschappelijke hulpbronnen, vinden hun weg niet in het doolhof van regelgeving en rechten of worden hier systematisch van buitengesloten. Zo ook mensen met een psychiatrische aandoening. Zoals eerder beschreven blijkt dat mensen met een psychiatrische aandoening hun weg niet vinden naar uitkeringsinstanties, geconfronteerd worden met bureaucratische regelgeving en dus hun recht niet kunnen laten gelden. Om dit bewustwordingsproces in gang te zetten is het noodzakelijk dat mensen kritisch leren kijken naar hun eigen leefsituatie. Freire zegt dat deze kritische kijk het best ontwikkeld kan worden wanneer mensen die in dezelfde situatie zitten met elkaar in dialoog gaan en zo van elkaar leren. Zo ontstaat er een confrontatie met individuele problemen en kan er een oplossing worden gezocht met een kritisch bewustzijn.

Het doel is betere toegang tot informatie, financiële bronnen, kennis en vaardigheden, waardoor mensen meer zelfvertrouwen en controle krijgen over hun eigen leven.

Deze empowerment processen zijn essentieel voor de weg naar herstel.

6 Conclusie

Schulden kunnen stress veroorzaken en als een zware last worden ervaren. Bij psychiatrische patiënten komt daar nog bovenop dat ze gediagnostiseerd zijn en een sticker 'psychiatrisch patiënt' voor de rest van hun leven met zich mee moeten dragen. Ze moeten hun aandoening accepteren en hiermee leren omgaan. Een nieuwe balans vinden in het leven. Dit moeten mensen op eigen kracht doen. Deze kracht kan op verschillende manieren gevonden worden.

Wanneer psychiatrische patiënten hun schulden zien als onderdeel van het herstel proces betekent dit dat empowerment ook kan bijdragen aan de schuldenproblematiek.

Een persoonlijkheidsstoornis heeft een lange ontwikkelingsgeschiedenis. Zo kan het zijn dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis ter compensatie van dingen die ze hebben gemist in hun verleden onbewust onnodige uitgaves doen, ze kunnen moeite hebben met het omgaan met geld omdat ze de vaardigheden niet hebben geleerd of ze kunnen hun problemen toeschrijven aan anderen waardoor ze het heft niet in eigen handen nemen, maar verantwoordelijkheid buiten zichzelf leggen.

Echter wanneer psychiatrische patiënten hun schulden zien als pech waar ze in terecht zijn gekomen door terugval van inkomen en waar ze niet meer uitkomen omwille van hun ziekte kan het zijn dat empowerment geen enkel effect heeft. Deze mensen missen niet de vaardigheden, maar lukt het door angst of depressie niet om uit de schulden te komen.

Of eigen kracht kan bijdragen aan herstel bij mensen met een schuldenproblematiek is afhankelijk van hoe mensen aankijken tegen hun schulden en welk soort stoornis er mee speelt. Hoe mensen aankijken tegen hun schulden en hun hulp bij Orbis GGZ zal ik in mijn praktische gedeelte onderzoeken. Daaruit zal ik dan kunnen concluderen hoe eigen kracht kan bijdragen tot herstel.

Deel 3 praktisch gedeelte

1 Inleiding

Menig psychiatrisch patiënt krijgt te maken met financiële problemen. Deze kunnen herstel in de weg staan; enerzijds door de stress die de financiële problemen met zich meebrengen, anderzijds door de beperkte mogelijkheden voor maatschappelijke participatie. Onduidelijk is of het aanbod aan schuldhulp aansluit bij de behoeften van de cliënt.

De hulp aan mensen met een psychiatrische stoornis binnen Orbis GGZ is multidisciplinair. Zo wordt er naast de stoornis ook gekeken naar eventuele financiële problematieken. Doorgaans wordt schuldhulp niet vanuit een psychiatrische voorziening geboden, maar door gespecialiseerde organisaties. Gelukkig heeft Orbis GGZ wel aandacht voor ondersteuning en begeleiding bij administratie en schuldhulp. Er wordt een eerste opzet gemaakt richting gespecialiseerde organisaties die schuldsanering verder kunnen zetten. De gevolgde methodiek van deze organisaties wordt voor een belangrijk deel bepaald door het kader van de WSNP¹. Als schuldhulpverlener en cliënt er niet in slagen een zogeheten minnelijk traject in gang te zetten kan een beroep gedaan worden op de WSNP. De rechter kan dan onder bepaalde voorwaarden een dwingende regeling opleggen. Bij schuldhulp organisaties is er weinig ruimte om cliënten te versterken en aan te spreken op hun eigen krachten. Maar is de ruimte bij Orbis GGZ er wel om de methodiek empowerment toe te passen?

Tot nu toe is er geen onderzoek gedaan naar het herstelproces van mensen met een psychiatrische stoornis met schulden. Dit terwijl de nieuwe wet Gemeentelijke Schuldhulpverlening de lokale overheid verplicht ook aandacht te hebben voor de psychosociale gesteldheid van mensen tijdens de schuldhulpverlening.

In het hele herstelproces is empowerment van groot belang. Psychiatrische patiënten moeten op eigen kracht een nieuwe balans vinden in het leven, waar ze hun aandoening hebben kunnen accepteren.

Het onderzoek richtte zich op de vraag hoe eigen kracht bij mensen met een psychiatrische aandoening met schulden kan bijdragen tot herstel.

¹ Zie lijst met afkortingen

2 Methode

In dit onderzoek heb ik ervoor gekozen om zowel interviews af te leggen, als een casestudie te doen. Dit komt doordat ik tijdens mijn stage intensief bezig ben geweest met verschillende cliënten die klinisch of ambulant in behandeling waren. Ik ben veel te weten gekomen over deze mensen door intensief met hun bezig te zijn en ze te observeren. Bovendien heb ik besloten mijn onderzoek op deze manier aan te pakken na overleg met mijn stagebegeleider die aangeeft dat de cliënten die pas bij Orbis GGZ in behandeling zijn nog onstabiel en te vroeg in de behandeling staan om hier een interview mee te doen.

Voor mijn onderzoek wilde ik cliënten die nog in een beginstadium van een behandeling staan, vergelijken met cliënten die al een aantal jaar bij Orbis GGZ bekend zijn. Ik heb gemerkt dat cliënten die pas opgenomen zijn en schulden hebben snel dingen uit handen geven. Ze willen ervan af omdat het naast hun psychiatrische stoornis veel stress met zich meebrengt. Door deze cliënten naast cliënten te zetten die al terug kunnen kijken op hun behandeling kan ik zien of cliënten later spijt zullen hebben dat ze de regie uit handen hebben gegeven.

