

Geld!

GGZ totaal



KA

Inhoudsopgave

'Een zachte druppel kan een rots niet breken'

Een gedicht van Gisele Vranckx

[Naar gedicht](#)

'Oud'

Niki Stoker bereidt zich voor op de toekomst

[Naar column](#)

'Typisch'

Eva Kiehne over de 'TN', de Typische Nederlander

[Naar column](#)

Geld!

De GGZTotaal van december

[Naar artikel](#)

Wonen op een voormalig GGZ-terrein

Bart Vuijk onderzoekt wat er met de oude GGZ-paviljoens is gebeurd

[Naar artikel](#)

'Het is een blinde vlek...'

Marjan Mensinga over laaggeletterdheid en de GGZ

[Naar artikel](#)

Symposium Dialogue First!

Peer-supported Open Dialogue, 19 januari 2018 (adv.)

[Naar symposium](#)

ADHD: macht en misverstanden

Johan Atsma recenseert het boek van Laura Batstra

[Naar artikel](#)

GGZTotaal verzorgt ook een [dagelijks nieuwsoverzicht](#). Maak er je startpagina van!

Geld !

XL

'Het Engelse Model'

Op weg naar een nieuw bekostigingssysteem voor de GGZ

[Naar artikel](#)

Kan de patiënt de psychiater nog wel betalen?

Jeannet Appelo over stapeling van zorgkosten

[Naar artikel](#)

De onbetaalbare jeugdzorg: niet bij geld alleen

Over de wachtlijsten in de jeugdzorg en de oorzaken daarvan

[Naar artikel](#)

Geld!

De GGZTotaal van december

Een paar weken geleden was ik aanwezig bij een studiemiddag waar vooral hulpverleners uit de GGZ aanwezig waren. Aan de orde kwam de financiering van de GGZ. Eén van de aanwezigen verzuchtte: "Waarom moet het toch altijd over geld gaan?"

De reactie van deze hulpverlener lijkt exemplarisch voor de 'oude GGZ': "Wij houden ons bezig met hogere zaken, geld mag daarbij geen rol spelen". Het is één van de oorzaken waarom het GGZ-budget in de jaren vóór 2012 zoveel sneller steeg dan in de rest van de gezondheidszorg. Er waren meer redenen, maar deze instelling was er zeker één van.

Het gaat inderdaad vaak over geld en dat is helaas onontkoombaar. In de GGZ gaat op jaarbasis een slordige 6,5 miljard euro om en dat geld moet ergens vandaan komen. Verzuchten dat het 'altijd over geld gaat' kan wel, maar dan moet je ook niet zeuren als je minder gaat verdienen. Gelukkig zagen de meeste aanwezigen de noodzaak van geld als gespreksonderwerp wel in.

Geld. Onze hele bijlage gaat er over. Over de stapeling aan onkosten waar iemand met psychische problemen mee te maken heeft (oplopend tot duizenden euro's per jaar). Ook over de jeugdzorg die tegen een te laag tarief wordt ingekocht (al komen de problemen in de jeugdzorg niet alleen door geldgebrek). We starten de bijlage met het nieuwe bekostigingssysteem in de GGZ, het zogenaamde 'Engelse model', wat de NZa op dit moment ontwikkelt.

Maar ook buiten de bijlage komt het thema terug: Bart Vuijk schrijft over de oude GGZ-terreinen, die tegenwoordig voor heel andere doeleinden worden gebruikt dan opname-paviljoens. Ze liggen meestal mooi verscholen in de natuur,

want toen ze gebouwd werden mochten de instellingen niet zichtbaar zijn vanaf de openbare weg. Je mocht eens een 'krankzinnige' te zien krijgen. Vanwege die mooie ligging en de vaak historische gebouwen zijn de terreinen nu kapitalen waard.

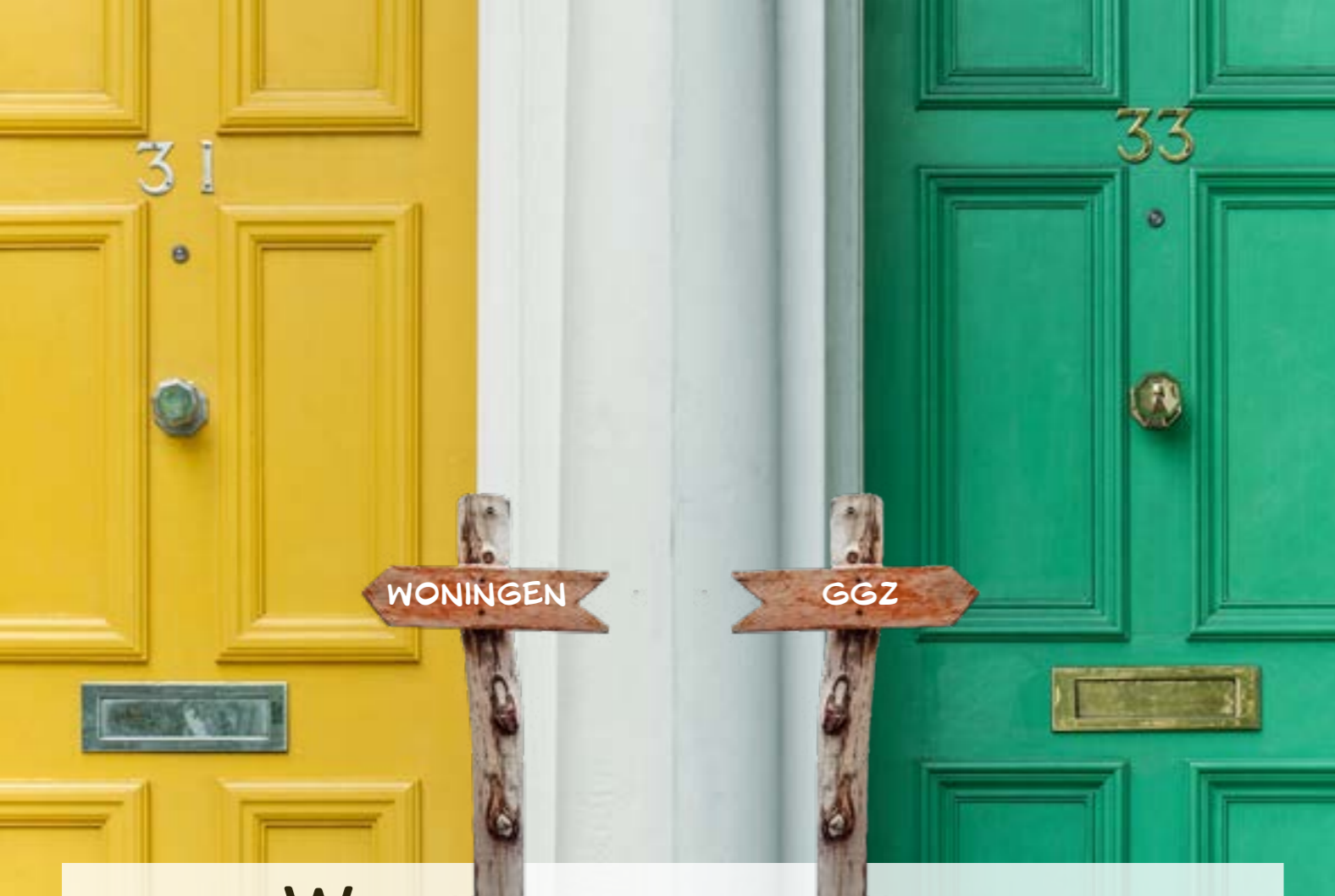
De GGZ heeft geldtekort. Eén en één is twee: verkopen, die spullen!

In het kielzog van het artikel van Bart Vuijk bezochten we een bakkerij op het terrein van Dijk en Duin in Castricum (waar ook GGZTotaal zijn kantoor houdt) en maakten daar een video-impressie. Mensen met 'een achterstand tot de arbeidsmarkt' zijn hier bijzonder zinvol aan het werk. Het kan écht!

Het artikel van Marjan Mensinga heeft weinig te doen met geld, maar alles met laaggeletterdheid. Een onderbelicht fenomeen, want veel meer mensen dan we denken blijken laaggeletterd. Zij begrijpen de briefjes van de huisarts niet, de folders van de hulpverleners nog minder en de bijsluiters bij de medicijnen al helemaal niet. Terwijl iedereen denkt dat deze mensen goed voorgelicht of geïnformeerd zijn, zijn ze niet op de hoogte. Goed in de gaten houden, dus.

Onze vaste rubrieken: Niki Stoker beschrijft met leedwezen en humor het verouderingsproces; Gisele Vranckx dichtte 'Een zachte druppel kan een rots niet breken'; Johan Atsma recenseerde het boek van Laura Batstra 'ADHD: macht en misverstanden'.

Over twee weken, vlak voor de kerst, verschijnt een extra GGZTotaal met het jaaroverzicht van 2017. Dat gaat ook véél over geld, maar ook over héél véél andere gebeurtenissen in de GGZ. De GGZ, never a dull moment.



WONEN OP EEN VOORMALIG GGZ-TERREIN

Huisvesting voor asielzoekers, een werkplek voor een burgemeester, dure particuliere villa's en woonstudio's voor verstandelijk gehandicapten. In voormalige GGZ-panden die hun functie hebben verloren, gebeurt van alles. We lopen langs een aantal plekken in Nederland waar voorheen de GGZ het voor het zeggen had.

Oudere GGZ-instellingen 'in de bossen', maar ook die in binnensteden hebben in toenemende mate hun vastgoed ontdekt om de eindjes aan elkaar te knopen. Ze verkopen steeds meer terreinen en panden om geld te verdienen, dat dan naar eigen zeggen in de instelling en de zorg voor patiënten wordt gestoken.

Hoeveel hectare, vierkante meters en behandelruimte er verloren is gegaan voor de GGZ in de laatste jaren, is lastig vast te leggen. Vast staat wel dat veel GGZ-instellingen terreinen en panden verkopen. Soms om gewoon van het onderhoud van de vaak monumentale gebouwen af te zijn, maar steeds vaker ook om de begroting rond te krijgen. De plek waar voorheen psychiatrische patiënten werden behandeld, wordt meestal ingenomen door woningen, maar ook door andere functies.

