

Pilot GGZ en schulden

Onderzoek voor de gemeente Amstelveen naar de impact van het afkopen van schulden op (de behandeling van) lichte enkelvoudige psychiatrische stoornissen

Author(s)

Goosen, J.G.; van Geuns, R.C.; Bunt, S.

Publication date

2021

Document Version

Final published version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Goosen, J. G., van Geuns, R. C., & Bunt, S. (2021). *Pilot GGZ en schulden: Onderzoek voor de gemeente Amstelveen naar de impact van het afkopen van schulden op (de behandeling van) lichte enkelvoudige psychiatrische stoornissen*. (1.0 ed.) Hogeschool van Amsterdam, Lectoraat Armoede Interventies / Amsterdams Kenniscentrum voor Maatschappelijke Innovatie.



General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

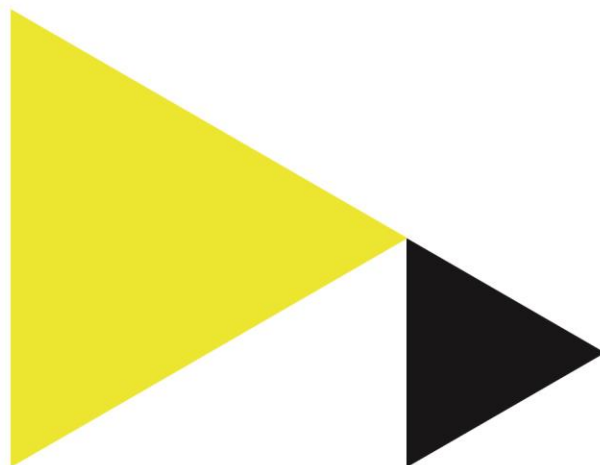
Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please contact the library: <https://www.amsterdamuas.com/library/contact/questions>, or send a letter to: University Library (Library of the University of Amsterdam and Amsterdam University of Applied Sciences), Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

Pilot GGZ en schulden

Onderzoek voor de gemeente Amstelveen naar de impact van het afkopen van schulden op (de behandeling van) lichte enkelvoudige psychiatrische stoornissen

Lectoraat Armoede Interventies / Amsterdams Kenniscentrum voor Maatschappelijke Innovatie
2020 – 2021



Pilot GGZ en schulden

Onderzoek voor de gemeente Amstelveen naar de impact van het afkopen van schulden op (de behandeling van) lichte enkelvoudige psychiatrische stoornissen

Auteurs

J.G. Goosen MSc.
Dr. R. van Geuns
Drs. S. Bunt

Departement

Lectoraat Armoede Interventies / Amsterdams Kenniscentrum voor Maatschappelijke Innovatie

Datum

29-Nov-21

Project type

Opdracht-onderzoek

Versie

1.0

© 2020 Copyright Hogeschool van Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door print-outs, kopieën, of op welke manier dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Hogeschool Amsterdam.

Voorwoord

Wethouder sociale voorzieningen van de gemeente Amstelveen, Marijn van Ballegooijen, benaderde ons vorig jaar met de vraag of we onderzoek zouden kunnen doen naar een nieuwe aanpak van schuldhulpverlening bij mensen met lichte enkelvoudige psychiatrische stoornissen. Aanleiding was dat er werd geconstateerd dat er relatief veel gemeenschapsgeld gaat naar mensen met schulden en psychische problemen en dat er vanuit de GGZ signalen waren binnengekomen dat schulden de behandeling van lichte enkelvoudige psychiatrische stoornissen van inwoners in de weg kan staan. Deze signalen sluiten aan bij wat veel recent onderzoek laat zien, namelijk dat een gebrek aan financiële middelen zorgt voor stress en een verkleining van de zogenaamde bandbreedte (o.a.: Mullainathan & Shafir, 2013; Babcock, 2018). De bandbreedte is de ruimte in ons hoofd die we nodig hebben om onze aandacht te richten, over zaken na te denken, en beslissingen te nemen. Minder bandbreedte kan ertoe leiden dat we afspraken vergeten, minder gezond gaan eten, en mogelijk ook minder goed in staat zijn oefeningen te doen die ons helpen bij de behandeling van psychische klachten. Bij de nieuwe aanpak zouden schulden eerder weg moeten worden genomen om zo te kunnen zien wat dit betekent voor de psychische klachten en de behandeling ervan.

Wij hebben de vraag van de gemeente daarom met enthousiasme opgepakt. Samen met Balans schuldhulpverlening is meegedacht over een alternatief traject voor mensen met lichte enkelvoudige psychiatrische stoornissen. De insteek was dat de mensen zo snel mogelijk schuldenvrij gemaakt zouden worden, om zo te kunnen onderzoeken of er daarna een betere behandeling mogelijk zou zijn van hun psychische klachten. Om hierover uitspraken te kunnen doen hebben we tien mensen geïnterviewd die dit alternatieve traject hebben doorlopen. Ook zijn we in gesprek gegaan met drie schuldhulpverleners van Balans schuldhulpverlening en hebben we vier GGZ-psychologen en twee psychiaters gesproken.

We willen alle cliënten bedanken die ons hun verhaal hebben willen vertellen en tips en ideeën mee hebben willen geven. Onze dank gaat ook uit naar de schuldhulpverleners van Balans schuldhulpverlening voor het selecteren van de deelnemers aan de pilot, het meedenken over een nieuw werkproces, het vormgeven hiervan en het delen van hun ervaringen. Verder willen we alle behandelaren bedanken die ons te woord wilden staan over hun ervaringen met de behandeling van cliënten die te maken hebben met schulden. Tot slot bedanken we onze oud-collega Sibel Telli voor haar bijdrage aan verschillende onderzoeksactiviteiten.

Amsterdam, januari 2022,
Hanneke Goosen, Silvia Bunt & Roeland van Geuns

Samenvatting

In de periode november 2020 tot november 2021 heeft team Balans schuldhulpverlening van de gemeente Amstelveen in samenwerking met de Hogeschool van Amsterdam onderzoek gedaan naar het effect van het afkopen van schulden op de behandeling van mensen met psychische problemen. Aanleiding was dat er werd geconstateerd dat er relatief veel gemeenschapsgeld gaat naar mensen met schulden en psychische problemen en dat er vanuit de GGZ signalen waren binnengekomen dat schulden de behandeling van lichte enkelvoudige psychiatrische stoornissen van inwoners in de weg kan staan.

Er is een werkwijze ontwikkeld waarbij de schulden van 15 inwoners met psychische problematiek versneld zijn gesaneerd en door de gemeente zijn afgekocht. Een groot deel van de betreffende inwoners zijn daarna geïnterviewd over de effecten. Ook zijn er gesprekken gevoerd met GGZ psychologen en/of behandelaars en zijn er interviews afgenomen met de consulenten schuldhulpverlening van de gemeente. Het project is begeleid door een docent toegepaste psychologie van de Hogeschool van Amsterdam (HvA) en de Lector Armoede Interventies van de Hva. Tot slot is er literatuur studie gedaan.

Conclusies in het kort

De invloed van het snel wegnemen van schulden op de psychische gezondheid van de deelnemers aan de pilot is positief, zowel volgens cliënten zelf, als volgens de schuldhulpverleners. Sommige mensen ervaren direct al minder psychische klachten, zoals stress en slaapproblemen. Mensen ervaren meer rust, hoop en ruimte in het hoofd.

De invloed van het snel wegnemen van schulden op de behandeling van de psychiatrische stoornissen van de deelnemers aan de pilot kon echter niet goed worden vastgesteld. De meeste cliënten konden dit (nog) niet altijd goed aangeven vanwege de korte tijd tussen het afkopen van de schulden en het interview. Bovendien is hiervoor ook informatie nodig van de behandelaren. Omdat echter slechts één van de tien geïnterviewde cliënten toestemming heeft gegeven om contact op te nemen met haar of zijn behandelaar, hebben we onvoldoende beeld kunnen krijgen van de inzichten van de behandelaren. De schuldhulpverleners hebben wel de indruk dat er door het wegwerken van de schulden meer rust en ruimte is gekomen bij de cliënten die deelnamen aan de pilot. Dit zou zeker een gunstig effect kunnen hebben op de behandeling van psychiatrische stoornis, maar dit effect hebben we niet kunnen toetsen.

Meer algemeen kunnen we op basis van gesprekken met verschillende psychologen en psychiaters wel aangeven dat geldgebrek bij mensen met schulden en een enkelvoudige psychiatrische stoornis de behandeling van deze stoornis kan bemoeilijken. Denkrumte en overzicht zijn nodig voor de behandeling, zo geven zij aan, en het hebben van schulden staat hierbij vaak in de weg.

De belangrijkste kanttekening bij de pilot is het risico op de terugkeer van schulden. Bij de selectie van cliënten zou het daarom wenselijk zijn om, op basis van een analyse van het ontstaan van de schuldsituatie en de financiële (zelf)redzaamheid, een inschatting te maken van dit risico.

Aanbevelingen:

- Herijk (liefst samen met een of meer GGZ-instellingen) voor een vervolgexperiment de selectiecriteria voor deelname aan de pilot met het snel afkopen van schulden bij cliënten met psychische klachten. Daarbij kan het wenselijk zijn te focussen op de groep mensen waarbij de psychische klachten (vooral) het gevolg lijken te zijn van schulden of life-events. Bij sommige psychiatrische stoornissen is er namelijk een reëel risico dat schulden weer opnieuw ontstaan doordat cliënten niet goed de gevolgen van hun gedrag overzien. In deze gevallen verwachten

Pilot GGZ en schulden

behandelaren niet specifiek een verbetering van de behandeling bij het afkopen van schulden. De volgende voorbeelden zijn genoemd: Foetaal Alcoholyndroom (FAS), bipolaire stoornis, bij sommige vormen van autisme, of bij mensen die psychosegevoelig zijn.