Net als bij mijn theoretisch gedeelte heb ik mijn interviews opgebouwd uit verschillende delen. Ik begin mijn interviews met de financiële situatie, heb het vervolgens over de hulp die cliënten hebben gehad en hoe ze dit hebben ervaren, ga dan over op herstel en eindig met empowerment. Omdat het een semigestructureerd interview was liepen deze verschillende thema's regelmatig door elkaar. Tijdens dit praktisch gedeelte zal ik de verschillende thema's onder elkaar behandelen en verschillende overeenkomsten of verschillen van cliënten laten terugkomen. Ook bij de casestudies die ik heb gedaan zal ik alle thema's aan bod laten komen. Deze thema's heb ik tijdens mijn traject met deze cliënten kunnen exploreren, zonder ze het specifiek te moeten vragen.

3 Werving

Het onderzoek vond plaats binnen Orbis GGZ. Ik heb enkel cliënten van deze organisatie geïnterviewd om erachter te komen of zij het gevoel hebben gehad aangesproken te zijn op hun krachten en of dit herstel bevorderde. Ook bij de verschillende casussen heb ik mogen ervaren hoe cliënten zich opstellen en aan welk soort hulp nood is wanneer er schulden in het spel zijn.

Tijdens mijn stage heb ik voornamelijk mogen werken met cliënten die een angst-, stemmings- of persoonlijkheidsstoornis hadden. Ik had in mindere mate te maken met

cliënten met schizofrenie of andere psychotische stoornissen. Niet omdat deze cliënten geen schulden hadden, maar omdat een andere collega actief was met deze cliënten. De verschillende casussen zijn voornamelijk cliënten met een stemmings- of persoonlijkheidsstoornis. Ook voor de interviews heb ik cliënten genomen met stemmings- en persoonlijkheidsstoornissen; enerzijds uit veiligheidsoverwegingen die ik samen met mijn stagebegeleider heb gemaakt, anderzijds om de verschillende casussen en interviews zo goed mogelijk met elkaar te kunnen vergelijken.

Om een selectie te kunnen maken in de deelnemers van mijn onderzoek was het noodzakelijk dat cliënten bij de start van hun behandeling schulden hadden. De gestelde diagnose was niet van groot belang, maar zoals eerder beschreven heb ik ervoor gekozen om enkel cliënten te interviewen met een stemmings-, of persoonlijkheidsstoornis.

4 Beschrijving deelnemers

Leeftijd	18-30	5
	31-40	3
	41-50	0
	51-60	2
Burgerlijke staat	Alleenstaand	8
	Getrouwd	0
	Samenwonend	2
Sekse	Man	2
	Vrouw	8

De jongste deelnemer is 23 jaar, de oudste 55 jaar. De meeste deelnemers zijn vrouwen, omdat deze het meest met stemmingsstoornissen klinisch bij ons worden opgenomen. De gemiddelde leeftijd is 32 jaar. Vier van de deelnemers hebben een relatie waarvan er twee al samenwonen. Acht van de tien deelnemers hebben kinderen. Eén persoon van de deelnemers heeft betaald werk, niet omdat ze hier klaar voor is, maar omdat ze geen recht heeft op een uitkering waardoor ze weinig keus heeft. Van de vijf geïnterviewde cliënten hebben er drie vrijwilligerswerk. Verder krijgen acht personen een ziektewet of WIA en is één persoon nog aan het wachten op ziektewet en bijstand waardoor er helemaal geen inkomen is.

Van de vijf cliënten waar ik een casestudie bij heb gedaan, hebben drie cliënten meer dan één stoornis tegelijk. Alle drie hebben zijn ze met een depressie bij Orbis GGZ terecht gekomen en is er later de diagnose borderline gesteld. Eén cliënt heeft enkel een borderline persoonlijkheidsstoornis en één cliënt enkel een depressie.

Van de vijf cliënten die ik heb mogen interviewen heeft één cliënt een bipolaire stoornis, twee cliënten een depressie, één cliënt borderline en één cliënt is met een depressie bij Orbis GGZ binnengekomen en daarbij is later de diagnose borderline gesteld.

5 Analyses

Kijkend naar de verschillende verhalen, valt op dat het merendeel van de deelnemers schulden heeft boven de 15.000 euro. Slechts één van de deelnemers heeft niet zo een forse schuld. Van de negen deelnemers die dit wel hebben zijn er zes die schulden hebben bij verhuurders, energiebedrijven en gemeentes waardoor er dreigende uithuiszetting op de voorgrond stond. Verder kan bijna iedereen van de geïnterviewde cliënten mij vertellen hoe ze de hulp van het servicebureau hebben ervaren, de meningen hierover zijn niet verdeeld; iedereen vertelt mij dat ze het op het moment van opname niet alleen hadden gekund door de chaos in hun hoofd.

Voor alle deelnemers is het hele plaatje schulden een thema dat een grote plek in neemt op het moment van opname. Het is lastig om dan te bepalen hoe je dit het best aanpakt met een cliënt. In eerste instantie worden cliënten naar Orbis GGZ doorverwezen om te kunnen werken aan hun herstel en om te leren leven met hun stoornis. Maar is dit mogelijk op het moment dat er schulden op de voorgrond staan? Dit is een vraag die ik mij ben gaan afvragen in de loop van het onderzoek.

“(...) de schulden zaten constant in mijn achterhoofd.”

5.1 Financiële situatie

Het is erg gevarieerd hoe cliënten tot het punt gekomen zijn op het moment dat ze bij het servicebureau worden aangemeld. Bij de een zijn het aanpassingsschulden, bij de ander overlevingsschulden en bij nog een ander compensatieschulden. Een paar voorbeelden:

“Door die depressie is alles uit elkaar gevallen. Ik was ook de pijler in huis dus ik was degene die alles moest regelen enz. Mijn man kon het ook niet overnemen en als je alle twee je werk verliest dan kan dat heel snel omlaag gaan natuurlijk. Dus als je alle twee 6 weken geen loon meer hebt dan wordt het moeilijk. We hadden hoge lasten, wat eerst wel kon met twee banen.”

Door de plotselinge terugval van het inkomen van zowel de cliënt als haar partner konden ze op een gegeven moment de huur niet meer betalen. Deze cliënt geeft aan zes weken te hebben moeten wachten op een inkomen, waardoor je op een gegeven moment achter de feiten aanloopt. Daarnaast had deze cliënt de diagnose bipolaire stoornis gekregen wat naast de terugval van inkomen ook mede de oorzaak was van een deel van haar schulden:

“(...)het waren wel uitgaven die niet noodzakelijk waren, bv. een gsm of extra veel opstap gaan of dure kleren kopen van die dingen terwijl ik ze niet kon betalen. Hier en daar wat dingen die ik besteld heb op internet met een manische vorm wat kosten oplevert.”

Een andere cliënt geeft aan in de schulden te zijn gekomen door een verslaving in het verleden. Als gevolg van de verslaving heeft deze cliënt haar financiële situatie verwaarloosd, waarvoor ze jaren later nog op de blaren moet zitten.