Burgemeester

Het was in 2008 vreemd om te zien hoe Castricumse ambtenaren gingen vergaderen in een voormalige isoleercel van paviljoen De Loet van GGZ Dijk en Duin. Achter een dikke stalen deur, met een kijkgat en ramen die niet open konden. Het hele monumentale paviljoen uit de jaren twintig van de vorige eeuw deed tijdelijk dienst als gemeentehuis, tijdens een ingrijpende verbouwing van het echte raadhuis. De burgemeester had een riante kamer met vanuit haar raam uitzicht op de nabijgelegen paviljoens, waar patiënten woonden en werden behandeld. Inmiddels wordt het pand verbouwd tot woningen. Ongeveer een derde van het 92 hectare grote terrein van voormalig psychiatrisch ziekenhuis Duin en Bosch is nu voor woningen bestemd. Veel paviljoens die in de periode 1960-1980 waren gebouwd, gingen er letterlijk voor tegen de vlakte.

Net zo gek als een gemeentehuis op een GGZ-terrein misschien, is een bed and breakfast in een oud ketelhuis op landgoed De Grote Beek, van GGZ Eindhoven. Daar kun je nu volgens de menukaart couscous met feta, gezouten citroenschil, munt en rucola vermengd met kruidenolie en gegarneerd met kipkluijfjes bestellen voor 5,50 euro. Een link met de zorg blijft er wel. Het is geen gewoon restaurant; het personeel bestaat uit 'mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt' en het Ketelhuis noemt zichzelf dan ook een sociaal bedrijf. Blijft het toch een beetje in de buurt van zorgtaken.

Asielzoekers

Soms blijft de herbestemming van een voormalig GGZ-pand heel erg dichtbij de zorg. Zo werd onlangs bekend dat kantoren van GGZ Centraal in Harderwijk worden omgevormd tot veertig woonstudio's voor meervoudig gehandicapten. In andere gevallen staan panden een tijdlang leeg, totdat er min of

meer vanzelf een nieuwe bestemming voor komt. In Hoofddorp kocht de gemeente vorig jaar een aantal GGZ-panden aan om er asielzoekers en statushouders te huisvesten. Deze panden hadden hun zorgfunctie al enige tijd verloren.

Maar in de meeste gevallen komen er gewoon woningen op plekken waar voorheen de GGZ de baas was. En dat levert niet alleen de verkopende GGZ-instelling geld op. Projectontwikkelaars lopen al jaren likkebaardend naar de groene terreinen van GGZ-instellingen te kijken. Met de veelal monumentale panden kunnen ze ook wel wat. Verbouwen tot woningen met respect voor de uiterlijke schoonheid is dan de kunst. De woningen vinden gretig aftrek. En met de verkoop van de terreinen en panden verdienen de GGZ-instellingen geld. Soms worden er complete nieuwbouwwijken uit de grond gestampt op een voormalig GGZ-terrein.

Tafelzilver

Wat gebeurt er met het zo verdiende geld? En waarom is het voor de instellingen nodig om zoveel onroerend goed af te stoten?

Soms is het noodzakelijk omdat het water een instelling tot aan de lippen staat. De overheid eist soms ook dat het tafelzilver wordt verkocht. Dat overkwam enkele jaren geleden een instelling voor opvang van meervoudig gehandicapten, Philadelphia. Geen GGZ, maar wel een belangrijke aanwijzing wat de overheid kan doen als een zorginstelling in grote financiële problemen raakt. Philadelphia werd door staatssecretaris Jet Bussemaker gedwongen om al zijn panden te verkopen, zelfs de gebouwen die de instelling zelf nodig had. Die moesten worden teruggehuurd. Kijk uit GGZ, dit kan dus ook in deze sector gebeuren als het grondig mis gaat.

Miljoenenverlies

GGZ-instellingen verkopen vooralsnog vrijwillig. Maar vaak niet zomaar. Onlangs werd bekend dat GGZ WNB in West-Brabant weer vastgoed gaat verkopen. Dit om een miljoenenverlies te beperken. Ook een paar jaar geleden werd er al vastgoed verkocht door deze instelling. Zo staat het uit 1909 stammende hoofdgebouw in Halsteren te koop.

Soms is het besluit tot verkoop echter helemaal niet geboren uit financiële nood, maar is een pand of terrein domweg niet meer nodig. Dan is de verkoop slechts een maatregel om kosten te beperken en er een nette nieuwe bestemming aan te geven. Een van de motieven van GGZ Dijk en Duin in Castricum om bijna alle monumentale gebouwen te verkopen, lag in het feit dat de instelling geen zorggeld wilde besteden aan onderhoud van deze monumenten. Maar ook door inhoudelijke veranderingen in de GGZ ontstaan verkoopplannen. GGZ Centraal verkocht twee jaar geleden panden op landgoed Veldwijk. De toenemende ambulante behandelvormen leidden er volgens de instelling toe dat voormalige, goedbezette panden nu leeg staan. Dit is bijna in het hele land het geval en veel raden van bestuur zien daar een aanleiding in om ze van de hand te doen. ●

Voorbeeld geslaagde transformatie GGZ-terrein: Dijk en Duin

Er zijn voorbeelden van geslaagde transformaties van GGZ-panden en -terreinen. In Castricum is er een te vinden. Hoe werkt het bij een instelling die een deel van zijn terrein heeft verkocht? Paul de Bot werkt als projectmanager bij GGZ Dijk en Duin. De transformatie van een groot deel van de 92 hectare van het Castricumse terrein heeft hij volop meegemaakt en begeleid. De instelling zag nieuwbouw van woningen als een kans om de huisvesting van de hele instelling grondig te vernieuwen.

„We hadden heel erg verouderde huisvesting. Paviljoens met tweepersoonskamers voor cliënten, verouderd sanitair, noem maar op. Wij wilden door de verkoop van een deel van het terrein een nieuwe huisvesting voor onze cliënten bekostigen, en de werkgelegenheid bij onze instelling behouden. Op een deel van het voormalige terrein is nu een nieuwe wijk van Bakkum ontstaan. Op een deel van het terrein bieden wij ook ruimte voor de huisvesting van andere zorginstellingen, die zich hier mogen vestigen.”

De verkoop werd mogelijk door de terugloop van het aantal patiënten, dat in de klinieken was opgenomen. „Dertig procent minder. Dat was een wettelijke verplichting. Veel cliënten worden tegenwoordig ambulant behandeld, nog maar vijf tot tien procent wordt opgenomen.

Daardoor hadden we gebouwen die leeg stonden. De financiering loopt nu anders: instellingen krijgen geen geld meer voor bedden, maar voor de mensen die gebruik maken van die bedden.”

Sloop

De sloop van de panden, die in de periode tussen de jaren zestig en tachtig zijn gebouwd, moest financieel worden gedekt. „Er zat nog boekwaarde op.” Sommige oudere panden, uit de jaren twintig van de vorige eeuw, zijn herbestemd. „Er is een mooie mix van verschillende functies ontstaan. Sommige panden worden gerund door een sociale firma. Er zitten inmiddels vijftig ondernemingen op ons terrein. In de oude, monumentale gebouwen hebben we zorgfuncties en -woningen ondergebracht.”

Nu staan er particuliere woningen vlakbij een GGZ-instelling. Volgens De Bot gaat dat goed samen. „De combinatie gaat heel goed. Wij hebben de zwaardere zorg wat verder weg gezet van de particuliere woningen. Wat wel altijd een thema is op dit soort terreinen, is drugsoverlast. Eens in de drie maanden hebben wij een overleg met omwonenden. Daar wordt dat wel eens aangekaart.”

Wat deed GGZ Dijk en Duin met het geld dat door de verkoop van terrein is verdiend? Volgens De Bot is dat grotendeels besteed aan de nieuwe huisvesting van de instelling zelf. Die is compleet vernieuwd. Door de monumentale gebouwen te verkopen of herbestemen, valt de zorg voor het onderhoud van deze rijksmonumenten van de instelling af. „Je probeert daar geen geld meer aan uit te hoeven geven, want dat gaat van de zorg af”, verklaart De Bot.

Vastgoedtak

De instelling kon niet onbeperkt terreinen uitgeven. Daar zit de gemeente tussen. Ook elders merkt Parnassia, waar Dijk en Duin onder valt, dat gemeenten ervan overtuigd moeten worden om zorgterreinen te transformeren. Een bestemmingsplanwijziging is dan noodzakelijk. Wat betreft transformatie van zorgterreinen en lege zorgpanden, heeft GGZ Parnassia de afgelopen jaren bijzonder veel ervaring opgedaan. Zoveel zelfs, dat er een aparte afdeling voor is opgericht. „Dat is een aparte tak binnen Parnassia. Die is daar constant mee bezig. We hebben een behoorlijke expertise. Uitgangspunten zijn dat wij als zorginstelling efficiënt met onze vierkante meters moeten omgaan, en we beseffen goed dat we geld maar eenmaal kunnen uitgeven.”

En zo zijn veel GGZ-instellingen tegen wil en dank ook een soort vastgoedbedrijven geworden. Vaak laten bestuurders van de instellingen zich adviseren door externe specialisten, maar soms wordt het ook voornamelijk zelf gedaan, zoals bij Dijk en Duin. De veranderingen op de terreinen hebben soms heel onverwachte zaken tot gevolg. Leuke zaken.

Te gekke wandelingen

Zo is onlangs een boekje uitgekomen met wandelingen rond de oude GGZ-instellingen in de bossen. De titel: ‘Te gek om los te lopen’. Ondertitel: ‘11 waanzinnige wandelingen in de buurt van psychiatrische klinieken’. Het is bij elke ANWB-winkel en de betere boekhandel te koop. Het is dus niet alleen zo dat de psychiatrie weer naar de gemeenschap is gegaan; de gemeenschap wil nu ook wel eens zien hoe het er aan toe ging in de psychiatrie.

Leegstandsgolf na wetswijziging

In het Financieele Dagblad werd op 12 juli vorig jaar gemeld dat er een 'leegstandsgolf in de zorg' heerst, die financiële problemen voor de zorginstellingen veroorzaakt. De krant heeft op een rij gezet hoeveel zorginstellingen verzoeken hebben ingediend om gebouwen te verhuren of te verkopen. De GGZ-instellingen torenden boven alle andere zorginstellingen uit. Zij hebben de meeste verzoeken ingediend van alle zorginstellingen.

Dat is ook geen wonder. In 2012 werd een wetswijziging van kracht. De zorginstellingen werden toen zelf verantwoordelijk voor hun vastgoed. Voorheen lag het risico bij de overheid, nu bij de instellingen zelf. Nu willen ze die financiële risico's beperken. Dat betekent dat er anders en slimmer moet worden gewerkt. De meters die er zijn, moeten vol zitten. De rest moet van de hand worden gedaan. Voor veel panden lopen hypotheek of langjarige huurcontracten. Het Financieele Dagblad merkt in het artikel op dat in 2015 28 procent van de zorginstellingen onder verscherpt toezicht staat bij de Stichting Waarborgfonds, vaak omdat ze te duur vastgoed hebben. Steeds meer instellingen willen daar van af. In de krant verklaart Hans Hoepel van adviesbureau Twynstra Gudde: „Te duur, verkeerd en overtollig vastgoed hangt zorginstanties als een molensteen om de nek.”