- Bekijk hoe betrokkenen na het afkopen van de schulden zo ondersteund en/of begeleid moeten worden zodat zij naar vermogen financieel (zelf)redzaam kunnen worden en blijven. Betrek bij het ontwikkelen van deze aanpak(ken) ervaringsdeskundigen, bijvoorbeeld de deelnemers aan de huidige pilot.
- Deel de uitkomsten van deze pilot met de GGZ-instellingen en verken gezamenlijk op welke manier je beter wilt gaan samenwerken. Modellen van samenwerking kunnen zijn: wederzijdse doorverwijzing, spreekuur van schuldhulp op locatie van de GGZ of multidisciplinaire samenwerking. Ook is het een optie om te bezien of het haalbaar is om bij alle aanmeldingen voor GGZ eerst of gelijktijdig te bekijken welke aanpalende problemen er spelen (schulden, maar bijvoorbeeld ook problemen op het vlak van wonen, werken en sociale contacten) om te zien welke verbeteringen er op dit vlak vast gerealiseerd kunnen worden. Maak bij de uitwerking van deze modellen, gebruik van ervaringen elders die voor handen zijn. Zo is voor het verkrijgen van het beeld van de financiële situatie de zogenaamde 'financiële signaallijst' beschikbaar (Mesis, 2021b).
- Verken op welke manier de gemeente financieel zou kunnen bijdragen aan het activeren van cliënten met schulden die in behandeling zijn bij de GGZ.
- Verken welke financiële drempels verlaagd kunnen worden om de instroom van cliënten met schulden in de GGZ die dit nodig hebben, te verbeteren. Denk daarbij bijvoorbeeld aan het vergroten van de bekendheid met de vergoeding van het eigen risico of aan het verhogen van het aantal cliënten met een collectieve zorgverzekering met een goede aanvullende dekking. Wellicht kunnen de GGZ-instellingen hierin ook een rol spelen richting hun cliënten met een laag inkomen.
- Verken op welke manier het proces van schuldsanering versneld en verkort kan worden, ook bij cliënten die niet tot de doelgroep van de pilot behoren.

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Samenvatting	5
Inhoudsopgave	7
1. Inleiding en onderzoeksanpak	9
1.1. Aanleiding.....	9
1.2. Doel- en vraagstelling van het onderzoek.....	9
1.3. Begripsafbakening.....	10
1.4. De onderzoeksanpak	10
1.4.1. Bijeenkomst werkproces	10
1.4.2. Monitoring onderzoek – groepsinterviews SVH’ers en een GGZ-agoog.....	10
1.4.3. Interviews met deelnemers	11
1.4.4. Interviews met GZ-psychologen en psychiaters	11
1.5. Leeswijzer	12
2. Wat weten we uit literatuur?	14
3. De opzet van de pilot	16
3.1 Afbakening van de doelgroep voor de pilot.....	16
3.2 Wijze van selectie van deelnemers.....	16
3.3 Schuldensituatie van deelnemers en kosten van de saneringskredieten	17
3.4 Het methodisch concept voor de afkoop van schulden	17
4. Resultaten interviews met cliënten	21
4.1 Persoonlijke situatie	21
4.2 Ontstaan van de schuldensituatie en impact op het leven.....	21
4.3 Tevredenheid met de pilot.....	22
4.4 Impact van de pilot op het wegnemen van de schulden	23
4.5 Nazorg en blik op de toekomst.....	24
4.6 Conclusies volgens cliënten	25
5. Resultaten groepsinterviews en intervisiesessies met schuldhulpverleners en een GGZ-agoog	26
5.1 Profiel deelnemers en benadering van deze groep	26
5.2 Conclusies volgens schuldhulpverleners	27
6. Resultaten interviews met GGZ-psychologen en psychiaters	29
6.1 Rol financiële situatie bij de intake	29
6.2 Rol schulden bij de behandeling van enkelvoudige psychiatrische stoornissen	30

6.3	Andere belemmerende factoren bij de behandeling	33
6.4	Effecten van het wegnemen van de schulden op de behandeling van een lichte enkelvoudige psychiatrische stoornis.....	33
6.5	Besparing op de zorgkosten	34
6.6	Een betere samenwerking tussen schuldhulpverleners en behandelaren in de GGZ.....	35
6.7	Conclusies volgens GGZ-psychologen en psychiaters.....	35
7.	Beschouwing, verbeterpunten en aanbevelingen	37
7.1	Bereiken van de doelen van de pilot	37
7.2	Effecten van schulden op behandeling van psychiatrische stoornissen	38
7.3	Toegang tot de GGZ voor mensen met schulden	38
7.4	Verbeterpunten in opzet en uitvoering van de pilot.....	39
7.5	Aanbevelingen voor het vervolg van de pilot	41
	Bijlage 1: Literatuurlijst	43
	Bijlage 2: De snelheid van schuldbemiddeling.....	45

1. Inleiding en onderzoeksaanpak

1.1. Aanleiding

Marijn van Ballegooijen, Wethouder sociale voorzieningen van de gemeente Amstelveen, heeft geconstateerd dat er relatief veel gemeenschapsgeld wordt uitgegeven aan mensen met schulden. Wanneer er schulden spelen, zijn er vaak ook problemen op andere levensgebieden. Dat brengt kosten met zich mee voor o.a. maatschappelijk werk, GGZ, de huisarts, budgethulp, bewindvoering en schuldhulpverlening. Schulden gaan soms ook samen met psychiatrische stoornissen. Vanuit de GGZ zijn signalen binnengekomen dat schulden de behandeling van psychiatrische stoornissen van inwoners in de weg kan staan. Door het starten van de pilot GGZ en schulden in 2020 wilde de heer van Ballegooijen onderzoeken of er door het afkopen van schulden minder belemmeringen zijn om behandeling van inwoners met GGZ-problematiek voort te zetten en daarmee op langere termijn maatschappelijke (zorg-)kosten te besparen.

Hoe zouden schulden de behandeling van psychiatrische stoornissen in de weg kunnen staan? Uiteenlopende wetenschappelijke onderzoeken tonen aan dat een gebrek aan financiële middelen zorgt voor stress en een verkleining van de zogenaamde bandbreedte (o.a.: Mullainathan & Shafir, 2013; Babcock, 2018). De bandbreedte is de ruimte in ons hoofd die we nodig hebben om onze aandacht te richten, over zaken na te denken, en beslissingen te nemen. Een verkleining van de bandbreedte zorgt ervoor dat we minder goed zijn in deze cognitieve processen. Onderzoek laat daarnaast zien dat we meer gefocust raken op de korte termijn en de lange termijn in onze beslissingen niet meer goed kunnen meenemen (Mullainathan & Shafir, 2013). Dit kan ertoe leiden dat we afspraken vergeten, minder gezond gaan eten en onze medicijnen niet op tijd innemen. Kortom, bij schaarste maken we vaker de verkeerde korte termijn keuzes. Met alle lange termijn gevolgen van dien. Mogelijk vormt het hebben van schulden ook een belemmering bij de behandeling van psychiatrische ziekten, bijvoorbeeld doordat mensen met schulden meer moeite hebben om afspraken na te komen, huiswerkopdrachten te maken, medicijnen in te nemen en oefeningen te doen die hen zouden kunnen helpen bij hun psychische klachten. Deze vragen staan centraal in deze pilot.

1.2. Doel- en vraagstelling van het onderzoek

Eind 2020 verleende Balans (de gemeentelijke schuldhulpverleningsorganisatie in Amstelveen) hulp aan 400 cliënten. Hier kwamen per maand ongeveer 10 à 15 cliënten bij. In 2021 waren er gemiddeld 26 nieuwe intakes per maand. Volgens de medewerkers van Balans komen zij regelmatig cliënten tegen met psychische en psychiatrische stoornissen. Hierbij valt te denken aan bijvoorbeeld PTSS, depressie en bipolaire stoornissen.

Het doel van dit onderzoek is te achterhalen wat het effect is van het afkopen van schulden op de behandeling van inwoners met een lichte enkelvoudige psychiatrische stoornissen en wat verdere persoonlijke en maatschappelijke baten zijn. Om dit te achterhalen zijn de volgende onderzoeksvragen opgesteld:

1. Hoe ziet een potentieel effectieve aanpak gericht op het oplossen van de schuldenproblematiek van mensen met lichte enkelvoudige psychiatrische stoornissen door middel van het saneren en kwijtschelden van de schuld eruit?
2. Wat zijn ervaringen van deelnemers en uitvoerders met deze nieuw vorm te geven aanpak?

Pilot GGZ en schulden

3. Wat zijn leerpunten voor de toekomst?

1.3. Begripsafbakening

In deze pilot lag de focus op lichte enkelvoudige psychiatrische stoornissen. Wanneer we spreken van psychiatrische stoornissen, dan bedoelen we zaken die het dagelijkse leven van mensen verstoren en waarbij het nodig kan zijn om behandelingen te ondergaan. Met enkelvoudig wordt bedoeld dat er één diagnose is (bijv. een depressie). Dit, in tegenstelling tot meervoudige stoornissen, waarbij er meerdere diagnoses zijn (bijv. een depressie en een alcoholverslaving). Psychiatrisch en psychisch wordt regelmatig door elkaar gebruikt, maar volgens sommige bronnen is de term psychisch wat ruimer dan psychiatrisch. Wanneer we spreken over psychisch, dan kan het gaan over zaken die met de geest te maken hebben, maar niet noodzakelijk een psychiatrische stoornis zijn. Denk hierbij aan het krijgen van buikpijn wanneer je niet naar school of je werk toe wilt (Mentaalbeter.nl, 2021). Voorbeelden van psychiatrische stoornissen zijn schizofrenie, een depressieve stoornis, bipolaire stoornis, persoonlijkheidsstoornissen, en het Gillesdelatourettesyndroom.