“Ik heb ook een verleden van verslaving. En daar heb ik ook een paar dingen niet van betaald, en dan vonden ze me na een paar jaar en dan kreeg ik daar ook boetes van. Nu met kerst ben ik 6 jaar clean, maar daarvoor heb ik natuurlijk ook veel schulden gemaakt. ”

“Ik ben in 2009 gescheiden, we hadden een koopwoning. Die hebben we niet gewoon kunnen verkopen dus die is in executie verkocht, daar is een restschuld ontstaan van 106.000 euro. Daarnaast hadden we ook een flexibel krediet, dus die staat nog open en daarnaast schulden/betalingen wat ik niet kon nakomen vanwege de loonbeslagen. Dat is bij verschillende energieleveranciers en nog van alles. In totaal is het op dit moment tussen de 135.000 en 140.000 euro.”

Ook bij de verschillende cliënten die pas bij Orbis GGZ in zorg zijn is het erg gevarieerd hoe cliënten in de schulden zijn gekomen. Zo is een jonge meid in de schulden gekomen, omdat

ze rekeningen betaalde van haar ouders om zo uithuiszetting te voorkomen. Hierdoor heeft ze haar zorgverzekering niet meer betaald, waarvoor er zich nu hoge boetes opstapelen. Bij anderen zie ik dat het vooral te maken heeft met terugval van inkomen. Eén mevrouw heeft geen recht op een uitkering, waardoor ze zonder inkomen is komen te zitten.

Wat erg opvallend is, is dat alle tien de cliënten op een gegeven moment hun post niet meer durfden open te maken. Velen van hen gaven aan dat dit was omdat ze bang waren voor hetgeen wat erin stond en daardoor een hardere terugslag zouden krijgen.

“(...) dus als dan zo een brief kwam dan was ik direct in paniek, dan dacht ik elke keer, jeetje krijg ik weer slecht nieuws, dan moet ik weer bellen en dan krijg ik het toch niet geregeld en dat brengt zo een onrust met zich mee. Dan slaap je ook niet meer. Dus als je niet weet wat in de brieven staat dan is het minder moeilijk dan als je het leest. Ik negeerde het compleet.”

Een cliënt die pas in zorg is bij ons heeft een schuld van 3000 euro en heeft op tijd aan de bel getrokken. Ook zij opent haar post niet meer, met het risico dat de schulden alleen maar erger zouden worden. Om dit te voorkomen zijn we samen aan de slag gegaan, hebben de post bekeken en een overzicht gemaakt.

“Ik weet dat die brieven er liggen, maar als ik er niet naar kijk dan zijn ze er ook niet voor mijn gevoel”

Ik denk dat het niet openen van de post op het moment dat er schulden zijn ook voorkomt bij mensen zonder een psychiatrische aandoening. Het verschil is alleen dat psychiatrische patiënten met een stemmingsstoornis vaak al op de bodem zitten en niet meer kunnen omgaan met nog een terugslag. Veel cliënten zien dan geen uitweg meer en willen uit het leven stappen.

“Als je depressief bent dan weet je niet meer wat links en rechts is, je wilt alleen maar dood.”

Bij de patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis merk ik dat dit anders ligt. Vooral de mensen waar ik bij betrokken was gedurende mijn stage heb ik kunnen ervaren wat er aan de grondslag ligt van de schulden. Uiteraard is dit erg verschillend bij iedereen, omdat persoonlijkheid iets unieks is. Toch kan ik zeggen dat bij vier mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis de schulden zijn ontstaan door geen verantwoordelijkheid te willen of kunnen nemen. Ook tijdens het traject met mij legden deze cliënten de verantwoordelijkheid buiten zichzelf, omdat het in het verleden altijd voor ze is opgelost. Door een gebeurtenis in hun leven kan het ze allemaal niets meer schelen en steken ze hun

“kop in het zand”. Ze laten de post niet liggen omdat ze bang zijn voor een terugslag, maar omdat *“het me allemaal niets meer kan schelen”*. Hierdoor ontstaan er dan schulden.

5.2 Professionele hulp

Hoe cliënten de professionele hulp van het servicebureau hebben ervaren, heb ik kunnen bevragen in het verder verloop van het interview. Dat waren enkel verhalen vol lof.

De ervaringen van cliënten die pas in zorg zijn bij Orbis GGZ zijn moeilijker te analyseren. Ik ervaar zelf dat cliënten erg blij zijn op het moment dat er iemand in beeld komt die ze kan helpen met hun schulden en hierdoor sneller geneigd zijn alles uit handen te geven. Ze zijn opgelucht dat er iemand kan helpen met verstand van zaken, iemand die achter ze staat, waardoor er meer mogelijkheden zijn.

Ook hier zijn verschillen te duiden tussen cliënten met een stemmingsstoornis of cliënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Cliënten met een depressie weten niet meer wat voor of achter is, laat staan dat ze kunnen omgaan met een schuldenlast. Het is zo een chaos in hun hoofd dat ze het gewoon niet aankunnen om de taken samen op te pakken. Tijdens een huisbezoek bij een cliënt merkte ik dit toen ik zag dat deze mevrouw een envelop in een andere envelop wilde steken, omdat ze dacht dat dit een plastic mapje was. Bij de cliënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis merk ik ook dat ze blij en opgelucht zijn dat er iemand in beeld komt die ze kan helpen met hun schulden. Echter speelt bij deze cliënten geen chaos, angst of depressie, maar deze cliënten zijn blij dat er iemand in beeld komt die alles kan oplossen. De verwachtingen bij een cliënt met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis liggen dan ook stukken hoger. Deze cliënten kunnen het vaak wel zelf, maar vluchten op de een of andere manier voor hun problemen. *“Als ik het niet zie, is het er ook niet”*. Hierdoor is de aanpak ook erg verschillend bij een stemmingsstoornis of een persoonlijkheidsstoornis als het aankomt op taken terug geven of zaken uit handen nemen.

Cliënten die ik heb mogen interviewen waren allemaal cliënten waar een depressie tijdens opname speelde. Ze waren het overzicht en de grip kwijt op hun financiële situatie.

“m’n hoofd zat helemaal vol”

“ik moet zeggen ik kan me er weinig van herinneren omdat ik dat allemaal niet goed heb meegemaakt in mijn bovenkamer”

“(...) en voor cliënten buiten ggz is het heel goed en makkelijk om te zeggen kijk dit is de weg deze stappen moeten er genomen worden, deze gaan we nu samen doen. Maar dat gaat gewoon niet als je hoofd helemaal chaos is. Je bent helemaal van je padje af, je weet nog niet eens of je je shirt binnenstebuiten moet aantrekken.”

Iedereen geeft aan erg dankbaar te zijn voor de hulp die ze hebben gehad van het servicebureau. Zonder hen hadden alle vijf de cliënten niet geweten hoe het met ze was geëindigd.

“Als ik Thom niet had gehad dan was het helemaal verkeerd afgelopen, dat weet ik wel zeker. Het was uitzichtloos.”