Een zachte druppel kan een rots niet breken

In de warmte van mijn zijn
voelt mijn lichaam ijzig koud
niet omdat ik heb gefaald
ik de puurheid gewoon mis

In de kracht van mijn bestaan
voelt mijn wezen kwetsbaar aan
niet omdat ik heb gefaald
er op dit moment niets anders is

In de woorden van mijn taal
zoek ik verder naar de zin
niet omdat ik heb gefaald
het voor mij echt wezenlijk is

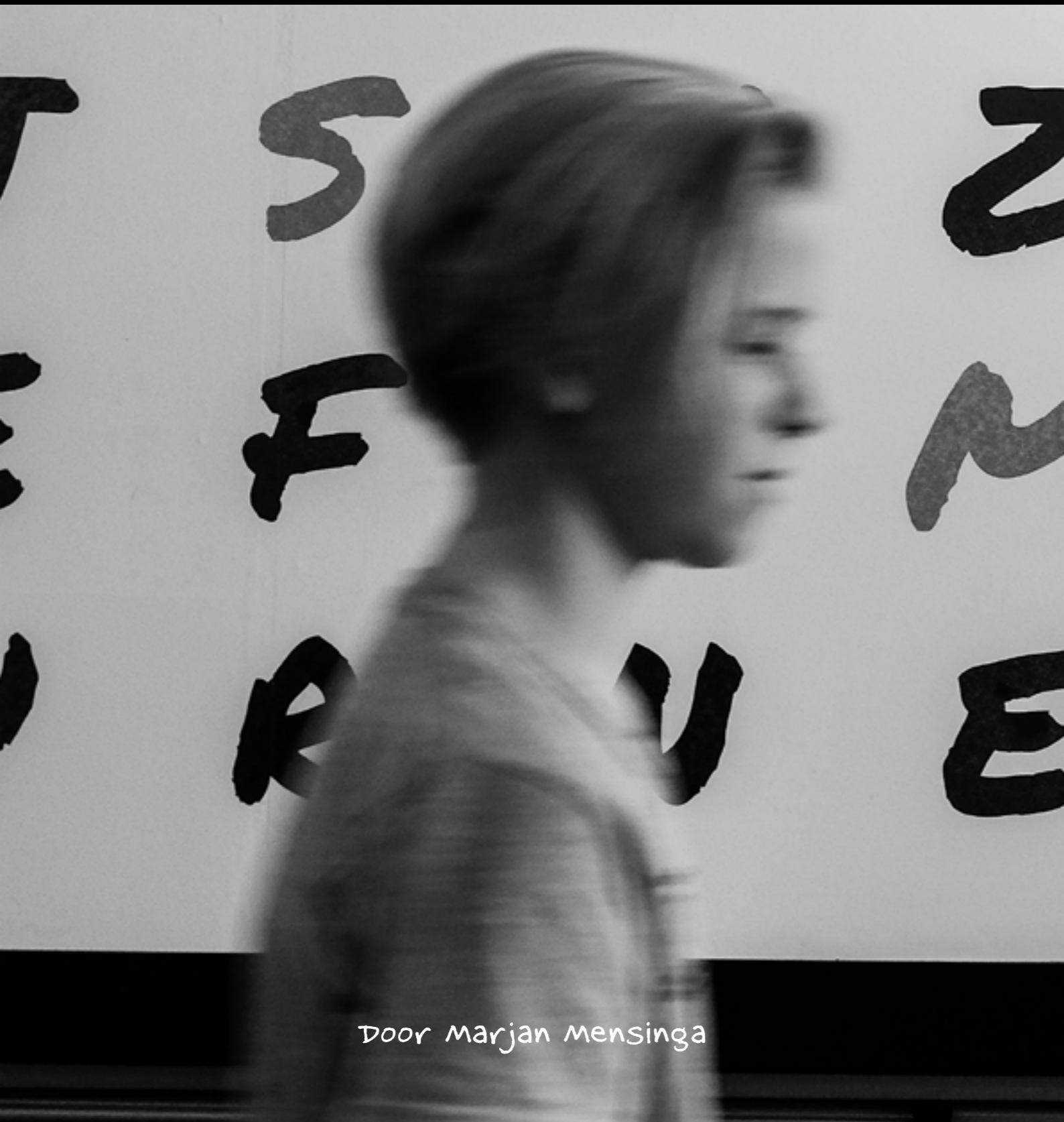
Dat wat ik heb uit te dragen
meer dan menselijk leven is
juist omdat ik heb gefaald
door een oude erfenis

© Gisele Vranckx



'Het is een blinde vlek....'

moeite met lezen en schrijven in
de geestelijke gezondheidszorg



Door Marjan Mensinga

In het opiniestuk 'De kanaries in de verzorgingsstaat' (Volkskrant, 16 maart 2017) schrijven Pieter Hilhorst en Albert Jan Kruijer: 'Als de regels ingewikkeld worden en loketten sluiten, raken laaggeletterden het eerst de weg kwijt. Zij haken af en vallen uit omdat ze geen wijs kunnen worden uit de brieven die ze krijgen en online de weg kwijt raken. Het zijn mensen die bij de dokter of bij de gemeente liever zeggen dat ze hun bril zijn vergeten omdat ze lezen moeilijk vinden.'

Weinig aandacht in de ggz

In de ggz is tot nu toe weinig aandacht geweest voor gezondheidsvaardigheden en de mate van geletterdheid van cliënten. Behandelaars gaan er doorgaans vanuit dat hun cliënten kunnen lezen en schrijven. Vaak wordt, voordat iemand in behandeling komt, een vragenlijst gestuurd die de cliënt thuis moet invullen; in sommige gevallen komt iemand pas in behandeling als hij dit ingevulde formulier heeft teruggestuurd. Tijdens de behandeling krijgt de cliënt een behandelplan voorgelegd en moet hij daarmee akkoord gaan. Soms wordt hem gevraagd om alvast met e-health te beginnen. Voor dit alles is het van belang dat mensen goed kunnen lezen en schrijven.

Uit [onderzoek van de Stichting Lezen & Schrijven](#) (2016) blijkt dat 2,5 miljoen mensen in Nederland van 16 jaar en ouder zo veel moeite met lezen, schrijven en/of rekenen hebben dat we ze 'laaggeletterd' noemen.

Tweeënhalf miljoen mensen: dat is ongeveer één op de zes Nederlanders in die leeftijdscategorie. Twee derde van hen is autochtoon. Laaggeletterd zijn betekent dat mensen wel een beetje kunnen lezen en schrijven, maar onvoldoende om zelfredzaam te zijn in de maatschappij (definitie www.hetbeginntmetaal.nl). Laaggeletterd zijn is van invloed op iemands gezondheidsvaardigheden: de vaardigheden die mensen nodig hebben om informatie over hun gezondheid te kunnen opzoeken (digitaal, via folders of mondeling), te begrijpen en toe te passen. Goede gezondheidsvaardigheden zijn erg belangrijk voor een optimale gezondheid.

In tegenstelling tot mensen die 'hooggeletterd' zijn, hebben laaggeletterde mensen vaker last van somatische aandoeningen als astma, diabetes, kanker en hartinfarcten. Ze gaan ook vaker naar de huisarts, spoedeisende hulp of specialist en maken minder gebruik van preventieve programma's. Deze mensen hebben meer moeite met therapietrouw en zelfzorg, en hebben minder kennis over ziekte, gezondheid en gezond leven. Wat geldt voor somatische aandoeningen geldt ook voor psychische problematiek: in [Nederlands onderzoek](#) (uit 2006) zegt 8,2 procent van de laaggeletterde mannen psychische klachten te hebben, tegenover 5,5% van de hooggeletterde mannen. Bij de laaggeletterde vrouwen is dit 11,8 procent, tegenover 9,5 procent van de hooggeletterde vrouwen.

In werkelijkheid kon hij helemaal niet lezen'

Uit Amerikaans en Australisch onderzoek blijkt dat veel hulpverleners in de ggz niet weten dat hun cliënten moeite kunnen hebben met lezen, schrijven en rekenen. Zij gaan er vanuit dat cliënten niet gemotiveerd zijn voor de behandeling als zij (vaak) niet op een afspraak komen en hun medicatie niet goed gebruiken. Het idee dat een cliënt moeite heeft met lezen en schrijven en daarom zijn afsprakenkaartje niet begrijpt, komt niet als eerste bij hen op. In Nederland is tot voor kort geen onderzoek gedaan naar laaggeletterdheid in de ggz. Om die reden hebben in 2015 en 2016 hbo-v-studenten in opdracht van Pharos een reeks verkennende onderzoeken gedaan. We wilden weten of ggz-professionals bekend zijn met de termen 'gezondheidsvaardigheden' en 'laaggeletterdheid', of ze cliënten herkennen die laaggeletterd zijn, wat volgens hen de gevolgen voor de cliënten zijn, en wat ze doen als ze weten dat hun cliënt laaggeletterd is.

In totaal zijn 36 professionals (praktijkondersteuners ggz, psychologen en sociaalpsychiatisch verpleegkundigen) geïnterviewd, werkzaam in verschillende settings. De praktijkondersteuners (POH-ggz) in de huisartsenpraktijken realiseren zich dat mensen mogelijk laaggeletterd zijn. Ze verwachten dat echter eerder in wijken met een lage sociaal-economische status (SES). In een huisartsenpraktijk waar vooral hoger opgeleide mensen komen, denken ze dat laaggeletterdheid niet voorkomt. Eén POH-ggz zegt: 'Ik merk

zelf ook dat het een blinde vlek is. Ik denk toch dat we mensen overschatten.'

Verschillende praktijkondersteuners vertellen dat cliënten het probleem van laaggeletterdheid bagatelliseren of verbloemen: 'Hij zei dat hij vrij vroeg van school was gegaan en niet zo goed was in lezen, terwijl hij in werkelijkheid helemaal niet kon lezen.' 'Je ziet dat mensen vanuit schaamte hun laaggeletterdheid proberen te maskeren. Dan gebruiken ze bijvoorbeeld dure woorden, maar gebruiken deze verkeerd of spreken deze verkeerd uit.' Wanneer het praktijkondersteuners opvalt dat een cliënt vaak te laat of op de verkeerde dag naar een afspraak komt, gaan zij vermoeden dat er sprake is van laaggeletterdheid.