1.4. De onderzoeksaanpak

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn de volgende stappen gezet:

- Er is een bijeenkomst geweest waarin met de stakeholders het werkproces is uitgewerkt. Deze bijeenkomst heeft een bijdrage geleverd aan het vormgeving van de pilot.
- Tijdens het project heeft het 'monitoring' onderzoek plaatsgevonden
- Na afloop zijn deelnemers geïnterviewd
- Na afloop zijn interviews afgenomen met GZ-psychologen en psychiaters

Deze vier onderdelen zijn hieronder verder uitgewerkt.

1.4.1. Bijeenkomst werkproces

Voorafgaand aan de pilot is besproken hoe het nieuwe werkproces eruit zou moeten komen te zien. Duidelijk werd dat het proces zo snel mogelijk zou moeten verlopen met een zo groot mogelijke zekerheid over de volledigheid van de geïnventariseerde schulden. Vervolgens moest een aanbod aan de schuldeisers gedaan worden dat aantrekkelijk genoeg was om eveneens zo snel mogelijk mee in te stellen. Op grond van deze uitgangspunten is een methodisch concept ontwikkeld, dat in hoofdstuk 3 beschreven wordt. In deze sessie is ook vastgesteld welke aspecten er gemonitord zouden gaan worden en op welke momenten, om de effectiviteit van de pilot in kaart te kunnen brengen. Denk aan zaken als afspraken met de behandelaar nakomen, opdrachten vanuit de behandelaar thuis uitvoeren etc.

1.4.2. Monitoring onderzoek – groepsinterviews SVH'ers en een GGZ-agoog

Tijdens de pilot zijn de uitvoerende schuldhulpverleners drie keer samengekomen om de voortgang van het project te bespreken en te analyseren. Tijdens deze bijeenkomsten zijn knelpunten besproken en zijn de schuldhulpverleners door een onderzoeker van het lectoraat Armoede Interventies geïnterviewd over werkzame bestanddelen van de pilot en verbeterpunten. Tijdens de eerste bijeenkomst schoof ook een GGZ-agoog vanuit GGZ-instelling InGeest aan die een aantal cliënten voor de pilot heeft aangedragen (waarvan er uiteindelijk één aan de ingangseisen voldeed en mee kon doen) om haar licht op het project te laten schijnen. De bevindingen uit deze bijeenkomsten zijn verwerkt in notulen die met alle betrokkenen bij het project zijn gedeeld. Een overzicht van de opbrengst is te vinden in hoofdstuk 5.

Pilot GGZ en schulden

1.4.3. Interviews met deelnemers

In totaal hebben 15 cliënten deelgenomen aan de pilot, van wie we er tien hebben kunnen interviewen. Van de cliënten die we niet hebben kunnen interviewen was voor drie cliënten het traject niet op tijd afgerond, één cliënt wilde niet meewerken aan het onderzoek en één cliënt bleek na herhaalde pogingen onbereikbaar.

De interviews met de deelnemers zijn gehouden tussen 31 mei en 15 oktober 2021. De gesprekken duurden maximaal 90 minuten. Soms liepen de emoties hoog op en is in overleg met de deelnemer ervoor gekozen het interview op een ander moment voort te zetten. De interviews vonden allemaal of telefonisch of via beeldbellen plaats. Bij aanvang legde de onderzoeker uit wat het doel en de procedure van het onderzoek was en kon de klant eventueel vragen stellen. De onderzoeker vertelde dat de resultaten anoniem verwerkt zouden worden. Verder werd verteld dat het gesprek op een voice-recorder zou worden opgenomen om later het gesprek te kunnen uitwerken.

De volgende onderwerpen kwamen tijdens de interviews aan bod:

- Ontstaan schuldensituatie en impact op dagelijkse leven
- Ontstaan psychische klachten en eventuele relatie met schuldensituatie
- Hoe cliënten over de pilot zijn geïnformeerd en hoe tevreden ze daarmee zijn
- Hoe de pilot is verlopen, hoe het contact met de SHV'er was en welke verbeterpunten er zijn
- Wat de impact is van het wegnemen van de schulden op de psychische klachten en (indien van toepassing) behandeling ervan
- Hoe nu de financiële situatie van de cliënten is
- Hoe de nazorg is ervaren, welke wensen hierin zijn en hoe cliënten naar de toekomst kijken

Respons

In totaal zijn er tien cliënten geïnterviewd, waarvan zeven mannen en drie vrouwen. Bij één gesprek met een cliënt was ook de partner aanwezig en bij één cliënt was ook een coach aanwezig. De leeftijd varieerde tussen de 28 en 67.

Analyse

Alle opnames van de interviews zijn achteraf teruggeluisterd en de antwoorden op de belangrijkste onderwerpen zijn samengevat. Hierna zijn de verschillende antwoorden met elkaar vergeleken en is gekomen tot de belangrijkste resultaten.

1.4.4. Interviews met GZ-psychologen en psychiaters

Procedure

De cliënten die we hebben gesproken en die in behandeling waren voor hun psychische klachten hebben we gevraagd of we ook hun behandelaar mochten interviewen. Slechts één cliënt heeft hier toestemming voor gegeven. Zijn behandelaar hebben we geïnterviewd. Daarnaast hebben we via een LinkedIn oproep gezocht naar psychologen en psychiaters die vanuit hun ervaring met behandelingen van cliënten mét en zonder schulden ons iets konden vertellen over de impact van het hebben van schulden op (de behandeling van) psychiatrische stoornissen. Hierop hebben we zes reacties gekregen van behandelaren vanuit verschillende regio's die we allemaal hebben geïnterviewd.

De interviews met de zes behandelaren zijn gehouden tussen 4 oktober en 2 november 2021. De gesprekken duurden maximaal 60 minuten. De interviews vonden allemaal of telefonisch of via beeldbellen plaats. Bij aanvang legde de onderzoeker uit wat het doel en de procedure van het onderzoek was en kon de behandelaar eventueel vragen stellen. De onderzoeker heeft gevraagd of de naam en functie van de

Pilot GGZ en schulden

professional in het rapport opgenomen mochten worden. Verder werd verteld dat het gesprek op een voice-recorder zou worden opgenomen om later het gesprek te kunnen uitwerken.

De volgende onderwerpen kwamen tijdens deze interviews aan bod:

- In hoeverre er standaard aan nieuwe cliënten wordt gevraagd of er schulden zijn
- Of er ook door wordt verwezen naar schuldhulpverlening
- Of er verschillen worden opgemerkt in de behandeling van cliënten met of zonder schulden en zo ja, om wat voor verschillen het dan gaat
- Of verschillen die worden gesignaleerd voor alle behandelingen vergelijkbare impact hebben of dat de diagnose uitmaakt
- Wat andere belemmerende factoren er zijn bij een behandeling van psychiatrische stoornissen
- Of het afkopen van schulden een positief/negatief/geen effect op de behandeling heeft/zou hebben
- Of de professional kan inschatten of er door het afkopen van de schulden op langere termijn zorgkosten worden bespaard
- Wat zou kunnen helpen voor een betere samenwerking tussen SHV'ers en behandelaren

Behandelaren

In totaal hebben we zes behandelaren geïnterviewd: twee psychiaters en vier GZ-psychologen. We spraken met een behandelaar bij de ambulante polikliniek Invivo in Amstelveen die één van de cliënten in behandeling heeft gehad en die liever anoniem wilde blijven. Verder spraken we met psychiaters en GZ-psychologen van verschillende instellingen.¹

Analyse

Alle opnames van de interviews zijn achteraf teruggeluisterd en de antwoorden op de belangrijkste onderwerpen zijn samengevat. Hierna zijn de verschillende antwoorden met elkaar vergeleken en is gekomen tot de belangrijkste resultaten.

Ethiek

In deze studie hebben wij ons gehouden aan de gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het HBO en de gedragscode gezondheidsonderzoek 'code Goed Gedrag', welke in lijn is met de Wet Bescherming Persoonsgegevens (<http://www.federa.org>). Alle deelnemers zijn 18 jaar of ouder, zijn geïnformeerd over de studie en hebben toestemming gegeven om deel te nemen aan het onderzoek.

1.5 Leeswijzer

Het rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 worden in het kort een aantal belangrijke recente onderzoeken en projecten beschreven die van belang zijn als achtergrondinformatie voor de pilot in Amstelveen die is onderzocht. In hoofdstuk 3 staat de opzet van de pilot in Amstelveen beschreven, waaronder het methodisch concept. De hoofdstukken 4 en 5 geven antwoord op de vraag wat de ervaringen zijn van deelnemers en uitvoerders met de nieuwe aanpak. Hoofdstuk 6 gaat in op de uitkomsten van de interviews met psychologen en psychiaters in de GGZ. De resultaten van de hoofdstukken 4, 5 en 6 vormen

¹ We spraken met Sara Bruins, psychiater, werkzaam bij Arkin en lid van een FACT team in Amsterdam, met Rien Uitslag, GZ psycholoog bij een revalidatiekliniek in Rotterdam, Hans van de Sluis, GZ-psycholoog bij INTER-PSY, een instelling in Groningen waar zowel basis GGZ als specialistische GGZ wordt aangeboden, Sanne Waardenburg, een GZ-psycholoog en psychotherapeute in Putten, waar ook zowel basis GGZ als specialistische GGZ wordt aangeboden en Geert van Brussel, psychiater in het Dijklanderziekenhuis (hier komen patiënten meestal terecht door een verwijzing van hun huisarts, waarbij er sprake is van een vermoeden van een psychische stoornis, vrijwel altijd in combinatie met lichamelijke klachten.)