De hulp die het servicebureau biedt is vaak van korte duur en is voor zaken die acuut geregeld moeten worden. Er wordt een start gemaakt in het hele schuldhulptraject, schuldeisers worden aangeschreven en verschillende aanvragen om inkomen te regelen worden verstuurd. Daarnaast wordt er door het servicebureau gekeken wat de best passende hulp is voor op lange termijn.

Er is één cliënt die ik heb mogen interviewen waar ik uiteindelijk het vertrouwen had dat deze mevrouw op lange termijn is geholpen. Deze cliënt krijgt GTB¹. De GTB neemt de tijd om stapsgewijs vaardigheden aan te leren en naar een punt te werken dat de cliënt het weer zelf aankan. Zes van de tien deelnemers hebben bewindvoering. Drie cliënten doorlopen een WSNP traject en vijf cliënten zijn in afwachting van een uitspraak van de rechtbank. De cliënt die GTB krijgt doorloopt ook het WSNP traject, maar heeft geen bewindvoering. Een bewindvoerder neemt alle vermogensrechtelijke zaken uit handen en beheert deze. Alles wordt vóór i.p.v. mét cliënten gedaan, waardoor de kans klein is dat cliënten iets leren. De overweging wel of geen bewindvoering is er een waar het servicebureau veel voor komt te staan. Enerzijds is het de vraag; welke eisen worden gesteld door verschillende schuldeisers, anderzijds stel ik me de vraag of er nog wel de tijd is/wordt genomen om stil te staan bij deze overweging. Het komt veel voor dat verschillende schuldeisers de eis stellen dat er bewindvoering komt.

“(...) maar de voorwaarde was dan wel dat ik bewindvoering kreeg, dus dat loopt dan nu.”

Ook bij cliënten waarbij ik zelf betrokken was stelden wooncorporaties vaak de eis dat er een bewindvoerder werd toegewezen, zodat ze de zekerheid hadden dat de huur werd betaald. Daarnaast ervaar ik dat er nog maar weinig tijd is voor cliënten en dat de druk erg hoog ligt

¹ Zie lijst met afkortingen

bij de medewerkers van het servicebureau. Tijd om stepped care met cliënten aan de slag gaan is er niet meer en hierdoor volgt al snel de meer drastische beslissing bewindvoering.

Cliënten die ik heb mogen interviewen en cliënten waar ik zelf bij betrokken ben, ervaren hier op het moment geen last van. Vaak zijn cliënten zelfs opgelucht wanneer er bewindvoering wordt uitgesproken, omdat, zoals eerder al aangegeven, cliënten blij zijn dat de financiële situatie uit handen wordt genomen omdat deze te veel stress met zich meebrengt.

Cliënten ervaren wel dat de werkdruk hoog ligt. Dit merken ze door de beperkte tijd die er is per afspraak en het moeilijk kunnen inplannen van nieuwe afspraken. Hierdoor zijn cliënten bang om aan de bel te trekken op het moment dat ze echt tegen een probleem aanlopen. Enkel de cliënt die gespecialiseerde thuisbegeleiding krijgt heb ik hier niet over gehoord. Dit komt omdat het servicebureau toen nog niet de hoge prestatiedruk van de zorgverzekeraars op zich had en omdat zij is geholpen door Thom voor de bezuinigingen van het kabinet.

“En dat vind ik erg, Thom zegt ik ben blij dat ik stagiaires heb want nu ik vast aangesteld ben klopt iedereen om het minste aan m'n deur. Maar zo zouden er nog vijf moeten zijn. Want dat is hetgeen wat nodig is om uiteindelijk te kunnen werken aan herstel.”

“Bereikbaarheid, weinig maatschappelijk werk, dat voel je. Je merkt dat Thom het erg druk heeft en dan moet hij de stagiaires die hij pas heeft opleiden dus je voelt het toch wel. Je voelt dat het service bureau onderbemand is.”

“(...) meer contact te hebben met cliënt zelf. Want je merkte als we een gesprek hadden en wij hadden bijvoorbeeld behoefte aan wat langer hulp of dat we niet alles gedaan kregen op 1 afspraak omdat hij door moest naar een andere afspraak, dan zei hij ja ik zal de rest verder op kantoor doen.”

“(...) hij het ontzettend druk heeft. En hij geeft zelf ook aan dat door die drukte hij ook niet de tijd aan me besteed die hij zou willen besteden aan mij. Dat verwijt ik hem ook niet. Maar dat is wel iets waar Orbis eens wat meer aandacht mag besteden.”

“(...) dat ze hem meer tijd moeten geven. Want dat zegt ie zelf ook, daar wordt je een beetje warrig van. Dan ga je dingen uit elkaar halen. En ik merk dan aan mezelf dat ik dan niet meer zo snel durf te bellen als er iets is.”

Ik merk het ook bij cliënten waar ik zelf bij betrokken ben. De tijd die je hebt met cliënten is erg beperkt. Te beperkt durf ik te zeggen. Een cliënt zei laatst ook tegen mij:

“Hoe gaat Thom dat geregeld krijgen als jij weg bent?!”

Wanneer de tijd om was na een gesprek, was ik snel geneigd om zaken die nog moesten gebeuren over te nemen. Zaken uit handen nemen heeft twee redenen. Enerzijds omdat cliënten het niet aankunnen, anderzijds ook door de beperkte tijd die het servicebureau heeft.

5.3 Herstel

Om te weten of empowerment als methodiek binnen de schuldhulp herstel bevorderend zou zijn is het belangrijk om te weten wat cliënten ervaren als herstel. Zodoende kan er worden gekeken wat er nodig is om herstel te bekomen.

Wat alle tien de cliënten aangeven is dat de schulden herstel in de weg staan. Een cliënt zei dat de schulden geen onderdeel van het heel herstel proces zijn. Als dat zo is kan empowerment herstel ook niet bevorderen. De schulden staan constant op de voorgrond waardoor er geen ruimte overblijft om te werken aan het psychisch herstel.

Wat mij opvalt is dat de cliënten die ik heb mogen interviewen mij al duidelijk kunnen aangeven wat voor hen herstel is en dat sommigen dit doel al bereikt hebben. De vijf cliënten die hun behandeling pas zijn gestart durven nog niet te denken aan herstel, omdat bij deze cliënten de schulden nog een prominente rol spelen. Twee cliënten die ik heb mogen interviewen geven mij duidelijk aan dat ze een nieuwe balans zoeken of hebben gevonden in hun leven, doordat ze hun aandoening hebben geaccepteerd en hiermee leren omgaan.

“Me beter voelen. Ook weer met dingen beter om kunnen gaan. Met mijn borderline. Ik reageer heel heftig in m'n verlatingsangst. Ik stoot mensen af. Ik hou mezelf voor de gek. Als ik het gevoel heb dat mensen bij me weg gaan dan stoot ik ze zelf af zodat de pijn dan minder is. Dat kunnen hele kleine dingen zijn, waardoor ik laat weten ga niet te ver want dat duw ik terug. Tot het daadwerkelijk wegduwen. En daar merk ik wel dat ik de situatie nu eerst kan laten bezinken voordat ik zo handel.”