De gevolgen voor de cliënt

De geïnterviewde psychologen en SPV'ers in de basis-ggz denken dat vooral mensen met een laag IQ of migranten laaggeletterd zijn. Het valt hen op dat sommige cliënten het moeilijk vinden om vragenlijsten in te vullen. Ze doen dit dan samen met de cliënt. Veel ggz-professionals denken dat cliënten die laaggeletterd zijn minder baat hebben bij de behandeling. Een van hen zegt: 'Ik denk dat mensen meer last krijgen van welvaartsziekten of psychische en emotionele problemen vertalen in lichamelijke ziekten.'

Er kan ook een verkeerde behandeling worden gegeven omdat gedacht wordt aan persoonlijkheidsproblematiek terwijl het laaggeletterdheid betreft.

De SPV'ers van een FACT-team in de ambulante ggz en de medewerkers van een bemoeizorgteam kenden de term 'gezondheidsvaardigheden' niet. Ook zij gaan er vanuit dat vooral migranten of mensen met een laag IQ lage gezondheidsvaardigheden hebben. 'Ik denk dat lage gezondheidsvaardigheden voor een deel te maken hebben met intelligentie. Een ander deel heeft te maken met ziektebesef.'

De consequenties van lage gezondheidsvaardigheden zijn volgens deze professionals dat de cliënt zijn medicatie niet goed inneemt, niet weet wat hij moet doen als hij in de wachtkamer zit en/of de volgende afspraak niet kan opschrijven en die dan maar onthoudt. Wanneer een cliënt dan niet op de afspraak komt (omdat hij het afsprakenkaartje niet kan lezen en de afspraak vergeten is), wordt dan ten onrechte gedacht dat hij niet gemotiveerd is voor de behandeling.

Laaggeletterdheid herkennen

Verminderde zelfredzaamheid kan een signaal van laaggeletterdheid zijn. Cliënten raken in de (financiële) problemen omdat ze bijvoorbeeld hun post niet kunnen lezen, niet weten hoe ze geld moeten overmaken of hoe ze een uitkering of toeslag moeten aanvragen. Het gevolg kan een huurachterstand zijn en in het extreme geval een huisuitzetting. De cliënten schamen zich vaak dat ze niet kunnen lezen of schrijven. Een van de professionals heeft een cliënt die bang is voor zijn eigen administratie en zich daarvoor schaamt: '... dat hij daar altijd mee naar zijn moeder moest of naar iemand anders.' Als de FACT-teammedewerkers weten dat iemand laaggeletterd is, kijken ze naar wat het eerst gedaan moet worden: 'Als iemand psychotisch is, dan is de psychose het meest voorliggend probleem. Maar dreigt iemand uit zijn huis gezet te worden omdat hij de brieven van de Mitros [woningbouwcorporatie] niet goed interpreteert, dan heeft dat prioriteit. Dus net wat het zwaarst weegt.'



POH-ggz'er: 'Ik merk zelf ook dat het een blinde vlek is. Ik denk toch dat we mensen overschatten.'

Uit [eerder onderzoek](#) onder ggz-professionals in een psychiatrisch ziekenhuis blijkt dat ook zij denken dat laaggeletterdheid vooral voorkomt bij migranten of mensen met een laag IQ. Zij kennen hun cliënten vaak al langer en maken hen dagelijks mee. Toch is het ook voor hen lastig om laaggeletterdheid te herkennen. Zij vragen wel bij hun cliënten na wat er tijdens hun behandelplanbespreking met de psychiater besproken is en wat zij daarvan gesnapt hebben. De hulpverleners hanteren daarbij de 'teach-back-methode' ofwel de 'terugvertelmethode', waarbij ze vragen: 'Ik wil graag weten of ik het goed heb uitgelegd, kunt u mij vertellen wat we hebben afgesproken?' Dit is een goede methode om te weten te komen of je (laaggeletterde) cliënt je wel heeft begrepen.

Voor de meeste ggz-professionals is 'gezondheidsvaardigheden' een nieuwe term. Ze zijn zich er meestal niet bewust van dat bepaalde cliënten lage gezondheidsvaardigheden hebben, maar ze merken wel vaak op dat die niet begrijpen wat er gezegd wordt. Ze passen dan automatisch hun taal aan door langzamer te gaan praten en minder moeilijke woorden te gebruiken. Het woord 'laaggeletterdheid' is voor hen een makkelijker term. Ze herkennen daarin meer mensen, maar denken ten onrechte minder snel aan autochtone mensen met een normaal IQ. Soms denken professionals dat een cliënt therapieontrouw is omdat die niet, of te laat, op een afspraak komt. Terwijl het werkelijke probleem dan is dat die cliënt zijn afsprakenkaartje niet kan lezen. Meer aandacht voor laaggeletterdheid in de ggz is dus nodig. ●

Tips voor professionals

- Praat niet te snel en neem de tijd.
- Vermijd medisch jargon.
- Gebruik beeldmateriaal (bijv. filmpjes, afbeeldingen of beeldverhalen).
- Geef niet te veel informatie in één keer.
- Gebruik geen abstracte begrippen en beeldspraak.
- Gebruik de terugvertelmethode.
- Help uw cliënt met het invullen van vragenlijsten.
- Geef geen schrijfp opdrachten. Verzin een alternatief.

Marjan Mensinga is medisch antropoloog, SPV'er, POH-ggz en werkzaam bij Pharos Expertisecentrum Gezondheidsverschillen.

De onderzoeksverslagen zijn te vinden op: www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/laaggeletterdheid-en-gezondheid/ achtergrondinformatie.

Meer informatie

- [Factsheet Pharos over beperkte gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid.](#)
- [Factsheet Pharos over medicijngebruik](#)
- [Webpagina Pharos over eenvoudig voorlichtingsmateriaal.](#)
- [Website Alliantie Gezondheidsvaardigheden.](#)
- [Informatie KNMP over laaggeletterdheid en therapie\(on\)trouw.](#)
- [Toolkit Gezonde Taal van UMC Utrecht.](#)



...'Je ziet dat mensen vanuit schaamte hun laaggeletterdheid proberen te maskeren.'



Werkelijk luisteren naar de klant opent de weg naar herstel en naar een betekenisvolle inzet van de zorg.

Peer-supported Open Dialogue (POD) blijkt hiervoor een geschikte manier van werken.

Symposium

DIALOGUE FIRST

Peer-supported Open Dialogue, de eerste ervaringen in Nederland

19 januari 2018

The Colour Kitchen, Utrecht-Zuilen
www.podnederland.nl

In 2017 hebben vier Nederlandse teams (Altrecht, Lister, GGZ Eindhoven en MET ggz) in Engeland de opleiding POD gevolgd. Na een jaar leren over POD en de eerste toepassing in de praktijk willen zij graag hun ervaringen delen.

Sprekers

Russell Razzaque, psychiater & directeur Research & Innovation North East London NHS Foundation Trust (VK)
Mark Hopfenbeck, antropoloog, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim (Noorwegen)
Cynthia Blaauw, manager GGzE
Dirk Corstens, psychiater MET ggz

Programma

In de ochtend houden de sprekers lezingen en kunnen de deelnemers oefenen.

's Middags zijn er 5 workshops:

1. **Waarom werden wij een POD-team?** Cynthia Blaauw, manager GGzE
2. **Hoe werken wij als POD-team?** Dirk Corstens, psychiater MET ggz en John Hermans, manager MET ggz
3. **De psychiater in een POD-team.** Manouche van Alst, psychiater Altrecht en Olaf Galisch, psychiater Lentis
4. **De peer supporter in een POD-team.** Sanna Martha, ervaringsdeskundige Altrecht, Sander Otten, ervaringsdeskundige GGzE, Yvonne Willems, ervaringsdeskundige MET ggz
5. **POD – en nu alles anders?** Marlies Brethouwer, SPV Altrecht, Celine van Kaam, persoonlijk begeleider Lister, Martijn Kole, ervaringsdeskundige Lister, Mascha Mos, psychiater Altrecht

Inschrijven: www.kenniscentrumphrenos.nl

Kosten

- € 145,- : leden Werkplaats Herstelondersteuning
- € 175,- : instellingen van Kenniscentrum Phrenos
- € 75,- : cliënten, familieleden, studenten
- € 225,- : overigen



Kennis delen over herstel, behandeling en participatie bij ernstige psychische aandoeningen



ADHD: macht en misverstanden

Laura Batstra

“Dit is geen anti-psychiatrisch boek. Ik pleit niet voor de afschaffing van de psychiatrie. Wel pleit ik voor meer bescheidenheid en gezond verstand.” Aldus Laura Batstra in ‘ADHD, macht en misverstanden’. Het is een uitgangspunt dat op elke bladzijde in haar boek in een of andere vorm terug komt. In 201 pagina’s beschrijft ze op kritische wijze de vlucht die de diagnose ADHD de laatste jaren heeft genomen, waarbij ze zowel hulpverlening als onderzoekers en farmaceutische industrie onder het vergrootglas legt.

Misverstanden rondom ADHD zijn er genoeg. “ADHD daarentegen is geen lichamelijke afwijking maar de naam voor een aantal gedragingen die vaak samen voorkomen. ADHD veroorzaakt die gedragingen niet.” Het is een belangrijk uitgangspunt dat het mogelijk maakt allerlei volgens Batstra bedenkelijke opvattingen en ontwikkelingen te bestrijden zonder de nood die door een kind met ADHD wordt ervaren te bagatelliseren. Batstra neemt ons mee in de wereld van ADHD voor wat betreft diagnosestelling, medicatie en andere mogelijke interventies. Na de opsomming van een aantal misverstanden, gaat ze dieper in op wat ADHD nou eigenlijk is en in welk historisch perspectief je ADHD kunt plaatsen. Daarbij signaleert ze het culturele perspectief van de toenemende en veranderende eisen die we aan kinderen stellen en de gelijkvormigheid die in het onderwijs op prijs wordt gesteld. ADHD is een teken van de tijd wellicht en laat zien hoe onmachtig we

zijn ten opzichte van afwijkend gedrag. Een belangrijk deel van de kritiek die Batstra formuleert is gericht op wat ze het psychiatrisch bolwerk noemt. Dat bolwerk bestaat uit een aantal met name genoemde ‘key opinion leaders’, die dankzij door de farmaceutische industrie gesponsord onderzoek ADHD neerzetten als neurobiologisch hersendefect, een zeer betwistbare stellingname. De collega’s in Nederland bieden daarop weinig weerwoord, om de gelederen gesloten te houden, aldus Batstra. Het is voor haar zelf reden geweest om te stoppen als behandelaar in de kinderpsychiatrie en op dit gebied is haar kritiek ook op zijn scherpst.