Pilot GGZ en schulden

de basis voor het concluderende hoofdstuk 7, waarin een beschouwing staat van de belangrijkste uitkomsten en een overzicht is gegeven van verbeterpunten en aanbevelingen.

2. Wat weten we uit literatuur?

In dit hoofdstuk schetsen we in het kort wat er bekend is over het verband tussen schulden en psychiatrische stoornissen.

Veel wetenschappelijke studies laten relaties zien tussen psychische gezondheid en financiële problemen (e.g. Fitch et al. 2011; Gathergood, 2012; Richardson et al. 2013) Schulden worden o.a. geassocieerd met depressie en angstklachten (e.g. Dackehag et al., 2018), verslavingen (e.g. Jenkins et al., 2008, in ten Have et al., 2021) en zelfmoordgedachten (Meltzer et al., 2011, in ten Have et al., 2021). Hoe hoger de schulden, hoe meer kans op psychische problemen (Jenkins et al., 2008, in ten Have et al., 2021). Maar andersom kunnen psychische problemen ook één van de oorzaken zijn voor het ontstaan of het verergeren van schulden. We weten vanuit wetenschappelijk onderzoek nog onvoldoende over de vraag in hoeverre het hebben van schulden voorafgaat aan het ontstaan of een slechte prognose van iemands geestelijke gezondheid, en vice versa, in hoeverre een slechte geestelijke gezondheid leidt tot het ontstaan of voortduren van schulden. Twee recente onderzoeken: één van het Trimbos Instituut en één van het CPB, beiden gepubliceerd in 2021, hebben hier meer inzicht in gegeven.

Het Trimbos Instituut heeft longitudinaal onderzoek gedaan naar hoe schulden en psychische problemen zich in de Nederlandse populatie zich tot elkaar verhouden (Ten Have et al., 2021). Het onderzoek van het Trimbos-instituut is gedaan op basis van gegevens die verzameld zijn met NEMESIS-2 (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2), een grootschalige studie uitgevoerd door het Trimbos-instituut naar de psychische gezondheid van de algemene volwassen bevolking van 2007 tot en met 2018. In dit onderzoek zijn twee groepen geanalyseerd: 4110 deelnemers die bij aanvang geen psychische aandoening hadden en 508 deelnemers die bij aanvang al wel een psychische aandoening hadden. In het onderzoek keken ze alleen naar veel voorkomende psychische stoornissen, namelijk stemmingsstoornissen, angststoornissen en middelenverslaving. De mate waarin deelnemers aan het onderzoek moeite hebben om hun schulden af te betalen werd in een mondeling gesprek gevraagd via twee vragen, waarvan één variabele werd gemaakt met de volgende vier antwoordcategorieën: geen schulden, gemakkelijk terug te betalen schulden, moeilijk terug te betalen schulden en zeer moeilijk terug te betalen schulden.

Uit dit onderzoek bleek dat mensen die volgens eigen opgave zeer moeilijk aflosbare schulden hebben, drie jaar later drie keer meer kans hebben op de bekeken psychische aandoeningen (stemmingsstoornissen, angststoornissen en middelenverslaving) dan mensen zonder schulden. Dit effect gold overigens niet voor de mensen met minder moeilijk aflosbare schulden. Verder bleek het psychisch herstel slechter van mensen die al een psychische aandoening hadden voordat de schulden ontstonden. Na drie jaar hebben deze mensen vier keer meer kans nog steeds een psychische aandoening te hebben dan mensen zonder moeilijk aflosbare schulden.

Ook het Centraal Planbureau (CPB) heeft recent onderzoek gedaan naar de samenhang tussen schulden en geestelijke gezondheidsproblemen (Roos, Diepstraten & Douven, 2021). Meer specifiek bekeken ze of het krijgen van problematische schulden leidt tot hogere ggz-kosten en ggz-gebruik, en of sociale en/of financiële hulpverlening toeneemt. Het bijzondere van dit CPB-onderzoek is dat er objectieve gegevens zijn gebruikt om vast te stellen of mensen schulden hebben. De onderzoeksgroep bestond uit Nederlanders die in de Regeling Wanbetalers voor de zorgverzekering terecht zijn gekomen. Mensen die langer dan zes maanden niet aan hun premieverplichting voor de zorgverzekering voldoen, komen terecht in deze landelijke regeling. Deze mensen behouden toegang tot zorg, maar moeten een veelal hogere administratieve

premie met boete betalen. Zij mogen de regeling pas verlaten als de schulden op de zorgpremie zijn afbetaald. Het aantal mensen dat zes maanden of langer niet aan hun zorgpremie kan voldoen, ligt in de periode 2011-2015 tussen 298.000 tot 326.000. Daarmee is dit één van de meest voorkomende schulden in Nederland. Mensen met een zorgverzekeringsschuld hebben bovendien vaak moeite om ook aan andere financiële verplichtingen te voldoen. Er werd in dit onderzoek specifiek gekeken naar mensen die in 2013 in de Regeling Wanbetalers terecht kwamen. Hun zorggebruik in de jaren 2011-2015 werd vergeleken met het zorggebruik van mensen die in dezelfde periode geen zorgverzekeringsschuld hadden.

Uit dit onderzoek blijkt dat de gemiddelde GGZ-uitgaven in 2014 en 2015 met circa 200 euro zijn gestegen voor personen die in 2013 problematische schulden hebben gekregen (wat bleek uit het feit dat ze in de Regeling Wanbetalers terecht waren gekomen). Het effect van de schuldenlast op de zorguitgaven reikt dus verder dan het eerste jaar van financiële druk. Het effect komt overeen met een stijging van 30% van de GGZ-uitgaven door problematische schulden. Verder neemt de kans op ggz-gebruik met 7% toe bij mensen met problematische schulden. De kans op gebruik van sociale en/of financiële hulpverlening neemt met 40% toe. Verder laat het onderzoek zien dat mensen met schulden al voordat ze in de schulden kwamen hogere gezondheidszorguitgaven hadden dan mensen zonder zorgverzekeringsschulden.

De onderzoeken van het Trimbos en het CPB tonen dus op verschillende manieren aan dat problematische of moeilijk aflosbare schulden leiden tot een hogere kans op psychische problemen en ook tot daadwerkelijk hoger GGZ-gebruik. Andersom blijkt uit het onderzoek van het CPB dat mensen die in de Regeling Wanbetalers terecht kwamen, al hogere gezondheidszorguitgaven hadden dan mensen zonder zorgverzekeringsschulden. Bovendien bleek uit het Trimbos-onderzoek dat het psychisch herstel van mensen die al een psychische aandoening hadden voordat de moeilijk aflosbare schulden ontstonden slechter is dan bij mensen zonder moeilijk aflosbare schulden. Kortom: het is goed mogelijk dat psychiatrische stoornissen ook van invloed kunnen zijn op het ontstaan of verergeren van schulden en het hebben van problematische schulden lijkt niet goed te zijn voor het herstel van psychiatrische stoornissen

3. De opzet van de pilot

In dit hoofdstuk geven we aan hoe de pilot is uitgevoerd. Hierin gaan we in op:

- De afbakening van de doelgroep van de pilot;
- Wijze van selecteren van deelnemers;
- Het methodisch concept waarmee de schulden zijn afgekocht;
- De samenwerking tussen Balans en de GGZ-instelling InGeest

3.1 Afbakening van de doelgroep voor de pilot

De pilot richt zich op mensen met lichte enkelvoudige psychiatrische stoornissen waar mensen een ambulante behandeling voor krijgen.

Een cliënt kon meedoen aan de pilot wanneer er sprake was van de volgende kenmerken:

- *GGZ problematiek, maar bij voorkeur geen dubbele diagnose;*
- *Geen verslaving;*
- *Geen niet saneerbare boetes²;*

Vanwege de privacy wetgeving mocht door de SHV'er niet gevraagd worden of er een diagnose was en of iemand in behandeling was voor een psychiatrische stoornis. Daarom is hier niet naar gevraagd. In gesprekken met cliënten kwam informatie hierover soms wel naar boven doordat cliënten hier zelf over begonnen. Maar soms bleef dit onduidelijk. Verslaving is een risico voor schuldregelingen waar altijd naar wordt gevraagd. Ernstige psychiatrische problematiek bleek vaak uit het hulpverleningsnetwerk, die doorgaans de aanmelding doen.

3.2 Wijze van selectie van deelnemers

Er is door de senior schuldhulpverlener naar het eigen team gecommuniceerd dat inwoners die schulden hebben en klachten die (mogelijk) ter herleiden zijn naar een enkelvoudige psychiatrische stoornis bij het team van schuldhulpverleners dat op deze pilot was gezet aangemeld konden worden. Ook zijn er contacten gelegd met de maatschappelijk werker (GGZ agoog) bij GGZInGeest die werkzaam is bij het FACT team. Ook zij kon cliënten voor de pilot aandragen.

Vanuit het team van schuldhulpverlening zijn 21 deelnemers aangemeld. Zeven cliënten zijn bij nadere screening toch niet toegelaten tot de pilot. Bij drie cliënten was er sprake van (recente) verslavingsproblematiek. Besloten is om, synchroon aan de hardheidsclausule in de Wsnp, alleen mensen toe te laten waarvan duidelijk is aangetoond dat de verslaving echt tot het verleden behoort (minimaal één jaar geen verslaving is vereist³). Bij twee cliënten was weliswaar sprake van stress als gevolg van de schulden, maar het was van tevoren heel duidelijk dat er geen behandeling was voor de GGZ-problematiek,

² Boetes die om juridische redenen niet deels kwijtgescholden mogen worden.