Een andere cliënt zegt dat ze zich nu goed in haar vel voelt en dat veel verschillende dingen hiertoe hebben bijgedragen.

“(…) toen ik de woning heb gekregen, het is maar klein, maar het is echt mijn paleisje, het is groot genoeg voor mij. En dat is al een stuk van herstel, en weer met werk en dat ik mij weer goed voelde en dat de mensen weer normaal praten met mij, dat had ik ook al jaren niet meer gehad, omdat ik alleen maar in dat drugsmilieu zat en met verkeerde mensen omging. En met de ziekte van m'n zoon kwam ik ook niet meer onder de mensen. Dus ik was eigenlijk sociaal ontspoord. En dat is nu terug en dat is ook herstel. En dat m'n papieren in orde zijn nu en dat ik ook brieven krijg van

dit is beëindigd en dat is geregeld enz. dus dat is ook een stuk van herstel. En dat allemaal samen. Ik moet zeggen het is wel allemaal heel langzaam gegaan doordat mijn vader ziek is geworden. Maar dat alles samen zie ik wel als herstel. En dit jaar gaan we ook op vakantie naar Spanje. Dus ik sta wel weer goed in het leven.”

Al deze dingen bij elkaar zijn gerealiseerd door het servicebureau.

Een andere cliënt kan mij aangeven wat nodig is om tot herstel te komen.

“Studie, baan, dan heb ik weer ‘t idee dat ik meetel in de maatschappij. Ik wil weer iets kunnen betekenen voor anderen.”

Om dit te kunnen realiseren is niet enkel het psychisch herstel van belang, maar moet het praktisch ook mogelijk zijn om deze dingen te realiseren. Wanneer iemand geen geld heeft, hierdoor niet meer onder de mensen komt, geen eten kan kopen en een dak boven zijn hoofd dreigt te verliezen is een studie volgen niet mogelijk. De financiële situatie staat herstel in de weg.

“Dat staat herstel zeker in de weg. Absoluut. Als die aanvraag kredietbank niet was geweest en als Thom er niet was geweest voor al m’n financiële shit had ik niet kunnen herstellen, dan was ik nooit zover gekomen als waar ik nu sta.”

“Ik ben blij dat ik nu wel weer in het leven sta, want toen stond ik erbuiten. Dus de hulp wat ik heb gehad heeft zijn herstel gegeven. Dus die financiële situatie uit handen nemen heeft geholpen bij mijn herstel. Grotendeels zelfs.”

5.4 Empowerment

Van de vijf cliënten die ik heb mogen interviewen geven er vier aan dat zij niet de vaardigheden misten om het op eigen kracht te kunnen. Door de psychiatrische stoornis konden ze de financiële situatie niet meer overzien, waardoor ze vastliepen. Eén cliënt vertelde mij dat het een combinatie was van beide.

“Beide denk ik. Want voordat ziggy overleed kon ik het ook niet aan en de depressie is pas na ziggy gekomen. Omdat ik zoveel moest regelen, en ik wist ook niet hoe dat moest enz. het was gewoon uitzichtloos. Dus het was vaardigheden en depressie samen. En die vaardigheden ben ik nu aan het leren. En nog zijn er momenten dat ik tegen de maatschappelijk werker zeg van dat had ik echt nooit gekund en zij reikt me ook middelen aan van dat kun je zo doen ofzo.”

Wanneer een cliënt zelf aangeeft dat ze de vaardigheden mist is het zoeken naar de best passende hulp. Bij deze mevrouw was dat GTB. Dit was mogelijk omdat er geen schulden waren bij voorzieningen die deze cliënt voorzagen van woning, gas, water of elektriciteit. Hierdoor was bewindvoering niet noodzakelijk omdat belangen van samenwerkende voorzieningen hier geen rol in speelden, waardoor er tijd was om stepped care met deze cliënt te werken aan de vaardigheden die ze miste. Zelf kan ze ook heel duidelijk aangeven waarom ze geen bewindvoering wilde.

“Nee dat wou ik ook absoluut niet. Dat heb ik ook aangegeven. Want dan heb je bewindvoering en dan moet je het daarna weer alleen doen en dan kun je het nog niet.”

Bij de andere vier cliënten speelden er wel belangen van voorzieningen mee. Deze vier hadden namelijk schulden bij verhuurder(s), watermaatschappij of energieleverancier. Naast het feit dat deze cliënten zeggen dat ze niet de vaardigheden aangeleerd hoeven te krijgen, wordt dit ook onmogelijk gemaakt door woningcorporaties, omdat ze als vereiste hebben dat een cliënt onder bewind staat om te kunnen huren.

Bij de cliënten waar ik een casestudie heb verricht, merk ik bij drie cliënten op dat ze niet de vaardigheden missen. Door de psychiatrische aandoening vinden ze het moeilijk om hun financiële situatie te overzien. Deze drie cliënten zijn wel zeer bereidwillig om uit de schulden te komen en willen heel graag meewerken, echter weten ze niet hoe. Bij de twee andere cliënten waarbij ik een casestudie heb gedaan ligt dit een stuk complexer. Deze twee cliënten nemen geen verantwoordelijkheid voor hun schulden. Ze komen geen afspraken na en leggen verantwoordelijkheid buiten zichzelf.

Natuurlijk kun je bij deze twee cliënten afvragen of zij de vaardigheden missen om uit de schulden te komen of dat het de borderlinepersoonlijkheidsstoornis is waardoor cliënten geen verantwoordelijkheid nemen. Deze cliënten hadden beide problematische schulden waardoor bewindvoering een vereiste was, maar of deze cliënten hier op lange termijn mee geholpen zijn vraag ik mij af.

Naast de competentievergroting die bij de meeste cliënten overbodig is, geven cliënten die ik heb mogen interviewen wel duidelijk aan dat de maatschappelijk werker van Orbis GGZ hun krachten zag.

“Ja absoluut, want hij zei ook ja waarom zou je het niet kunnen. Want hij zei ook dat je van de verslaving af bent gekomen wilt zeggen wat voor een sterke vrouw je bent en dat betekent dat je ook meer in petto hebt.”

“Door op het moment dat ik slecht zat en met van alles in m’n hoofd zat mij wel het gevoel gegeven dat ik goed genoeg was om een opleiding te gaan doen. Iemand die dat in mij ziet. Je voelt je dan ook volwaardig.”

Cliënten geven ook aan dat ze sterker zijn geworden door de hulp die ze hebben gehad van het servicebureau, niet doordat ze vaardigheden hebben geleerd, maar juist omdat het de stress heeft weggenomen die de schulden met zich meebrachten.