Batstra signaleert dat sommige psychiaters en zeker ook farmaceuten niets liever willen dan ADHD als neurobiologisch defect te positioneren om vervolgens op de proppen te komen met de oplossing: een medicijn. Dat is natuurlijk een gouden combinatie voor veel farmaceuten, Batstra weet met nuchterheid en ook een dosis humor genoegzaam te bestrijden dat de oorsprong van ADHD gelegen is in een hersendefect. Ook kan ze aantonen dat medicatie als Ritalin, in advertenties aangeprezen als ware het Haarlemmerolie, weliswaar kortdurende effecten heeft maar op langere termijn, zegge twee jaar, geen significant beter effect heeft dan vormen van psychotherapie. Batstra spreekt tevens haar grote zorg uit over de marktverbreiding voor het toedienen van medicatie. Ook volwassenen en ouderen met ADHD

Maandelijks bespreekt Johan Atsma een recent uitgegeven boek, dat betrekking heeft op de GGZ.

Johan Atsma is docent/coach MBO verpleegkunde.

zouden gebaat zijn bij medicatie. De diagnosestelling ADHD op latere leeftijd is omgeven met veel vraagtekens en de werkzaamheid van medicatie op die leeftijd is hoegenaamd niet aangetoond.

Batstra haar kritische toon is er een van nuance en ze gebruikt regelmatig mooie en eenvoudige vergelijkingen om mythes en misverstanden te weerspreken. De rode lijn in het boek schets ADHD als een gecreëerde kwaal die door DSM diagnostici en farmaceuten wordt misbruikt over de hoofden van kinderen heen. Ze sluit af met een alternatief en daarmee heeft het boek een toegevoegde waarde. Ze stelt een vorm van hulpverlening voor die uitgaat van ‘stepped diagnosis’ in combinatie met (...) “stepped care betekent dat men begint met de lichtste, goedkoopste en veiligste behandeling, wanneer die ontoereikend blijkt, volgt een volgende stap: een wat zwaardere, duurdere en soms minder veilige behandeling. Agressieve behandelingen, waartoe we krachtig werkende medicatie beschouwen, zijn de laatste stap.” De verschillende stappen worden helder uitgewerkt en er volgt nog een hoofdstuk met een aantal “handvatten voor het omgaan met druk en ongeconcentreerd gedrag of gedrag dat als zodanig wordt ervaren.” En zo eindigt het boek met een zinvol alternatief voor de volgens Batstra zorgwekkende ontwikkelingen rondom de diagnose ADHD.



Laura Batstra: ‘ADHD: macht en misverstanden’
Uitgeverij Lucht, 201 pagina’s excl. literatuurlijst,
Prijs: 17,95.

ISBN 978 94 92798 01 5

OUDE



Een tijdje terug maakte iemand een foto van mijn naakte billen. Hoe dat kon gebeuren doe ik misschien een andere keer nog eens uit de doeken (maar hou me daar niet aan). Ik schrok me het lazarus: was die rommelige homp vlees mijn kont? Dezelfde bibs waarmee ik vroeger menig man moeiteloos voor me innam. Echt, ik had soms drie kandidaten in één week die er een moord voor over hadden om er alleen maar naar te kijken en te wijzen. Toegegeven, dat was in de vorige eeuw. Ik weet heus wel dat ik geen drieëntwintig meer ben, maar dat ik inmiddels al zón oud mens ben kwam als een mokerslag bij me binnen.

Als vrijwilliger ben ik werkzaam in een verzorgingstehuis van het Leger des Heils. Een flink aantal mensen is behoorlijk de weg kwijt. Dat heeft ook zijn voordelen, heb ik gemerkt. Zo is er een mevrouw die bijna niets zegt en geen enkele moeite doet om aardig gevonden te worden. Als ze aandacht wil gaat ze gewoon heel hard schreeuwen. Dat werkt perfect.

Ik was bij de vrijdagmiddag kerkdienst. Terwijl de Majoor het had over naastenliefde, verdraagzaamheid en vrede op aarde, kregen twee dames op steeds luidere toon woorden met elkaar. Ik probeerde het handeltje al op fluisterton te sussen toen de dominee plotseling haar handen van achteren op één van de vrouwen haar schouders legde. De verkeerde. De vrouw gilte door de zaal: 'Godverdomme trut, ik schrik me te pletter, rot toch op!' Ze zette daarmee de hele preek in een realistischer daglicht.

Er is een vaste spellenmiddag. Jawel, dan komt de sjoelbak tevoorschijn en natuurlijk de Rummikub. Ook de Bingoavond mag niet ontbreken. Het is verbijsterend om te zien hoe fanatiek de mensen hun bingokaart in de gaten houden en hoe blij ze worden als ze Bingo hebben (terwijl de cadeautjes toch echt niets voorstellen, dat weten ze). De rollators komen in de clinch richting de tafel vol met prullaria. Na al deze inspanningen is er de volgende dag zit-gym om de oude botjes aan de gang te houden.

Na een dienst fiets ik weer naar huis en pieker over hoe ik zo lang mogelijk op mezelf kan wonen. Voor mijn raam staan al enige tijd twee geraniums. Ook kocht ik een parkietje die ik ga leren praten en tam zijn, voor de gezelligheid. Binnenkort komt mijn sta-op-stoel en ik overweeg tafeltje-dek-je. Mocht ik dement in een tehuis terecht komen dan ga ik lekker de hele dag zitten schreeuwen.

Met zo'n kont kan je maar beter op de toekomst voorbereid zijn.

Niki Stoker

'+TYPISCH' VAN EVA



Een typische Nederlander (TN'er) doet aan alle kortingsacties mee en spaart zegels, punten en stickers. Ik ben een TN'er met ASS (autismespectrumstoornis). Ook dol op korting, maar al snel het overzicht kwijt. Er zitten zo veel klantenpasjes in mijn portemonnee dat ik er soms een paar in een la gooi, want anders snap ik het niet meer. Het nieuwste is een cadeaukaart waarmee ik duurzame boodschappen kan doen bij de supermarkt. Alleen weet ik niet precies wat de definitie van duurzaam is. Goed voor het milieu? Gezond voor de mens? Diervriendelijk? Biologisch? In de winkel zie ik bij sommige producten kaartjes hangen met de boodschap dat ik die boodschap met de duurzaamheidskaart kan afrekenen. Maar er hangen ook net iets andere bordjes bij producten die in de aanbieding zijn. Dat is dus niet hetzelfde. Om het nog verwarrender te maken kan ik thee van het huismerk kopen met de cadeaukaart of thee van een ander merk met korting. Hetzelfde geldt voor koekjes. Koekjes? Ja, die zijn ook gewoon duurzaam hoor!

'Mag ik er even langs?'

Een boodschappenkar prikt in mijn rug. Ik doe een stap opzij en blijf besluiteloos staan. Hoe moet dat trouwens bij de kassa? Moet ik eerst de duurzame spullen op de band leggen en die afrekenen, en daarna pas de niet duurzame troep? Ik weet het niet en dus doe ik maar wat. Toevallig heb ik veel gezonde producten in mijn kar. Geen koekjes! Geen thee! De kattenbrokjes zijn misschien een twijfelgeval, want eigenlijk zijn huisdieren niet duurzaam. Als je alleen al bedenkt hoeveel afval de inhoud van de kattenbak oplevert...

Ik zet alles op de band en geef de caissière het duurzame kaartje. Er komt een restbedrag uit en dat betaal ik. Op de kassabon zie ik dat het enige duurzame de banaan was en de biologische magere melk. Peren en tomaatjes zijn niet duurzaam.

Als ik naar buiten loop, wil ik bijna uitchecken met mijn kortingspas.

Geld!



OP WEG NAAR EEN NIEUW BEKOSTIGINGSSYSTEEM VOOR DE GGZ DOOR WILLEM GOTINK

In een [voorlichtingsfilmpje van de Nederlandse Zorgautoriteit \(NZa\)](#) wordt Henk opgevoerd. Henk is depressief, eenzaam, werkloos en verslaafd aan cocaïne. Zijn behandelaar Samira moet, om betaald te krijgen, een DBC starten. Er is echter geen DBC die goed past bij de klachten die Henk heeft, de verzekeraar kan niet zien of de behandeling goed is verlopen, Samira moet de geïnvesteerde tijd nauwkeurig bijhouden, de vergoeding komt soms pas een jaar later. En tenslotte, als Henk de nota onder ogen krijgt, snapt hij niet waarom de behandeling zo veel gekost heeft.

Reden genoeg, aldus het filmpje, om op zoek te gaan naar een nieuw bekostigingsmodel. Dat nieuwe model werd gevonden in wat ondertussen het Engelse Model is gaan heten: het Zorgclustermodel. De NZa werkt momenteel in de tweede pilot-fase. Het Engelse model wordt niet zonder meer overgenomen, zo blijkt ook uit de duur van de pilot, de verwachting is dat het nieuwe stelsel pas in 2020 ingevoerd gaat worden.

Het Engelse model in vogelvlucht

Het zorgclustermodel kent drie zogenoemde superclusters: zorgvragen zonder psychotische kenmerken; zorgvragen mét psychotische kenmerken en zorgvragen rond cognitieve problematiek. Ieder supercluster kent een onderverdeling in één of meer clustergroepen, in totaal 21. Elk zorgcluster beschrijft een zorgvraag met dezelfde karakteristieken (zie tabel)

Als een cliënt in behandeling komt, vult de regiebehandelaar naast een aantal algemene gegevens een vragenlijst in. Die vragenlijst is gebaseerd op de HoNOS, een al bestaande vragenlijst, waaraan enkele vragen zijn toegevoegd. De scores op deze HoNOS+ vragen leiden vanzelf naar één of meerdere zorgclusters: de zorgvraag en problematiek van de cliënt en op hoofdlijnen het zorgpakket dat aan dit zorgcluster is verbonden. De regiebehandelaar wordt gevraagd aan te geven wat het juiste zorgcluster is. Op die manier weten de behandelaar en de cliënt al aan het begin wat de behandeling de komende periode ongeveer omvat. Een zorgcluster omvat dus een zorgvraagomschrijving; de scores op het HoNOS+ én een indicatie van de behandelduur en evaluatiemomenten. Tijdens en na afloop van de behandeling evalueren regiebehandelaar en patiënt samen de behandeling en de effecten daarvan, aan de hand van dezelfde vragenlijst. Daarna kunnen ze kiezen de behandeling af te ronden, de behandeling voort te zetten óf een nieuwe behandeling te starten.