³ Zie <https://www.wsnp-zaken.nl/blog/hardheidsclausule-toegang-tot-wsnp/>

ook niet bij de huisarts. Eén cliënt had te zware GGZ-problematiek met ernstige psychotische episoden en van één cliënt was de reden onbekend.

Van de in totaal vier aanmeldingen via GGZ-instelling InGeest zijn drie cliënten niet toegelaten. Het ging om iemand met wie geen contact meer te krijgen was, iemand die niet in staat was om op tijd de benodigde gegevens aan te leveren omdat er een opname tussendoor kwam (de persoon is onder bewind gesteld) en het ging om iemand met een niet-saneerbare vordering.

3.3 Schuldensituatie van deelnemers en kosten van de saneringskredieten

De hoogte van de schuld van de 15 deelnemers aan de pilot bedroeg gemiddeld € 18.861,-. De laagste schuld was € 3.416,02 en de hoogste € 84.770,68. De deelnemers hadden gemiddeld 11 schuldeisers. Het aantal varieerde van 3-30 schuldeisers. Als we dit vergelijken met reguliere saneringen in 2020 en 2021 dan ligt de gemiddelde schuld bij die groep (n = 54) iets hoger, namelijk € 41.394 en zijn er iets minder schuldeisers gemiddeld, namelijk 8. Als we kijken naar alle schuldhulptrajecten (saneringen en bemiddelingen; n = +500 cliënten), dan is de schuld daar gemiddeld nog wat hoger, namelijk € 58.038 en er zijn gemiddeld 11 schuldeisers.

Aan de 14 saneringskredieten (van de 15) die rond waren ten tijde van het schrijven van dit rapport is in totaal € 47.820,41 uitgegeven. Het hoogste krediet was € 12.325 en het laagste € 1.668,87

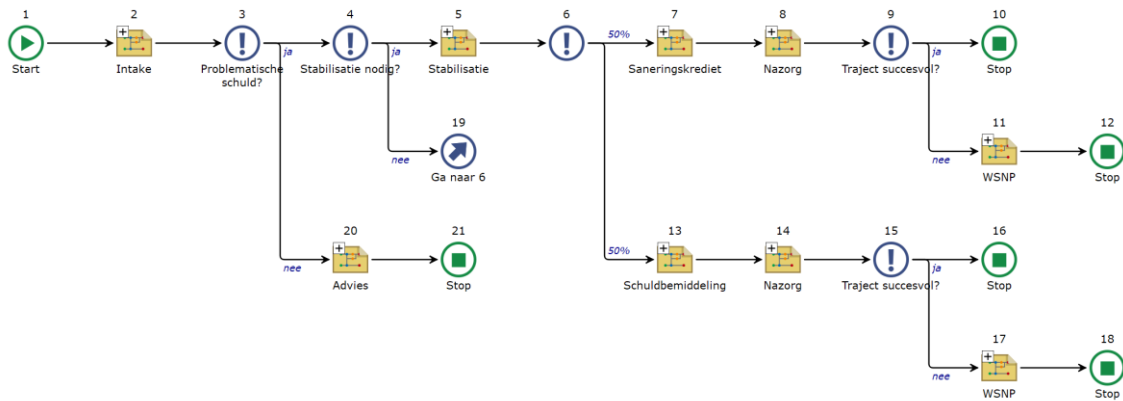
3.4 Het methodisch concept voor de afkoop van schulden

Wanneer mensen in de gemeente Amstelveen te maken krijgen met schulden kunnen ze terecht bij Balans schuldhulpverlening. In dit hoofdstuk zal eerst beschreven worden hoe het reguliere hulpverleningstraject er voor een inwoner uitziet. Vervolgens zal worden beschreven hoe dit traject eruit zag voor deelnemers van de pilot, zoals deze is ontwikkeld. Daarmee gaan we in deze paragraaf in op de onderzoeksvraag: *Hoe ziet een potentieel effectieve aanpak gericht op het oplossen van de schuldenproblematiek van mensen met lichte enkelvoudige psychiatrische stoornissen door middel van het saneren en kwijtschelden van de schuld eruit?*

Het reguliere schuldhulpverleningstraject van Balans

Hieronder volgt een beschrijving van het reguliere schuldhulpverleningstraject dat Balans aanbiedt. Er wordt eerst een overzicht gegevens in een processchema. Vervolgens worden de verschillende stappen toegelicht.

Processchema schuldhulpverlening



<-- Communicatie schuldeisers door cliënt --> <-- door schuldhulpverlener -->

Werkproces Intake

- Inwoner meldt zich bij het Amstelveenloket. Hier volgt een brede verkenning van de hulpvraag. Als hulp bij schulden een van de vragen is, worden de contactgegevens doorgegeven aan team Schuldhulpverlening.
- Binnen 14 dagen na de verwijzing uit het loket, volgt een intakegesprek.
- In het intakegesprek worden alle leefgebieden verkend en wordt ingezoomd op de financiële situatie en de schulden.
- Na het intakegesprek volgt een beschikking met plan van aanpak. Doorgaans wordt een stabilisatieperiode afgesproken. Soms is dit niet nodig. Bijvoorbeeld wanneer een beschermingsbewindvoerder aanmeldt en het dossier goed voorbereid is.

Werkproces Stabilisatieperiode

- De stabilisatieperiode wordt afgesproken voor 3 maanden. Er is tenminste eens per 6 weken een contactmoment en eens per 3 maanden een gesprek.
- Na drie maanden wordt bekeken of de periode verlengd moet worden of dat gestart kan worden met een schuldregeling of saneringskrediet. De stabilisatie duurt in principe niet langer dan zes maanden. Complexe situaties vragen soms echter meer tijd waardoor een langere stabilisatie in de praktijk wel voorkomt.
- Het primaire doel van de stabilisatie is om de inkomsten en uitgaven in evenwicht te brengen. Daarnaast krijgt de schuldhulpverlener in deze periode beter zicht op de financiële vaardigheden van de cliënt en op de financiële situatie (schulden).

Werkproces Saneringskrediet

- De cliënt tekent een schuldregelingsovereenkomst met de gemeente en een stabilisatieovereenkomst (t.b.v. de zorgverzekeraar).
- Vanaf dat moment dient hij te sparen voor aflossing van het krediet. Dit bedrag is bepaald aan de hand van het inkomen en een vrij te laten bedrag (v.t.l.b.) berekening. Nieuwe schulden die daarna ontstaan moeten volledig betaald worden. Eventueel vermogen wordt te gelde gemaakt ten behoeve van de schuldeisers.
- Client tekent een aanvraag saneringskrediet. De gemeente vraagt de kredietbank om een principeakkoord ten aanzien van de kredietverstrekking.
- Alle bekende schuldeisers krijgen een saldo opgave brief. Hierin wordt gevraagd het openstaande saldo aan de gemeente door te geven en de incassomaatregelen op te schorten. Na drie weken

Pilot GGZ en schulden

volgt een rappelbrief. Twee weken daarna wordt gebeld naar de schuldeisers die niet hebben gereageerd. Na twee belpogingen wordt het saldo afhankelijk van o.a. de hoogte geschat/geschraapt.

- Client ondertekent de schuldenlijst en geeft daarmee aan dat het overzicht volledig is. In principe is deze lijst bindend, de gemeente kan het toevoegen van (eerder ontstane maar later gebleken) schulden aan de regeling weigeren.
- De schuldhulpverlener berekent welk deel van de schulden kunnen worden afgelost (netto krediet/totale schuld, rekening houdend met wettelijke voorrechten (preferentie)) en stuurt alle schuldeisers een brief met dit voorstel tegen finale kwijting van het restant.
- Na drie weken volgt een rappelbrief. Twee weken daarna wordt gebeld.
- Indien schuldeisers weigeren wordt een heroverwegingsbrief gestuurd. Zo nodig wordt gebeld. Bij definitieve weigering dan wel aanhoudend niet reageren, wordt overwogen of een dwang akkoord kansrijk is. Zo niet zal cliënt ter overweging worden gegeven een verzoekschrift tot toelating tot de Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen (WSNP) in te dienen.
- Indien alle schuldeisers instemmen met het voorstel is een algeheel akkoord bereikt. Client tekent de zogenaamde borgstelling. Als cliënt niet terugbetaalt aan de Kredietbank, brengt de Kredietbank het niet terugbetaalde deel van het krediet in rekening bij de gemeente. De borgstelling geeft de gemeente de bevoegdheid om dit geld rechtstreeks bij de cliënt te vorderen.
- Het krediet wordt uitbetaald aan de schuldeisers. Client lost maandelijks af. Het reeds gespaarde kan ineens aan de kredietbank betaald worden zodat de duur van het opzetten van de regeling in mindering wordt gebracht op de 36 maanden waarin de cliënt aflost.

Werkproces Nazorg

- In overleg met de cliënt wordt een nazorgtraject van zes maanden afgesproken. Het doel hiervan is om de kans op het opnieuw in de schulden geraken te minimaliseren. De schuldhulpverlener kijkt mee naar de financiën. Daarnaast worden met de cliënt smart geformuleerde doelen opgesteld om gezond financieel gedrag (ergens voor sparen) te stimuleren.
- Er zijn in de nazorgperiode minimaal twee face-to-face contactmomenten. Tussentijds is er telefonisch contact.
- Na zes maanden wordt de schuldhulpverlening beëindigd.

Het aangepaste schuldhulpverleningstraject van Balans, t.b.v. de pilot

Hieronder volgt een beschrijving van het aangepaste schuldhulpverleningstraject dat Balans tijdens de pilot aan een aantal geselecteerde deelnemers heeft aangeboden. Er wordt eerst een overzicht gegevens in een processchema. Vervolgens worden de verschillende stappen toegelicht. De afwijkende stappen t.o.v. het reguliere traject zijn groen en schuingedrukt.