“Laten we het zo zeggen. Alles is gewoon overgenomen om mezelf weer op poten te krijgen.”

“Zeker. Echt wel. Zeker weten. Ik laat me niet meer zo snel van m’n padje afzetten door andere. Ik ben zekerder geworden, alerter. Financieel gezien ben ik niet meer zo naïef, ik weet wat m’n rechten zijn, ik ken de wegen en dat zijn dingen die Thom me heeft laten zien.”

“Absoluut. Het is grotendeels door hem dat ik zo sterk sta nu. Ik voel me niet meer alleen, en de gedachte dat ik altijd kan bellen. Dat is heel geruststellend waardoor ik me ook sterker voel.”

Op collectief niveau merk ik bij zowel de cliënten waarbij ik een casestudie heb gedaan, als bij de cliënten die ik heb mogen interviewen dat mensen met een psychiatrische stoornis moeilijk hun weg vinden in het doolhof van rechten. Wanneer cliënten zelf proberen deze weg te vinden lopen ze tegen een muur aan van bureaucratie. Dit terwijl de nieuwe wet gemeentelijke schuldhulpverlening zegt dat schuldhulp integraal moet kijken en ook rekening moet houden met de psychosociale gesteldheid van mensen met schulden. Blijkbaar is hier nog geen goede balans in gevonden, want bij alle tien merk ik dat ze van het kastje naar de muur worden gestuurd, waar deze mensen slecht mee kunnen omgaan. Ze trekken zich dit persoonlijk aan en hierdoor kan ontrust ontstaan.

“Het helpt zeker als je zo iemand bij je hebt. Je wordt heel anders benaderd door instanties als je een maatschappelijk werker bij je hebt. Het is mij heel erg opgevallen dat als ik met iemand met een titel bij een instantie ben alles veel gemakkelijker gaat. Anders werd ik niet serieus genomen.”

6 Conclusie

Tijdens mijn onderzoek ben ik erachter gekomen dat het geen kwestie is van hoe eigen kracht kan bijdragen, maar ben ik mij de vraag gaan stellen of eigen kracht kan bijdragen tot herstel.

Ik heb mogen ondervinden dat Orbis GGZ een mooie balans heeft binnen de zorg die zij bieden. Met een multidisciplinair team wordt er gekeken naar alle facetten van de mens. Ongeveer 30% van de cliënten die bij Orbis GGZ in behandeling zijn hebben te maken met schulden. Deze schulden worden als een zodanig zware last ervaren dat ze herstel in de weg staan. Bovendien kunnen mensen met schulden niet participeren in de maatschappij door de beperkte middelen die ze hebben. Je kunt dus stellen dat schulden op zich herstel belemmerend werken.

De maatschappelijk werker binnen Orbis GGZ wordt vaak ingeschakeld wanneer er zich acute problemen voordoen. Er moeten snelle beslissingen gemaakt worden, waardoor er weinig tijd is voor empowerment. Het versterken van cliënten gebeurt op lange termijn door een sociaal psychiatrisch verpleegkundige die samen met de cliënt naar herstel toe werkt. Om dit te kunnen realiseren moet de weg daarnaartoe vrij zijn. Hier zorgt het servicebureau voor.

De schuldenproblematiek binnen de psychiatrie is van dermate grote omvang dat het maatschappelijk werk zoals het nu is bij Orbis GGZ niet meer weg te denken is.

Deel 4 kritische kijk

1 Inleiding

Zoals u eerder heeft kunnen lezen in mijn inleiding ben ik erg kritisch gestart aan dit eindwerk. Ik was ervan overtuigd dat empowerment essentieel was om herstel te bekomen. Hier denk ik nog altijd hetzelfde over, echter heb ik in de loop van mijn onderzoek mogen ervaren dat wanneer het schulden betreft, de financiële situatie te zwaar weegt en herstel in de weg staat. Empowerment kost tijd, en die is er niet. Enerzijds vanuit de zorgverzekeraars die zorg ergens anders inkopen wanneer het te duur wordt, anderzijds met het oog op herstel. Wanneer er schulden zijn en hier op korte termijn niets aan gedaan wordt kan een cliënt niet werken aan zijn psychisch herstel. De realisering hiervan heeft tijd gekost. Pas wanneer ik van verschillende cliënten hoorde dat ze in hun financiële situatie niets konden door hun psychiatrische aandoening is dit bij mij door beginnen te dringen. Ik heb hierin moeten en kunnen groeien door bezig te zijn met mijn eindwerk. In deze kritische kijk zal ik over deze persoonlijke groei reflecteren. Daarnaast zal ik kritisch kijken naar mijn stagedienst en tot slot naar de overheid.

2 Op mijn persoonlijk traject

Hoewel het een bewuste keuze was om mijn derdejaars stage in Nederland ten uitvoer te brengen, heb ik het niet altijd even gemakkelijk gehad met de verwerking van veel nieuwe informatie. De wetgeving, het aanbod en de sociale kaart zijn in Nederland anders dan in België. Doorheen mijn stage heb ik enorm veel bijgeleerd over de wet- en regelgeving in Nederland. Daarnaast heb ik tijdens mijn stage mogen ervaren hoe ingewikkeld het kan zijn om te werken met psychiatrische patiënten. Enerzijds vanuit de cliënt die door de aandoening afspraken niet nakomt, zaken niet kan overzien waardoor ze uit onmacht hun frustratie uiten of hulpverleners tegen elkaar proberen op te zetten. Anderzijds vanuit samenwerkende partners, die door slechte ervaringen weinig vertrouwen hebben in onze doelgroep of die geen rekening houden met de psychiatrische aandoening, waardoor het moeilijk communiceren is voor cliënten en het extra moeilijk is om opnieuw op eigen kracht zaken te regelen.

De keuze van mijn eindwerk onderwerp is tot stand gekomen omdat ik dit laatste een mooi en krachtig begrip vond. Ik was ervan overtuigd dat wanneer mensen iets op eigen kracht bereiken ze hier sterker uit komen en dit bij draagt tot herstel, ook wanneer het psychiatrische patiënten met schulden betreft. Dit blijkt niet het geval. Enerzijds lukt dit niet

omwille van de psychiatrische aandoening, anderzijds omdat er belangen van samenwerkende organisaties mee spelen, die vaak niet de tijd of het vertrouwen hebben dat cliënten op eigen kracht, met aansturing en ondersteuning, betalingsverplichtingen na komen. Hierdoor word je als maatschappelijk werker binnen Orbis GGZ haast gedwongen om te vertrekken vanuit de beperkingen die mensen hebben i.p.v. de krachten.

Gedurende mijn hele stage ben ik bewust bezig geweest met mijn persoonlijke ontwikkeling en heb ik vaak stil gestaan bij mijn doen en denken. Op het begin van mijn stage en bij de start van mijn eindwerk stond ik achter de cliënt en vergat dat er op andere niveaus ook belangen speelden waar ik als onderdeel van een organisatie rekening mee moest houden. Ik zag het goede in de mens en wilde hier vanuit gaan. In de loop van mijn stage heb ik een betere balans kunnen vinden tussen micro-, meso-, en macroniveau. Deze balans vinden was een lastig proces.