De eerste kritiek



Lost het nieuwe stelsel de problemen van het huidige op? Daar is niet iedereen van overtuigd. 'A fairy tail', noemen onderzoeker Theo Broekman en emeritus hoogleraar Verslavingsgedrag en Zorgevaluatie Gerard Schippers het zelfs in [het Tijdschrift voor Psychiatrie](#). Volgens hen is het nieuwe model ook in Engeland bepaald niet onomstreden en ook nog niet in gebruik.

"Aan het Engelse model kleven ernstige bezwaren. De belangrijkste zijn dat de GGZ zichzelf tekortdoet door haar bekostiging los te koppelen van internationaal erkende en wetenschappelijk belangrijke classificatiesystemen zoals DSM, ICD en ICF." De auteurs vinden de voorgestelde clustering bovendien "definitoerisch onhelder en kwalitatief onvoldoende omdat deze onvolledig is en niet gebaseerd op overtuigende analyses."

Ook het gebruik van de HoNOS vinden beiden twijfelachtig: "De HoNOS is een instrument om uitkomsten te meten en is niet ontwikkeld als zorgindicatie-instrument. Met de HoNOS kan, zij het met slechts vier items, iets van het functioneren en de levenscondities worden vastgesteld." Of er zorgconsumptie mee kan worden vastgesteld, betwijfelen ze.

Eén van de voordelen van het nieuwe systeem, is dat de declaraties eerder gedaan kunnen worden. Dat zou veel instellingen inderdaad welkom zijn. De twee merken fijntjes op, dat dat ook wel op een eenvoudiger manier geregeld kan worden.

Zorgclustermodel

Supercluster	Clustergroep	Zorg-cluster
I. Zorgvraag zonder verontrustende psychotische symptomen of wanen. 	a. Licht/matig/ernstig	1
		2
		3
		4
	b. Zeer ernstig/complex/aanhoudend	5
		6
		7
		8
II. Zorgvraag met verontrustende psychotische symptomen of wanen. 	c. Eerste episode	10
	d. Aanhoudend/terugkerend	11
		12
		13
	e. Acute episode	14
	f. Instabiele levensstijl	15
16		
III. Zorgvraag rondom neurocognitieve problematiek 	g. Cognitieve beperking	17
		18
		19
		20
Niet te clusteren zorgvraag		21
		0

Toesnijden op de Nederlandse situatie

Martijn van Eckveld, projectleider voor het nieuwe stelsel bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), zit middenin de ontwikkeling van het zorgclustermodel. "De huidige DBC-systematiek is gebaseerd op diagnoses en behandelingsduur. Deze combinatie zegt heel weinig over welke zorg nu werkelijk is geleverd en het is ook moeilijk om daarmee vooruit te kijken: bij veel diagnoses zullen heel veel soorten behandelingen ingezet kunnen worden afhankelijk van de ernst van de problematiek.

Toen de veldpartijen op zoek gingen naar een alternatief kwamen we uit bij het Engelse model. Dit model is juist bedoeld om de ernst van de problematiek en dus de zorgvraag wél beter in kaart te brengen. Het lijkt daarmee een veel beter instrument om de zorgvraag te typeren dan de DBC.

Het Engelse stelsel is niet te vergelijken met de Nederlandse, dus we kijken ook niet naar de Engelse bekostigingsvorm. We toetsen of dit instrument van de Engelsen goed werkt en of dat in Nederland bruikbaar is om de mankementen van het DBC-systeem op te lossen, maar nemen dus niet het 'Engelse bekostigingssysteem' over. De bedoeling is dat het zorgclustermodel ook de administratieve lasten vermindert. Dat is één van de zaken waar we de deelnemers aan de pilot op bevragen: of er overbodig werk in zit, of het eenvoudiger kan."

In het hierboven genoemde artikel is een belangrijk kritiekpunt dat de declaratiestructuur niet meer gekoppeld is aan een classificatie als de DSM of de ICD. Waarom is daarvoor gekozen?

"Een cluster zegt veel meer over de zorgzwaarte dan een diagnose. Een depressie, bijvoorbeeld, zegt op zichzelf niet zoveel over hoeveel en wat voor soort hulp iemand nodig heeft. In de nieuwe systematiek kan een depressie dan ook in meerdere clusters terecht komen, afhankelijk van de ernst en bijkomende problemen. We toetsen nu in pilots of met de zorgclusters wél herkenbare patiëntgroepen zijn af te bakenen."

Waarom is er überhaupt gekozen voor een nieuw model in plaats van het huidige systeem te vereenvoudigen?

"De huidige systematiek heeft een aantal essentiële problemen, waar de verschillende veldpartijen graag vanaf willen. De onduidelijkheid over de zorgvraag, het achteraf declareren, de hoeveelheid administratie die ermee gepaard gaat. Om dat binnen het huidige systeem te veranderen is een bijna onmogelijke opgave, het is immers inherent aan de werkwijze van de DBC-systematiek. Het is makkelijker om het nieuwe model aan te passen aan de situatie dan het oude systeem om te vormen."

Met de keuze voor de HoNOS zou het nieuwe systeem ook kunnen fungeren als vervanger van de ROM. Is dat ook aan de orde?

"De HoNOS wordt ook voor de ROM gebruikt, maar De NZa gaat niet over de ROM(-lijsten). In het kader van het zorgclustermodel is de HoNOS+ (de + wijst erop dat er enkele vragen zijn toegevoegd) een instrument om het best passende zorgcluster te kiezen. De pilot is bedoeld om te toetsen of dat goed werkt.

Het kostte enige moeite om deelnemers te krijgen voor de pilot. Zozeer zelfs dat instellingen verplicht moesten worden gegevens aan te leveren. Is er weerstand?

"Allereerst: we begrijpen heel goed dat niet iedereen 'staat te springen' om mee te doen aan de pilot. Er zijn al veel administratieve lasten, er zijn tekorten op de arbeidsmarkt, et cetera. Tegelijk vinden de veldpartijen en de NZa het van groot belang dat de verschillende onderdelen van het model goed getoetst worden in de praktijk. Met de inschattingen van nu verwachten we 40.000 zorgclusters nodig te hebben om te kunnen spreken van een representatieve test."

"Dit model moet krachtig worden door de eenvoud. 'Keep it simple' is het devies om te grote gedetailleerdheid te voorkomen. Dat lukt alleen als we voldoende input en feedback krijgen van de mensen die er mee moeten werken. We moeten van hén horen of het model goed werkt, of de administratieve lasten minder kunnen, of de clusters herkenbaar en volledig zijn. Dat laatste lijkt tot op heden zo te zijn: de deelnemers aan de eerste pilotfase konden bijna 99% van hun cliënten passend in een cluster onderbrengen, de clusters waren voor hen ook zeer herkenbaar. Vraag is nu vooral welke resultaten pilotfase 2 laat zien." ●

Kijk hier hoe [de HoNOS+ naar een zorgcluster](#) leidt.

Meer informatie? Ga naar <https://www.zorgclustertool.nl/>



Kan de patiënt de psychiater nog wel betalen?

Door: Jeannet Appelo

Wat is iemand met een psychiatrische aandoening kwijt aan zorgkosten? Dat was de simpele vraag die wij wilden beantwoorden. Al snel bevonden we ons in een doolhof van regelingen, eigen risico's, eigen bijdragen aan gemeenten, deels vergoede medicatie en hulpmiddelen, wetgeving waar je wel of niet onder valt, compensatieregelingen en mogelijkheden om dat geld weer terug te krijgen... oef! Een geluk was dat verschillende mensen op onze oproep hadden gereageerd om iets over hun situatie te vertellen. Vier van hen laten we hier anoniem aan het woord. De praktijk is immers vaak illustratiever dan de theorie.

Per jaar betalen we vijfduizend euro per persoon aan zorgkosten

De zorgkosten in Nederland lopen op tot onbetaalbare bedragen. Van 48 miljard in 2006 tot maar liefst (een schatting van) 73 miljard in 2018, goed voor ruim vijfduizend euro per volwassen Nederlander per jaar.

Dat was volgens de ramingen méér geweest als de regering vanaf 2012 niet was gaan ombuigen: de zorguitgaven stegen tot die tijd met gemiddeld 6,3% per jaar. Tussen 2012 en 2017 is deze groei teruggebracht tot circa 1,4%. Voor 2018 wordt een groei van de zorguitgaven van circa 5,4% verwacht. De GGZ neemt daarvan een respectabel gedeelte in: in 2016 gaven we 6,6 miljard euro uit aan kosten voor de GGZ (inclusief jeugd en beschermd wonen). De verwachting is dat deze uitgaven in 2018 gaan toenemen tot 7,2 miljard euro, ongeveer € 530,- per volwassen Nederlander per jaar.

[\(Bron: NZa\)](#)

Veel mensen zonder werk

Het is een kwestie van politieke voorkeur bij wie je de rekening van de gezondheidszorg, in dit geval de GGZ, neerlegt: laat je degenen met het meeste geld ook het meeste bijdragen, laat je iedereen exact evenveel betalen, of laat je iedereen voor zijn eigen zorgkosten opdraaien? Daarover zijn lange debatten te voeren, politiek Den Haag lijkt een tussenweg te zoeken tussen de drie opties. Via de belastingen dragen de meest-vermogenden méér bij, aan de basisverzekering betaalt iedereen evenveel en verder zijn er aanvullende verzekeringen en eigen bijdragen voor diegenen die gebruik maken van de (geestelijke) gezondheidszorg.

Daar moet bij worden aangetekend, dat mensen met psychische aandoeningen relatief vaak [afhankelijk zijn van een uitkering](#): een psychische aan-

doening bemoeilijkt het krijgen van werk, geen werk hebben draagt bij aan het krijgen van psychische aandoeningen. Je kunt gerust stellen dat mensen met een psychisch probleem relatief vaker horen bij de laagste inkomensgroep dan gemiddeld. Daardoor worden veel eigen GGZ-bijdragen betaald door mensen met een laag inkomen.

Jongeren

Om met het goede nieuws te beginnen: de ouderbijdrage in de jeugdwet is per 1 januari 2016 definitief geschrapt. Dat betekent dat jongeren onder de 18 jaar sinds die datum geen bijdrage meer hoeven te betalen als zij gebruik maken van jeugdzorg. Dat was voorheen een maandelijks bedrag wat op kon lopen tot wel 132 euro, of te wel bijna 1600 euro op jaarbasis. Omdat gevreesd werd

Simone, woonachtig in een dorp 'ergens boven de rivieren', heeft al langer last van angst- en paniekstoornissen en is regelmatig depressief. Ze wordt daarvoor begeleid door het plaatselijke Fact-team. Verder krijgt ze ook drie uur per twee weken huishoudelijke hulp én drie uur per week thuisbegeleiding. De eigen bijdrage voor de zorgverzekering, € 385,-, gaat op aan medicatie, verder betaalt ze € 30,- per vier weken aan de gemeente.