Werkproces Intake

- Inwoner meldt zich bij het Amstelveenloket. Hier volgt een brede verkenning van de hulpvraag. Als hulp bij schulden een van de vragen is, worden de contactgegevens doorgegeven aan team Schuldhulpverlening. De aanvraag kan ook rechtstreeks door een ggz hulpverlener gedaan.
- Binnen 14 dagen na de verwijzing uit het loket, volgt een intakegesprek.
- In het intakegesprek worden alle leefgebieden verkend en wordt ingezoomd op de financiële situatie en de schulden.
- Na het intakegesprek volgt een beschikking met plan van aanpak. Doorgaans wordt een stabilisatieperiode afgesproken. Soms is dit niet nodig. Bijvoorbeeld wanneer een beschermingsbewindvoerder aanmeldt en het dossier goed voorbereid is.

Pilot GGZ en schulden

- *De projectgroep beoordeelt of de cliënt voldoet aan de voorwaarden om voor het project in aanmerking te komen (wel GGZ problematiek, geen verslaving, geen niet saneerbare boetes).*

Werkproces Stabilisatieperiode

- *Stabilisatie wordt zoveel mogelijk overgeslagen. De uitgaven worden op de inkomsten afgestemd.*

Werkproces saneringskrediet

- Alle bekende schuldeisers krijgen een saldo opgave brief. Hierin wordt gevraagd het openstaande saldo aan de gemeente door te geven en de incassomaatregelen op te schorten. Na drie weken volgt een rappelbrief. Twee weken daarna wordt gebeld naar de schuldeisers die niet hebben gereageerd. Na twee belpogingen wordt het saldo afhankelijk van o.a. de hoogte geschat/geschrapd.
- Client ondertekent de schuldenlijst en geeft daarmee aan dat het overzicht volledig is. In principe is deze lijst bindend, de gemeente kan het toevoegen van (eerder ontstane maar later gebleken) schulden aan de regeling weigeren.
- De schuldhulpverlener berekent welk deel van de schulden kunnen worden afgelost (netto krediet/totale schuld, rekening houdend met wettelijke voorrechten (preferentie)) en stuurt alle schuldeisers een brief met dit voorstel tegen finale kwijting van het restant. *In het ggz project wordt de totale afloscapaciteit opgehoogd met 10% en afgerond naar boven. Hiermee probeert de gemeente de schuldeisers extra te motiveren om (snel) akkoord te gaan.*
- Na drie weken volgt een rappelbrief. Twee weken daarna wordt gebeld.
- Indien schuldeisers weigeren wordt een heroverwegingsbrief gestuurd. Zo nodig wordt gebeld. Bij definitieve weigering dan wel aanhoudend niet reageren, wordt overwogen of een dwang akkoord kansrijk is. Zo niet zal cliënt ter overweging worden gegeven een verzoekschrift tot toelating tot de Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen (Wsnp) in te dienen.
- Indien alle schuldeisers instemmen met het voorstel is een algeheel akkoord bereikt. Client tekent geen zogenaamde borgstelling. Het Krediet hoeft niet te worden terugbetaald.
- *Het krediet wordt uitbetaald aan de schuldeisers. Client is schuldvrij.*

Werkproces nazorg

- In overleg met de cliënt wordt een nazorgtraject van zes maanden afgesproken. Het doel hiervan is om de kans op het opnieuw in de schulden geraken te minimaliseren. De schuldhulpverlener kijkt mee naar de financiën. Daarnaast worden met de cliënt smart geformuleerde doelen opgesteld om gezond financieel gedrag (ergens voor sparen) te stimuleren.
- Er zijn in de nazorgperiode minimaal twee face-to-face contactmomenten. Tussentijds is er telefonisch contact. *In het ggz project kan ook gebruik gemaakt worden van begeleiding door een ervaringsdeskundige.*
- Na zes maanden wordt de schuldhulpverlening beëindigd.

4. Resultaten interviews met cliënten

Dit hoofdstuk geeft inzicht in de deelnemers aan de pilot en hun ervaringen, zoals die in de interviews met 10 cliënten die hebben deelgenomen aan de pilot, naar voren zijn gekomen.

4.1 Persoonlijke situatie

De meeste cliënten die we gesproken hebben waren alleenstaand en de meesten hadden op dit moment geen werk. Een aantal was wel op zoek naar werk of bezig met het volgen van een opleiding. Op het moment van interviewen waren 6 cliënten in behandeling voor hun psychische klachten bij een psycholoog of psychiater. Vier cliënten waren niet in behandeling. Van één cliënt was de behandeling afgerond. Een tweede had een sponsor⁴. Een derde had een coach. De vierde stond op een wachtlijst voor GGZ therapie.

4.2 Ontstaan van de schuldensituatie en impact op het leven

Ontstaan van de schuldensituatie heel verschillend. De wijze waarop de deelnemers aan de pilot in de schulden zijn geraakt loopt uiteen. Sommige cliënten hebben te veel geld geleend of uitgegeven terwijl andere cliënten te maken hebben gehad met een gebeurtenis zoals een scheiding of verlies van werk waardoor ze financieel in de problemen raakten. Bij veel cliënten spelen naast financiële problemen ook andere problemen zoals gezondheidsproblemen (zowel lichamelijk als psychisch), een verstandelijke beperking, werkloosheid en relatieproblemen.

Psychische problemen bij de helft ontstaan (mede) door de schuldensituatie. Bij ongeveer de helft van de cliënten die we spraken waren er al psychische problemen voordat de schuldensituatie ontstond. En bij de andere helft was het zo dat de psychische problemen volgens hen zijn ontstaan (mede) door de schuldensituatie. De cliënten die aangaven al psychische problemen te hebben voordat de schulden ontstonden hadden last van een bipolaire stoornis, middelenverslaving, een trauma vanwege een vechtscheiding en het overlijden van twee dierbaren, ADD/ADHD, een slaapstoornis en/of een depressie. Er werd soms wel aangegeven dat de klachten door de schulden verergerden of dat er nieuwe klachten bijkwamen. De cliënten die aangaven psychische problemen te hebben ontwikkeld (mede) door de schulden rapporteerden een depressie, suïcidale gedachten of een burn-out te hebben gekregen, soms in combinatie met paniekaanvallen. Vaak speelden er meerdere problemen waardoor zowel schulden als psychische klachten waren ontstaan, zoals een (v)echtscheiding, een overlijden, stress vanwege een onzekere woonsituatie of baanverlies.

Impact van de schulden op verschillende levensgebieden vaak groot. Mensen ervaren een grote impact van de schulden op hun leven, op allerlei vlakken in het leven (zoals relaties, gezondheid en werk). Iedereen geeft aan dat de schulden zorgden voor veel stress en mentale ballast en dat dit impact had op allerlei levensgebieden. Op het gebied van relaties gaven de cliënten aan dat ze soms de neiging hadden

⁴ Een sponsor kun je zien als een soort maatje/buddy (<https://mens-en-gezondheid.infonu.nl/verslaving/111461-sponsor-buddy-en-ervaringsdeskundige-in-de-verslavingszorg.html>)

zich meer terug te trekken en soms zelfs in een isolement terecht zijn gekomen. Relaties zijn onder druk komen te staan of mede vanwege de schulden verbroken. Ook schaamte speelde hierbij een rol.

“Ik werd door mijn vrienden minder gauw uitgenodigd voor leuke dingen, zoals etentjes.”

Op het gebied van gezondheid en werk zien we dat mensen soms hun baan zijn kwijtgeraakt door de stress. Zo vertelt een vrouw dat de schulden haar zoveel stress hebben gegeven dat ze hartkloppingen kreeg en ze in de ziektewet terecht is gekomen. Een andere vrouw geeft aan dat ze medicatie kreeg voor stressklachten. Een man die onder bewind is komen te staan geeft aan dat hij zich wat betreft werk vast voelde zitten. Hij voelde niet de motivatie om te gaan werken, omdat dat voor hem niet meer geld op zou leveren.

“Als ik zou gaan werken, dan zou dat niet direct extra geld opleveren, dus dat werkt niet echt motiverend. Dan kan ik net zo goed niet werken. Je moet gewoon thuis zitten, niks doen en van 50 euro per week leven.”

4.3 Tevredenheid met de pilot

Cliënten zeer tevreden over de informatie over de pilot. De meeste cliënten geven aan dat ze de informatie over de pilot heel duidelijk vonden. Een enkeling dacht dat het geld van de HvA zou komen. Dat werd later gecorrigeerd. Bij sommigen liep de informatievoorziening via de bewindvoerder. Een enkeling dacht dat na de pilot ook direct de bewindvoering zou ophouden; dat bleek niet het geval te zijn en voor deze meneer een teleurstelling. Een aantal deelnemers konden niet direct geloven dat de schulden daadwerkelijk afgekocht zouden worden. Verder viel op dat één iemand aangaf niet veel informatie te hebben ontvangen over de pilot, maar dit juist heel prettig vond, omdat hij niet teveel prikkels aankon. Het was precies genoeg.

Cliënten dankbaar en traject relatief kort. Cliënten zijn blij en dankbaar dat ze aan de pilot mee mochten doen. Eén klant was niet helemaal tevreden omdat hij nog steeds te maken heeft met een bewindvoerder en hij had begrepen dat hij daar nu niet meer mee te maken zou hebben. Cliënten rapporteerden aan ons dat de duur van het traject varieerde van 6 weken tot 9 maanden. Sommige cliënten gaven aan dat ze het snel geregeld vonden. Soms zaten een aantal zaken het traject nog in de weg, zoals partijen die niet of laat reageerden op verzoeken van Balans.