3 Op de stagedienst

Hoewel ik tijdens mijn stage en mijn persoonlijke ontwikkeling erachter ben gekomen dat het servicebureau van Orbis GGZ gebonden is aan doelstellingen vanuit de overheid, wet- en regelgeving en belangen van andere organisaties en de psychiatrische aandoening van de cliënt kun je je natuurlijk wel afvragen of de manier van hulpverleners de juiste is op lange termijn.

Zoals eerder besproken is bewindvoering een alledaags begrip bij het servicebureau. Los van de belangen die spelen bij samenwerkende organisaties denk ik dat de financiële situatie volledig uit handen nemen voor cliënten met een stemmings- of angststoornis een goede zaak is. Deze mensen zijn door hun stoornis tijdelijk niet meer in staat om dit zelf te doen, maar hebben dit in het verleden wel altijd goed gedaan. Door zowel tijdens het traject met het servicebureau als daarna met de bewindvoerder taken niet terug te geven kan een cliënt werken aan zijn psychische herstel. Echter denk ik dat wanneer het gaat om cliënten met een persoonlijkheidsstoornis, zaken uit handen nemen geen goede zaak is. Tijdens mijn onderzoek heb ik mogen ervaren dat cliënten met een persoonlijkheidsstoornis vaak in de schulden komen door ontwijkend gedrag en het niet nemen van verantwoordelijkheid. Door een bewindvoerder in te schakelen wordt verantwoordelijkheid genomen door de bewindvoerder. Hierdoor heb ik het gevoel dat deze cliënten niet zullen leren met hun financiële verantwoordelijkheden om te gaan.

Ik besef heel goed dat het servicebureau in dienst staat van het groter geheel. Door het servicebureau worden zaken uit handen genomen; enerzijds vanwege tijdsgebrek, anderzijds vanwege wet- en regelgeving van andere organisaties. Toch is het niet prettig werken wanneer je door omstandigheden uit moet gaan van de beperkingen van iemand i.p.v. hun mogelijkheden.

Als laatste wil ik mijn kritische kijk op de wachtlijsten bespreken. Binnen mijn stagedienst worden cliënten door hun hoofdbehandelaar aangemeld bij het servicebureau. Wanneer het geen spoedaanvraag betreft komt het voor dat de periode tussen aanmelding en intake maanden is. Wanneer dit gaat om een cliënt met financiële problemen, betekent dit dat er maanden overheen gaat voordat deze cliënt kan werken aan zijn psychische herstel. Dit is niet bevorderlijk voor de behandeling van de cliënt en kost op allerlei niveaus verschrikkelijk veel geld.

Naar mijn mening is het belangrijk dat de periode tussen aanmelding en intake aanzienlijk korter is, in eerste instantie in het belang van de cliënt. Uiteraard kan mijn stagedienst niet meer doen dan alle cliënten de best mogelijke begeleiding bieden binnen de tijd die ze krijgen. Wanneer er meer tijd beschikbaar gemaakt zou worden kan er enerzijds meer tijd gestoken worden in de begeleiding, waardoor cliënten het gevoel hebben dat er de tijd voor ze genomen wordt en niet de werkdruk voelen van hun hulpverlener. Anderzijds kan er gewerkt worden aan de wachtlijsten waardoor ook nieuwe cliënten kunnen starten aan hun herstelproces.

Deze tijd kan moeilijk beschikbaar gesteld worden door het management van Orbis GGZ, omwille van de bezuinigingsmaatregelen die door de regering zijn genomen. Hierdoor zal mijn volgende kritische kijk op de overheid zijn.

4 Op de overheid

De hierboven genoemde wachtlijst van het servicebureau kosten verschillende partijen veel geld. Tijdens mijn onderzoek heb ik mogen ontdekken dat schulden psychisch herstel in de weg staan. Wanneer cliënten met schulden moeten wachten op begeleiding en ondersteuning bij deze schulden, duurt psychisch herstel ook langer. Om te beginnen kost dit de cliënt veel geld, omdat hij ieder jaar een eigen bijdrage betaalt aan zijn zorgverzekeraar. Daarnaast kost het de zorgverzekeraar veel geld, die de zorg van de cliënt vergoedt. Tot slot kost het de overheid veel geld, die de langdurige geestelijke gezondheidszorg financiert.

Uiteraard moet er bezuinigd worden in Nederland. Maar er is gesnoeid in de GGZ alsof psychiatrisch patiënten geen recht hebben op dezelfde zorg als in de reguliere gezondheidszorg.

De forse bezuinigingen binnen de GGZ sector komen voort uit het gegeven dat teveel mensen met lichte GGZ-problematiek vanuit de huisarts terecht komen bij tweedelijns zorg en dat er daar teveel mensen te lang in behandeling blijven hangen. Deze punten bedreigden de toegankelijkheid en de kwaliteit van de tweedelijns GGZ organisaties. Ik heb tijdens mijn stage kunnen zien dat het inderdaad zo is dat cliënten te lang klinisch opgenomen blijven. Dit zijn vaak cliënten waar ik zelf als maatschappelijk werker bij betrokken ben geweest om de financiële situatie in kaart te brengen. Vaak had dit betrekking op schulden.

Zoals eerder aangegeven hebben deze cliënten vaak schulden bij (meerdere) verhuurders. Woningcorporaties houden hierdoor de deur dicht totdat een deel van de schulden is afgelost en cliënten onder begeleiding staan van een bewindvoerder. Dit is een traject van maanden of zelfs jaren. Hierdoor kunnen deze cliënten geen kant op, behalve de straat. Dit is geen optie. Hierdoor blijven cliënten inderdaad te lang hangen op een kliniek. Het probleem ligt dus niet zozeer bij Orbis GGZ als zorgverlener, die na klinische opname zo snel mogelijk ambulante behandeling verder zet, maar eerder bij de samenwerkende organisaties. Ik begrijp dat deze geen risico willen nemen om geen huur te ontvangen, maar er zou naar een structurele oplossing gezocht moeten worden op hoger niveau.

Algemeen besluit

Ik begon mijn eindwerk met het idee dat empowerment niet mogelijk was door de beperkte tijd die is ontstaan door de bezuinigingen in de zorg en specifiek de GGZ. Op dit idee ben ik tijdens de uitwerking van mijn onderzoek terug moeten komen. Het is niet enkel de tijd die het “gekkenwerk” maakt om psychiatrische patiënten aan te spreken op hun eigen kracht. Het is ook de mogelijkheid van psychiatrisch patiënten op het moment van opname bij Orbis GGZ. Bovendien heeft een hoofdbehandelaar een lange behandelperiode de tijd heeft om een vertrouwensrelatie op te bouwen en te werken aan het versterken van patiënten en op die manier naar herstel toe te werken.