"Ik heb een baan in de zorg", vertelt ze, "en verdien daarmee zo'n € 23.000,- per jaar. Met dat salaris ben ik meer dan tevreden. In het verleden zat ik in de WAO, dat was zesduizend euro per jaar minder. Ik ben dus wel wat gewend. Ik kan me over dat geld niet druk maken, ik heb het niet slecht getroffen. Ik ben al lang blij dat ik hulp krijg."

Marjolein had zelf geen psychische problemen, maar haar beide kinderen en haar man wel. Haar man heeft ADHD, één zoon is autistisch, de andere heeft een angststoornis. Dat is precies de reden dat ze ondertussen bij de POH-GGZ loopt: "ik ben langzamerhand overspannen geraakt, ik trok het niet meer en loop nu in de ziektewet. Maar de POH-GGZ is gelukkig gratis".

Voor haar man is het echtpaar het eigen risico kwijt, maar dat is te overzien. Zelf moet ze het eigen risico ook betalen, vanwege een bezoek aan het ziekenhuis dit jaar. Waar ze tegenop kijkt, is de eigen bijdrage voor de medicatie van haar man. "Als dat echt € 200,- per maand gaat worden, dan kunnen we dat niet betalen. En zonder die medicatie kan mijn man niet werken, dus dat wordt een glijdende schaal omlaag. Bovendien wordt mijn oudste dit jaar 18, dus daar zullen ook wel de nodige kosten bijkomen. Ik moet nog uitzoeken welke verzekering het gaat worden en hoe ik geld terug kan vragen, maar op het ogenblik ben ik daar nauwelijks toe in staat."

dat kinderen uit arme gezinnen niet altijd de zorg zouden krijgen die ze nodig hadden, vanwege deze financiële barrière, is die bijdrage afgeschaft.

Het is soms even schrikken, voor de jongere zelf of voor de ouders, als ná die tijd (dus als iemand achtien wordt) opeens kosten wél in rekening worden gebracht.

De maandelijkse premie en het eigen risico

Bij benadering € 1.785,- tot € 1.850,- per jaar

Iedereen in Nederland is verplicht verzekerd voor geneeskundige (en dus ook GGZ-) zorg door middel van een basisverzekering. Daarvoor betaal je zo'n € 100,- tot €125,-, maar je kan dat terugschroeven tot ongeveer €75,- per maand. Of je dat wilt is de vraag, want er zitten haken en ogen aan dat lage bedrag: je hebt een erg hoog eigen risico, geen

vrije keus van zorgverlener en géén aanvullende verzekeringen.

Zodra je gebruik maakt van andere hulp dan de huisarts of de POH-GGZ, dan betaal je een eigen risico, dit jaar vastgesteld op €385,-. Je mag dat eigen risico verhogen, tot € 885,-, wat beloond wordt met een lagere premie. Dat betekent, dat een paar bezoeken aan de psycholoog of psychiater je € 885,- kosten, in plaats van € 385,-.

Niet aan te raden als je verwacht dat je méér hulp nodig hebt dan de huisarts of de POH-GGZ, je bespaart namelijk maar € 20,- per maand, € 240,- per jaar.

Jouw hulpverlener heeft geen contract met je verzekering

Variërend van € 0,- extra kosten tot het volledige tarief (maar meestal 20% tot 30%)

Een goedkope premie houdt ook in: weinig keuze in zorgverlener, wat vooral geldt voor de budgetpolis: de zorgverzekeraar koopt de zorg in bij een beperkt aantal zorgverleners. Dat maakt het goedkoop, maar betekent soms ook dat je niet terecht kan bij de hulpverlener waar je heen wilt: die is niet ingekocht. Dat is niet het geval bij de restitutiepolis: daarmee mag je naar elke (gekwalificeerde) hulpverlener, je schiet de rekening voor en krijgt 100% terug. Daarvoor betaal je dan wel zo'n twee tientjes premie per maand meer. De naturapolis is een tussenvorm. Wie al een hulpverlener heeft en daarover tevreden is, of op een wachtlijst staat of wil komen, doet er goed aan vóór de jaarwisseling even te checken of zijn zorgverzekeraar een contract heeft met die gewenste hulpverlener en zo nodig te wisselen van verzekeraar. De meeste grote GGZ-instellingen hebben met alle zorgverzekeraars een contract. Hebben hulpverleners geen contract (omdat ze óf de bijbehorende papierwinkel niet willen, óf omdat de zorgverzekeraar hen niet wilde inkopen), dan krijgen ze in veel gevallen slechts 70% tot 80% van hun tarief uitbetaald. De ene hulpverlener neemt zijn verlies, de andere brengt het tekort helemaal of gedeeltelijk in rekening bij zijn patiënt. Even van tevoren navragen, dus.

Aanvullende verzekeringen en wat verder betaald moet worden

Kan oplopen tot duizenden euro's per jaar (per persoon)

Een basisverzekering doet wat het zegt te doen: het verzekert de basis. Voor andere zaken (tandarts, alternatieve zorg, etc) moet een aanvullende verzekering worden afgesloten.

Voor GGZ-hulp hoeft geen aanvullende verzekering te worden afgesloten: het zit in principe in de basisverzekering, mits de hulpverlener een contract met de verzekeraar heeft afgesloten. Zo niet, dan betaal je mogelijk een gedeelte van de behandeling zelf. Zie hierboven.

Dat geldt niet voor alle psychofarmaca: vooral voor langwerkende ADHD-medicatie moet [vanaf 2018 bijna altijd bijbetaald worden](#). Dr. Bosman zette de vergoedingen voor ADHD medicatie vanuit de aanvullende verzekeringen op een rij: [zie hier het overzicht](#). Alleen de Top-aanvullende verzekering van Delta Lloyd vergoed de ADHD-medicatie volledig, maar daar betaal je dan ook bijna € 150,- per maand extra voor.

De 45-jarige Henk woont in Utrecht en heeft een Wah-jong uitkering. "Ik heb mijn hele leven al autisme, dat gaat niet meer weg. Vroeger heb ik wel geprobeerd te werken, maar dat lukte dus niet." Hoeveel hij krijgt? "Ongeveer € 1.200,- per maand, geloof ik." Maar hij vindt het moeilijk te zeggen, omdat er van alles bij en af gaat. "Eigen risico moet ik betalen, voor de psychiater. En voor de gemeente 23 euro per maand voor de dagopvang, een zorgboerderij. En dan nog een halve dag per week thuiszorg, maar dat is dan weer gratis." Maakt hij ook gebruik van regelingen om geld terug te krijgen? "Ja, dat zegt m'n broer ook. Maar dat is zo'n uitzoekerij. Laat mij maar gewoon."



Vanuit een RIBW in Gelderland vertelt Rob dat hij het niet breed heeft. Maar heel veel zorgen maakt hij zich niet. "Eigenlijk worden al mijn financiën geregeld door mijn oudste zus", zegt hij. "Zij maakt geld over naar alle instanties die betaald moeten worden, en zij regelt ook de verzekering en dat soort zaken. Als je mij dat soort dingen laat doen, wordt het een zootje, dan ga ik alcohol kopen voor mijn geld. Nu krijg ik elke week € 25,- zakgeld om vrij te besteden, en af en toe gaan we samen kleren kopen. Ik vind het prima zo."

De eigen bijdrage aan de gemeente

In de meeste gevallen € 10,- tot € 30,- per maand, bij intensievere hulp of hogere inkomens meer

We zijn er nog niet. Veel voorzieningen die vroeger betaald werden uit de AWBZ zijn overgeheveld naar de gemeenten. Die kunnen voor allerlei diensten een eigen bijdrage vragen. Dat verschilt per gemeente, maar is voor de meeste voorzieningen (hulp in huishouden, begeleiding) één of enkele tientjes per maand. Hoe hoger het inkomen, hoe hoger de bijdrage. Wie echt veel verdient, moet de kosten voor de hulp gewoon zelf betalen. Het CAK stuurt de facturen hiervoor. Op de site van het CAK staat een handige [rekenhulp](#) voor de eigen bijdragen (voor 2017, half december wordt de rekenhulp voor 2018 gepubliceerd).

Wie intensievere hulp nodig heeft of bijvoorbeeld woont in een beschermde woonvorm, betaalt (veel) meer dan deze bedragen. Afhankelijk van het inkomen en de vorm van zorg loopt de eigen bijdrage op tot honderden euro's per maand. Voorlopig is dat een eigen bijdrage aan de gemeente. Aangezien vrijwel [iedereen van mening](#) is, dat deze GGZ-voorzieningen onder de Wet Langdurige Zorg (WLz) moeten vallen, is daar binnenkort een wetswijziging over te verwachten. Of daarmee de eigen bijdrage ook verandert, is niet te voorspellen. Op het moment vragen de meeste gemeenten voor dit soort voorzieningen een eigen bijdrage gelijk aan die van de WLz. Met de [rekenhulp van het CAK](#) kan ook deze eigen bijdrage berekend worden.

En dan je geld weer terug zien te krijgen....

Niet voor iedereen is al de hulp te betalen. Zeker niet voor mensen die veel hulp nodig hebben en afhankelijk zijn van een laag inkomen. En dat gaat nog wel eens samen. Daarom zijn er ook regelingen om het leed te verzachten. We noemen de belangrijkste, maar adviseren je met een deskundige te overleggen als je denkt dat je er aanspraak op kunt maken. In de meeste steden zijn er voorzieningen als het sociaal wijkteam die je gratis met raad en daad kunnen bijstaan.