Cliënten zeer tevreden over de professionals. De cliënten vinden bijna allemaal dat ze erg goed geholpen zijn. Cliënten gaven ons terug dat ze de dienstverlening erg professioneel vonden, dat er op een goede manier afspraken werden gemaakt, dat alles correct werd klaargezet en bevestigd. Ook werd over het algemeen een goede klik ervaren met de SHV'er. De SHV'ers werden als vriendelijk bestempeld en er

was vertrouwen. Ook werd aangegeven dat er een goede combinatie was tussen luisteren en af en toe prikkelen. Er wordt veel dankbaarheid geuit. Eén minpunt voor een klant was dat hij met verschillende hulpverleners te maken had gehad, waardoor hij een aantal keer opnieuw zijn verhaal moest doen.

“Zeer professioneel, tijdig afspraken maken, correct alles klaarzetten, alles goed bevestigen. Ze hebben alles gedaan wat de bedoeling was geweest. Ik heb niks gemist.”

“In de hulpverlening moet je het maar treffen met de personen. Dat is bij mijn SHV'er het geval geweest.”

4.4 Impact van de pilot op het wegnemen van de schulden

Wegnemen van de schulden voor velen stressverlagend. Veel cliënten geven aan dat het wegnemen van de schulden ruimte heeft gegeven en stressverlagend heeft gewerkt. Mensen ervaren weer meer lucht.

“Er valt een pak van je schouders af.”

“Het is zwaar om elke dag na te moeten denken over elke cent... om zo bezig te zijn met rondkomen de hele tijd en heel veel ballen in de lucht te moeten houden.”

Mensen geven verder aan dat ze ballast kwijt zijn, dat het ze een boost heeft gegeven, dat het zorgde voor opluchting, voor meer hoop en meer rust. Daardoor is er voor sommigen ook meer ruimte om nieuwe dingen op te pakken. Zo geeft een ondernemer aan dat hij meer kansen ziet om zijn plannen voor het opzetten van een food therapy programma⁵ uit te werken. Maar nog niet voor iedereen voelt het wegnemen van de schulden als een opluchting. Sommige mensen hebben nog steeds andere problemen waardoor ze grote zorgen hebben, zoals zorgen over de woonplek van kinderen na een scheiding. En soms voelen

⁵ Dat zullen workshops voor kwetsbare mensen in de verslavingskliniek zijn. “In de food therapy kijken we bijvoorbeeld naar een gerecht dat iemands moeder maakte (liefdevol gerecht) en hoe we dat gevoel dan voor die persoon terug kunnen halen met een gezond, verfijnd gerecht.”

mensen dat er opluchting gaat komen, maar is deze er nu nog niet, doordat er nog veel stress in het lijf wordt ervaren door de overlevingsstand waar mensen lang in hebben gezeten.

Psychische klachten nu. Naast dat er meer rust is hebben mensen soms direct ook al minder last van psychische klachten, zoals stress en slaapproblemen. Al is er bij sommigen ook nog steeds wel veel boosheid en verdriet en mensen voelen dat ze moeten bijkomen van een strijd of moeten afkicken van de stressvolle periode waar ze in zaten of soms nog steeds zitten.

Impact op de behandeling vaak nog niet goed duidelijk, maar effecten lijken positief. Doordat de interviews vaak relatief kort op het afkopen van de schulden waren gepland konden de meeste cliënten (nog) niet altijd goed aangeven wat volgens hun de impact was van het schuldenvrij zijn op de behandeling van hun klachten. Eén man met een bipolaire stoornis vertelt ons dat hij een groot effect merkt. De gesprekken waren volgens hem tijdens de periode van schulden frequenter en inhoudelijk zwaarder. Tijdens de gesprekken ging het vaak over de financiën, de negativiteit die het meebracht, het niet mee kunnen doen met de maatschappij, het terugtrekken van sociale activiteiten en angst om een dreigend faillissement. Nu heeft hij minder vaak gesprekken (1x per maand i.p.v. 1 keer per 2,5 week) en zijn deze minder zwaar. Een andere man geeft aan dat hij een maand geleden heeft kunnen stoppen met zijn medicatie die hij kreeg voor zijn bipolaire stoornis. Twee mensen geven aan juist nu een behandeling te willen gaan starten. Een ander geeft aan dat het traject is afgerond: “de behandeling is niet over, maar het geld is op.”

Financiële situatie nu vaak rustig, maar niet te zeggen hoe dit zich gaat ontwikkelen. Er is nu vaak meer financiële ruimte, maar hoe dat zich in de toekomst gaat ontwikkelen is niet duidelijk. Een aantal mensen staan (nog) onder bewind. Voor sommigen geeft dat rust; een enkeling geeft aan dat hij hier liever vanaf wil. Cliënten lopen er soms ook tegenaan dat ze (nog) een BKR registratie hebben, waardoor ze niet alles kunnen doen wat ze willen doen, bijvoorbeeld bepaalde zaken op krediet kopen.

4.5 Nazorg en blik op de toekomst

Vaak nog wel hulp: soms (nog) bewindvoering, soms (nog) contact met SHV'er, soms hulp van vrijwilliger of coach. De meeste cliënten die we hebben gesproken hebben nog een vorm van begeleiding, soms vanuit de SHV'er, soms van een vrijwilliger of coach en soms is er bewindvoering. Sommigen geven aan niet herinnerd te willen worden aan de financiële problemen en geven aan nu geen hulp nodig te hebben. Een enkeling is aangemeld voor een cursus over hoe je met geld kunt omgaan.

Blik op de toekomst vaak optimistisch. De cliënten die we spraken kijken over het algemeen optimistisch naar de toekomst. Mensen delen met ons hun wensen om zelf ervaringsdeskundige te worden, een stichting op te zetten, een opleiding te gaan volgen en werk te gaan zoeken. Sommigen maken zich nog wel zorgen over de toekomst. Een stel vertelt ons bang te zijn weer in de schulden te komen, maar de bewindvoerder als stok achter de deur te ervaren.

“Er komt ook een stroomversnelling op gang; ik merk een opwaartse spiraal. Het ene geeft weer ruimte voor het andere om op te lossen.”

“Helemaal prima dat ik een proefkonijn ben geweest voor dit project; zet het vooral voort voor alle mensen die in hetzelfde schuitje terechtkomen. Voor de mensen die niet gezien zijn. Dat mensen weer hun menselijkheid terugkrijgen.”

4.6 Conclusies volgens cliënten

Samenvattend zijn de ervaringen van de cliënten als volgt: de cliënten hebben de pilot positief ervaren. Voor de meesten heeft het snel wegnemen van de schulden stressverlagend gewerkt, maar niet voor iedereen. Dit hangt er vanaf of er nog andere problemen spelen in het leven van deze cliënten die ook stress met zich meebrengen. Cliënten zijn blij en dankbaar dat ze aan de pilot mee mochten doen en vinden bijna allemaal dat ze erg goed geholpen zijn door de professionals. De meeste cliënten die we hebben gesproken hebben na afloop van de pilot nog een vorm van begeleiding, soms vanuit de schuldhulpverlener, soms van een vrijwilliger of coach en soms is er bewindvoering. Sommigen geven aan niet herinnerd te willen worden aan de financiële problemen en geven aan nu geen hulp nodig te hebben. Een enkeling is aangemeld voor een cursus over hoe je met geld kunt omgaan. De cliënten die we spraken kijken over het algemeen optimistisch naar de toekomst.

5. Resultaten groepsinterviews en intervisiesessies met schuldhulpverleners en een GGZ-agoog

Op 6 juli 2021 en op 14 september 2021 zijn twee groepsinterviews in combinatie met een intervisiesessie gehouden met drie schuldhulpverleners van Balans. Op 6 juli 2021 was ook een GGZ-agoog van InGeest aanwezig. Deze bijeenkomsten zijn voorgezeten en begeleid door een onderzoeker van het lectoraat Armoede Interventies. Doelen van de bijeenkomsten waren om uit te wisselen hoe de selectie van deelnemers was verlopen, wat het profiel van de deelnemers was, hoe de pilot liep, wat de ervaringen ermee waren, waar de SHV'ers mogelijk tegenaan waren gelopen en of er aanpassingen aan het project nodig waren. Op 26 oktober 2021 is nog een bijeenkomst met alle SHV'ers geweest waarin de resultaten van het onderzoek zijn besproken en er gekeken is naar leerpunten voor de toekomst. In dit hoofdstuk staan de uitkomsten van deze sessies vermeld.

5.1 Profiel deelnemers en benadering van deze groep

Het profiel van de deelnemers week volgens de SHV'ers niet af van cliënten in het reguliere traject, behalve dan dat belastbaarheid van cliënten met GGZ problematiek veel lager is. Ze zien in de pilotgroep verschillende soorten cliënten. Sommige cliënten hebben al langere tijd psychische problemen als gevolg van een aandoening. Andere cliënten hebben vanwege een life event psychische problemen, zoals een burn-out. De SHV'ers merken dat er bij cliënten in de pilot die psychische problemen hebben als gevolg van een aandoening er vaker bepaalde essentiële financiële vaardigheden missen t.o.v. mensen die als gevolg van een life event psychische problemen hebben ontwikkeld. Volgens de SHV'ers is het belangrijk om goed te kijken naar de oorzaak van de psychische problemen. Gaat het om psychische problemen ontstaan door life events of door aandoeningen?

Verder wordt aangegeven dat het belangrijk is om bij de doelgroep veel kleine stapjes te nemen. Dit is vooral van belang bij de nazorg. Wat ze ook opmerken is dat mensen niet altijd de stap naar een psycholoog durven nemen. Of daar geen ruimte voor voelen. Ook de stap zetten naar een ervaringsdeskundige voor hulp is voor sommige mensen (nog) een stap teveel.