Het doel van mijn eindwerk was om te achterhalen hoe eigen kracht bij psychiatrisch patiënten met schulden kan bijdragen tot herstel. Om dit te kunnen onderzoeken heb ik in mijn theoretisch deel verschillende begrippen in kaart gebracht. Om te beginnen is gebleken dat schulden een vaak voorkomend probleem is bij psychiatrisch patiënten. Dit heeft verschillende oorzaken. Psychiatrisch patiënten komen om te beginnen vaak uit de lagere sociale klasse, daarnaast is er door ziekte vaak een terugval van inkomen waardoor ze moeten leven van een inkomen rond of onder het sociaal minimum. Hierdoor moeten mensen een periode overbruggen waar vaste lasten gewoon doorlopen. Verder kan naast deze terugval van inkomen de psychiatrische aandoening schulden in de hand werken. Afhankelijk van het ziektebeeld kan een psychiatrisch patiënt door depressie, angst of ontwijkend gedrag de financiële situatie verwaarlozen.

Psychiatrisch patiënten komen bij Orbis GGZ in zorg om te werken aan hun psychisch herstel. Dit is een proces wat tijd kost en mensen op eigen kracht moeten doen. Voor herstel is empowerment dus noodzakelijk. De theorie geeft verschillende processen van empowerment weer. Bij individuele empowerment gaat het om het vinden van eigen kracht om sterker te worden en het eigen leven weer in handen nemen. Dit kan op verschillende manieren. Bij competentievergroting wordt er vanuit gegaan dat mensen bepaalde vaardigheden missen. Tijdens mijn interviews heb ik vastgesteld dat dit niet altijd het geval is. Veel cliënten hebben de vaardigheden om praktische zaken te regelen altijd gehad, maar kunnen hier op moment van opname geen beroep op doen door hun psychiatrische aandoening. Daarnaast beschrijft de theorie zelfverwerkelijking die mensen kunnen bekomen door ervaringen te wisselen in groep en zo hun eigen krachten leren ontdekken. Wanneer cliënten nog niet klaar zijn voor herstel wordt niet in groepen gewerkt. Pas wanneer een cliënt stabiel is wordt er gekeken naar een deeltijd programma op maat van de cliënt. Dit

kunnen groepsvormingen zijn waar cliënten ervaringen kunnen wisselen en zo inzicht krijgen in hun eigen situatie. De nodige stabiliteit zorgt de schuldhulp binnen Orbis GGZ voor. Tot slot ben ik er tijdens mijn onderzoek achter gekomen dat, ondanks de nieuwe wet gemeentelijke schuldhulpverlening, er weinig rekening wordt gehouden met psychosociale gesteldheid van mensen. Cliënten worden van het kastje naar de muur gestuurd en kunnen hier vaak moeilijk mee omgaan, wat veel extra stress en onrust veroorzaakt en herstel belemmerend is.

Mijn eindconclusie bestaat erin dat psychiatrisch patiënten met schulden aanspreken op hun eigen kracht daadwerkelijk “gekkenwerk” is. Dit komt niet door de bezuinigingen, maar omdat psychiatrisch patiënten in de beginfase van opname gecontroleerd worden door hun ziekte. Schulden staan op het moment van opname te zeer herstel in de weg. Op het moment dat de financiële situatie gestabiliseerd is en deze geen prominente rol in neemt in het leven van de patiënt is er ruimte voor empowerment.

Bibliografie

Boek

HASTER, D., *Basisboek integrale schuldhulpverlening*. Groningen, Houten: Noordhoff uitgevers, 2009.

HERMANS, J., VERHEIJ, F., NIJNATTEN, C., & REULING, M., *Handboek jeugdzorg deel 2 volume 2*. Bohn Stafleu van Loghum, 2008.

SLOT, N.W. & H.J.M. SPANJAARD, *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg*. Baarn, 1999.

VAN AUDENHOVE, C., CARLASSARA, V. , VAN HUMBEECK, G., ROMPAEY VAN, I., ROSSEEL, T., SPRUYTTE, N., *Beschut wonen in de geestelijke gezondheidszorg*. Leuven: garant, 1998.

VANDEREYCKEN, W., & VAN DETH, R., *psychiatrie: van diagnose tot behandeling*. Houten: bohn stafleu van loghum, 2004.

Rapport

DE GRAAF, R., TEN HAVE, M., & VAN DORSSELAER, S., *NEMESIS-2*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.

ENSING, D., & YOUNG, S., *Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities*, 2003.

FITCH, C., & TULLOCH, S., *In the red, debt and mental health*. U.K.: mind.,2008.

FITCH, C., SIMPSON, A., COLLARD, S., & TEASDALE, M., *Mental health and debt: challenges for knowledge, practice and identity*. Londen: College Research and Training Unit, Royal College of Psychiatrists, 2007.

KAT, A., KOOL, L., VAN STRATEN, A., BEEKMAN, A., VAN MARWIJK, H., DEKKER, J., *Onderzoeksprotocol Stepped Care Depressie & Angst*. Amsterdam, Vrije Universiteit Amsterdam, 2007.

GGZ NEDERLAND, *Quick scan II: Bezuinigingsmaatregelen ggz*. 20 augustus 2012.

Tijdschrift

OOSTERBAAN, H., BOGAARDS, M., & ROOSENSCHOON, B.-J., Cliënten over herstel. *maandblad geestelijke volksgezondheid*, jaargang 66, nummer 3, 2011, 147-160.

VLEK, R., Gevangen in het net van de verzorgingsstaat. Over de financiële positie van ggz-patiënten. *Deviant*, jaargang 1999, nummer 22.

Interne nota

Stuurgroep GGZ, *Zorg in samenspel en samenhang*. Sittard-Geleen, Orbis GGZ, Oktober 2011: Visie 2011-2014. (niet-gepubliceerd document)

Informatie van het netwerk

NZA, Geestelijke gezondheidszorg. Internet.

(<http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/langdurende-geestelijke-gezondheidszorg/>)

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN EN WERKGELEGENHEID, schuldhulpverlening, een nieuwe wet. Internet, 2013. (<http://www.gemeenteloket.minszw.nl/dossiers/werk-en-inkomen/schuldhulpverlening/de-nieuwe-wet.html>)

Mondelinge bron

STEINBUSCH, T., mondelinge mededeling. Informeel gesprek, 11 maart 2013.

Bijlagen

- ❖ Bijlage 1: Uitgeschreven interview 1
- ❖ Bijlage 2: Uitgeschreven interview 2
- ❖ Bijlage 3: Uitgeschreven interview 3
- ❖ Bijlage 4: Uitgeschreven interview 4
- ❖ Bijlage 5: Uitgeschreven interview 5
- ❖ Bijlage 6: Bespreking cliënten casestudies