- De zorgtoeslag is een financiële compensatie van de overheid voor kosten die je maakt voor je zorgverzekering, zoals de premie die je betaalt aan de zorgverzekeraar en het eigen risico. De zorgtoeslag wordt aangevraagd bij de belastingdienst.
- Voor mensen met een laag inkomen kan het interessant zijn om een zorgverzekering af te sluiten via de gemeente. Dat kan allerlei voordelen bieden, zoals, een lager eigen risico en uitgebreidere vergoedingen. Sommige gemeenten betalen zelfs een deel van je zorgpremie. Informeer bij jouw gemeente of je recht hebt op een dergelijke zorgverzekering.
- Bij veel zorgverzekeraars is het mogelijk om het verplichte eigen risico van de zorgverzekering

- gespreid te betalen. Dat maakt het niet goedkoper, maar voorkomt een groot bedrag ineens.
- Ziektekosten die niet door de verzekering vergoed worden, zijn vaak aftrekbaar bij de aangifte inkomstenbelasting. Dit kan een aardig financieel voordeel opleveren, omdat je minder belasting betaalt of zelfs geld terugkrijgt.
- Sommige gemeenten hebben een regeling om de eigen bijdrage te minimaliseren of zelfs kwijt te schelden voor mensen met een laag inkomen.
- De bijzondere bijstand is bedoeld als je onverhoopt tegen noodzakelijke kosten aanloopt die je niet direct kunt betalen en ook niet worden gedekt door een andere regeling. Via de bijzondere bijstand krijg je dan een eenmalige uitkering waarmee de kosten alsnog voldaan worden.
- Meer over deze regelingen op <https://www.zorgwijzer.nl/faq/laag-inkomen>
- Er zijn [GGZ-instellingen](#) die onder bepaalde voorwaarden het eigen risico betalen, en in [sommige steden](#) hoef je in bepaalde gevallen geen eigen risico te betalen.

Dit artikel is zo zorgvuldig als mogelijk samengesteld. Aanvullingen? Fouten? Commentaar? [U kunt het hier kwijt](#) (en u leest hier ook het commentaar van anderen)●



De onbetaalbare jeugdzorg: niet bij geld alleen

Door: Willem Gotink



Het leek de afgelopen maanden wel een voetbalwedstrijd, waarin de gemeentes en de jeugdzorg tegenover elkaar stonden. Niet op het veld, maar in de rechtszaal. In [Tilburg](#) won de jeugdzorg (0-1), in [Rotterdam](#) de gemeente (1-1), in [Alkmaar](#) lijkt de jeugdzorg te winnen (1-2), maar dat is niet nog helemaal zeker. In [Drenthe](#) loopt de procedure nog, in [Dordrecht](#) werd een compromis gevonden. Het draaide allemaal om geld, waarvan de zorginstellingen vinden dat ze te weinig krijgen, een overtuiging waar niet alle rechters onmiddellijk van overtuigd zijn. Niet altijd komt er een rechter aan te pas. Zo moesten

half mei in [Venlo](#) twee wethouders aftreden, omdat er een tekort van twaalf miljoen in de begroting voor zorg was ontstaan, grotendeels veroorzaakt door de jeugdzorg. In andere gemeenten ontstond weliswaar geen bestuurscrisis, maar in bijvoorbeeld [Groningen](#) was het jeugdbudget voor het hele jaar in september al op. Dat was ook het geval bij het Zeeuwse [Accare](#), waar zelfs met een cliëntenstop werd bedreigd. Volgens onderzoek van de [NOS en Binnenlands Bestuur](#) verwacht 87% van de gemeenten in 2018 (opnieuw) niet uit te komen met de beschikbare gelden voor jeugdzorg.

Hoeveel noodsignalen moet je hebben voor dat je kan spreken van een structureel probleem? De cijfers lijken voor zichzelf te spreken. Het was dan ook op z'n minst opmerkelijk dat het Nederlands Jeugd Instituut (NJI) in haar rapport '[Wacht maar](#)' stelde dat 'meer budget geen oplossing is'. Een stelling waar GGZ Nederland '[met verbijstering en ongeloof](#)' op reageerde. Daarmee bevestigde GGZ Nederland overigens wel het beeld dat het NJI schetste. De gewraakte opmerking is een bijzin in een zorgvuldig opgesteld rapport van 69 pagina's, waarin het NJI óók beschrijft hoe de wacht-

lijstproblematiek stelselmatig wordt gebruikt als perverse prikkel. Wachtlijsten scoren en ze hebben in het verleden altijd geleid tot budgetverhoging, schreef het NJI met zoveel woorden. GGZ Nederland reageerde niet op die perverse prikkel, maar wel op die ene zin. Met 'verbijstering en ongeloof'. Hoezo, framing?

Maar dat laatste terzijde. Het lijkt onomstotelijk vast te staan dat er een financieel tekort is in de jeugdzorg, er ontstaan wachtlijsten, vooral de gespecialiseerde jeugd-ggz kan zichzelf vaak niet meer in stand houden.

"...Nu die zorg 'dichtbij' is georganiseerd, komen problemen eerder aan het licht..."



De wachtlijst bestaat al heel lang

Maar er is méér aan de hand dan bezuinigingen, zegt niet alleen het NIJ. Al sinds de jaren negentig zijn er wachttijden en soms wachtlijsten in (bepaalde sectoren van) de jeugdzorg. Soms in de residentiële jeugdzorg, soms in de ambulante, maar specialistische behandeling. Eén van de redenen is, dat voor hoog-specialistische hulp de vraag fluctueert. Zo kan er het ene jaar een wachtlijst zijn, het volgende jaar een overschot aan behandelaars. Dat hangt samen met de hoge specialisatie van de diverse disciplines die wij in Nederland kennen. Die specialisatie biedt

hoogwaardige zorg, maar is ook bijzonder gevoelig voor fluctuaties in de vraag. Dat is nauwelijks op tijd bij te sturen door overheid en de aanbieders, want een super gespecialiseerde hulpverlener leid je niet in een half jaar op. Ook het recente onderzoek dat [Mediquest in Utrecht](#) deed wijst daar op: een variatie in de wachttijd van anderhalf tot veertig weken. Waarbij overigens de helft van de aanbieders de wachttijden niet had gepubliceerd.

Wachttijden hebben dus lang niet altijd met geld te maken, maar met beschikbaarheid van een passende hulpverlener. Wat wél met geld te maken heeft, is de geweldige aandacht die wachtlijsten krijgen van de pers en de belangenverenigingen. Zie de 'verbijstering' en het 'ongeloof' van GGZ Nederland.

Complexere gevallen

De jeugdzorg lijkt ook met steeds complexere situaties te maken te krijgen, zeggen verschillende [deskundigen](#). En dat is slechts deels een gevolg van langere wachttijden en mindere beschikbaarheid van zorg. Zo kwamen in juli van dit jaar steeds meer jongeren met acute psychische problemen binnen bij de jeugdpsychiatrie in [Groningen en Drenthe](#). Het ging om een behoorlijke toename, waar experts op dat moment geen directe verklaring voor hadden. Het is natuurlijk verleidelijk het financieringstekort de schuld te geven, maar waarschijnlijker is dat met de opkomst van de wijkteams ook complexere problematiek eerder in beeld komt en wordt doorverwezen. Zeker is dat niet, maar als dat de verklaring is, is het een goede zaak. Al zal het even duren voor het aanbod weer is aangepast. Een andere mogelijkheid die werd geopperd was de toename van het aantal jongeren dat geïsoleerd raakt, omdat ze de hele dag achter de computer spelletjes zitten te doen. De twee verklaringen zijn niet bewezen, maar zondermeer concluderen dat het om een financieringstekort gaat is niet terecht.

Overhaaste invoering en onvoldoende grip bij de gemeenten

De overheveling van de jeugdzorg (en andere delen van de GGZ) is in 2015 onder forse druk gebeurd. Dat is niet geheel aan de rijksoverheid en de toenmalige staatssecretaris van Rijn te wijten. Die drukte de

transitie weliswaar door zonder het gevraagde jaar uitstel te geven, maar de meeste betrokkenen waren het er over eens dat de gemeenten hun zaken pas op orde zouden maken als er een deadline lag. Het betekende een transitie onder stoom en kokend water, zo bleek uit onze eigen inventarisatie in januari 2015. Maar een jaar uitstel had waarschijnlijk hetzelfde beeld gegeven, zij het een jaar later.

Die haastige overgang heeft wel gevolgen: ruim de helft van de raadsleden blijkt onvoldoende grip te ervaren op de jeugdzorg, blijkt onder andere uit een door *Citisens/Necker van Naem* uitgevoerde [enquête onder 937 raadsleden](#), in opdracht van *Binnenlands Bestuur en de NOS*. Ze zien de jeugdzorg als een te groot en te complex dossier, hebben onvoldoende kennis van zaken en krijgen te weinig informatie van het college.

Tegelijkertijd met de transitie zijn een aantal forse bezuinigingen doorgevoerd. Het is natuurlijk niet voor niets dat al die aanbieders voor de rechter staan en meer geld eisen. De gemeenten betalen soms tot 30% minder dan de tarieven die hun eigen belangenvereniging, de VNG, heeft voorgesteld. En dan dreigt voor veel voorzieningen een nekslag.

Je kunt je afvragen in hoeverre de verschillende aanbieders de raadsleden zullen bijstaan in het krijgen van meer grip op de jeugdzorg, als diezelfde aanbieders er zo'n belang bij hebben dat er meer geld komt. Wachttijden waren immers perverse prikkels, een goede manier om geld los te weken. Geen instelling gaat zichzelf in de vingers snijden door een oplossing voor te stellen die ten koste gaat van het eigen budget. Zélf niet als dat de kwaliteit van de hulpverlening zal verbeteren.

“Eerst deze klus afmaken, dan pas aan de volgende beginnen.”



Terug naar vóór de transitie?

Heeft de transitie ook voordelen? Hans van Andel, directeur en kinder- en jeugdpsychiater bij Dimence suggereert in een interview in [Zorgvisie](#) van wel. “In de oude jeugd-ggz had een kind recht op zorg. De Jeugdwet, waar de jeugd-ggz nu onder valt, gaat niet uit van het recht op zorg, maar van de plicht van de gemeente om ‘adequate hulp’ te bieden. Een gemeente kan nu ook iets anders regelen voor hetzelfde kind in dezelfde situatie. De grote meerwaarde van de nieuwe Jeugdwet vind ik dat er gekeken wordt naar de brede context van het kind. Zo kun je misschien andere en wellicht duurzamere oplossingen vinden dicht bij het kind.”

“Daar moeten de gemeenten dan wel even de tijd voor krijgen”, zegt algemeen directeur van de Vereniging Nederlandse gemeenten (VNG) [Jantine Kriens in het Financieel Dagblad](#). “De jeugdzorg is in 2015 gedecentraliseerd naar de gemeenten. Nu die zorg ‘dichtbij’ is georganiseerd, komen problemen eerder aan het licht en ontstaat in eerste instantie groei. Gemeenten hebben de afgelopen jaren al hun reserves aangesproken. Als het kabinet de gewenste energietransitie voor elkaar wil krijgen en daarvan ook investeringen van de gemeenten verwacht, moeten de decentralisaties goed worden afgerond.” Vrij vertaald: “Eerst deze klus afmaken, dan pas aan de volgende beginnen.” Dat lijkt een verstandig uitgangspunt. ●