Wanneer de SHV'ers vermoeden dat er problemen zijn op andere levensgebieden waarvoor maatschappelijk werk wenselijk is, verwijzen zij mensen door naar het sociaal team. Ook wordt er soms doorverwezen naar een huisarts, bij vermoedens van psychische problemen. Omgekeerd geven de SHV'ers geven aan dat zij niet de indruk hebben dat huisartsen, psychiaters en psychologen direct doorverwijzen naar SHV. Hier is een verbeteringslag mogelijk. Paul van Welzenis⁶ heeft nu met een GGZ instelling in Amstelveen, GGZ Ingeest, contact gezocht om te onderzoeken of de banden aangehaald kunnen worden en of een spreekuur voor patiënten een effectieve interventie zou zijn.

⁶ Senior consulent schuldhulpverlening, Balans Schuldhulpverlening.

5.2 Conclusies volgens schuldhulpverleners

Hieronder zijn in het kort de conclusies volgens de schuldhulpverleners over de positieve en negatieve aspecten van de pilot weergegeven en tot slot de leerpunten die zij noemden.

Positieve aspecten pilot:

- **Snelheid:** Het resultaat is voor iedereen sneller: klant, SHV'er, schuldeiser. Gemiddeld konden er afspraken met schuldeisers worden gemaakt binnen 12 weken (de range was 7-21 weken) (vergelijking: in het reguliere traject is de richtlijn 17 weken, maar deze richtlijn wordt niet altijd gehaald). Het verhogen van de snelheid van het schuldhulpverleningstraject is ook landelijk een ontwikkeling die wordt gestimuleerd vanwege de voordelen hiervan voor de cliënt (zie bijlage 2).
- **Rust en ruimte.** De SHV'ers hebben de indruk dat het wegwerken van de schulden er meer rust en ruimte is om aan de GGZ problematiek te werken. Cliënten geven bij hen aan dat ze het fijn vinden om eerst de schulden af te lossen om daarna, met meer ruimte in het hoofd, in behandeling te gaan voor de psychische problemen. Ook geven de SHV'ers aan dat cliënten waarschijnlijk veel beter aan hun behandeling kunnen werken "als ze niet elke dag een deurwaarder aan de deur hebben." Bij de cliënten uit de pilot die nu in het nazorgtraject zitten wordt opgemerkt dat een bron van stress is weggevallen, dingen die worden besproken beter aankomen en meer dingen zelf worden opgepakt.
- **Zorgverzekering:** Cliënten kunnen, als hun schulden zijn afgelost, in het nieuwe jaar weer een aanvullende zorgverzekering afsluiten. Dit kan vaak niet als mensen in een schuldregeling zitten. Met een aanvullende verzekering kunnen extra zaken, zoals op het gebied van tandheelkunde, vergoed worden. Ook wordt een vicieuze cirkel opgemerkt: een behandeling voor psychische klachten is niet altijd mogelijk als iemand is aangemeld als wanbetaler bij het CAK. Afhankelijk van je zorgverzekering, kan het zijn dat iemand niet bij elke psycholoog of psychiater alles vergoed krijgt, waardoor ook zelf een deel betaald moet worden. Maar mensen die in de Regeling Wanbetaler zitten vanwege betalingsachterstand op hun zorgpremie, kunnen niet switchen van zorgverzekering voordat hun schuld is afgelost⁷. Verder betaal je bij psychologische zorg vanuit de basis-GGZ of gespecialiseerde GGZ het wettelijke verplichte eigen risico van 385 euro. Ook dat is natuurlijk een grote drempel voor mensen met schulden. Er is wel een vergoeding mogelijk bij de gemeente om het eigen risico vergoed te krijgen, maar dat is niet bij iedereen bekend en kost ook weer extra administratieve rompsloep.

Negatieve aspecten pilot:

- **Beeld van de schulden niet altijd helder:** Doordat de stabilisatiefase korter is, is de kans groter dat er later opeens nog schulden naar boven komen. Dit is bij twee klanten gebeurd, maar dat kon snel worden opgelost.
- **Minder ruimte om te werken aan gedragsaspecten:** De stabilisatiefase in de pilot is korter, waardoor er minder gesprekken zijn. Er is in het voortraject alleen gekeken naar of de inkomsten en uitkomsten in balans zijn (stabilisatie), en er is veel minder naar gedragsaspecten gekeken. Daarover worden zorgen geuit: leidt dit niet eerder tot recidive? Er is in het gesprek een casus naar voren gekomen van een dame van wie de schulden waren afgekocht en die toch weer heel snel nieuwe schulden heeft gemaakt. Bij de meeste cliënten gaat het nu wel financieel goed.

⁷ <https://www.zorgwijzer.nl/faq/regeling-wanbetalers>

- **Grond om bewindvoering toe te kennen valt weg:** De SHV'ers geven aan: "Als iemand op grond van het hebben van problematische schulden onder bewind is gesteld en die schulden zijn weg, dan is de grond voor bewind ook weg. Maar dit betekent nog niet automatisch dat mensen zelfredzaam zijn." In de pilot is dit besproken met een bewindvoerder en die heeft daar actie op ondernomen door dat met de rechtbank te bespreken. De SHV'ers geven aan dat dit in de toekomst beter vooraf besproken kan worden met een bewindvoerder zodat hij/zij tijdig actie in kan ondernemen. Ook wordt aangegeven dat het in sommige gevallen verstandig is om eerst een bewind op te zetten en daarna de schulden te regelen, zodat de schulden er nog zijn als het bewind wordt uitgesproken.
- **Gesprekken duren langer:** Doordat mensen soms erg emotioneel zijn en last hebben van psychische problematiek duren de gesprekken gemiddeld langer en worden ze als intensiever ervaren.
- **Nazorg nu soms langer:** De SHV'ers geven aan dat de nazorg nu soms wat langer is, maar deels loopt dit nog, dus is het lastig hier uitspraken over te doen. Gemiddeld duurt het nazorgtraject 3-6 maanden. Het gehele traject blijft een stuk korter. Verder geven zij aan dat het belangrijk is om bij deze doelgroep veel kleine stapjes te nemen in de nazorg.

Leerpunten en toekomst van pilot volgens schuldhulpverleners

Volgens de schuldhulpverleners is het belangrijk om goed te kijken naar de oorzaak van de psychische problemen. Gaat het om psychische problemen ontstaan door life events of door aandoeningen? Zij merken dat er bij cliënten in de pilot die psychische problemen hebben als gevolg van een aandoening er vaker bepaalde essentiële financiële vaardigheden missen ten opzichte van mensen die als gevolg van een life event psychische problemen hebben ontwikkeld.

De schuldhulpverleners zouden het interessant vinden wanneer de doelgroep voor het project zou worden verbreed naar alle kwetsbare mensen met schulden omdat de bovenstaande positieve aspecten van de pilot, ook voor andere groepen zouden kunnen gelden.

6. Resultaten interviews met GGZ-psychologen en psychiaters

Er zijn in totaal zes interviews met behandelaren (GZ-psychologen en psychiaters) afgenomen. Eén cliënt uit de pilot in Amstelveen stond ons toe zijn eigen behandelaar (GZ-psycholoog) te interviewen. De andere behandelaren zijn geworven uit het eigen netwerk en komen uit verschillende regio's, zoals toegelicht in hoofdstuk 1 onder de onderzoeksaanpak. In dit hoofdstuk zetten we in het kort de rode draad uit deze 6 interviews op een rij. Het betreft uiteraard een kleine selectie van behandelaren, maar op een aantal punten komen de visies en ervaringen van de geïnterviewden behoorlijk overeen. De interviews voegen naar ons idee daarom waardevolle kwalitatieve informatie toe over de behandeling in de GGZ van mensen met schulden.

6.1 Rol financiële situatie bij de intake

Behandelaren vragen vaak wel naar de financiële situatie van nieuwe cliënten bij de intake, maar wat er met deze informatie wordt gedaan verschilt per praktijk en ook per professional. Als mensen zich bij de verschillende praktijken melden met psychische klachten wordt er meestal in een intake of pre-intake wel gevraagd hoe het zit met de financiële situatie, maar dit gebeurt niet altijd. Soms wordt er ook gevraagd of hier (al) hulp bij is en of dit nodig is. Er wordt vervolgens verschillend met deze informatie omgegaan. Er zijn vaak geen lijnen met schuldhulpverlening en hier wordt door de behandelaren meestal niet (direct) naar doorverwezen. Als er binnen de betreffende instelling ook maatschappelijk werkers aanwezig zijn, is dit wel een mogelijkheid waar naar wordt doorverwezen.

De enige uitzondering die we bij deze interviews zijn tegengekomen waarbij er wél sprake is van samenwerking met schuldhulpverlening in de behandeling van mensen met GGZ-problematiek, is binnen een FACT-team. FACT-teams behandelen en begeleiden mensen die een ernstige psychiatrische aandoening hebben in combinatie met problemen op andere levensterreinen (wonen, werken, sociale contacten, financiën etc.) in de eigen omgeving van de cliënt. In een FACT-team werken verschillende hulpverleners nauw met elkaar samen, waaronder psychiater/arts, psycholoog, maatschappelijk werker, (sociaal-)psychiatrisch verpleegkundigen, verslavingsdeskundigen, casemanagers en ervaringsdeskundigen, arbeidsconsulenten en woonbegeleiders. In een aantal regio's zijn ook schuldhulpverleners betrokken bij de FACT-Teams, alleen is niet bekend in welke regio's dat precies het geval is (Dijk, Jansen, Lubbes, & Loomen, 2020). Inmiddels zijn er naar schatting 400 FACT-teams die zorg bieden aan circa 70.000 mensen met ernstige psychische aandoeningen.

“Vragen naar de financiële situatie van de cliënt? Het is een beetje zoals seksualiteit. We weten dat het belangrijk is om te vragen, maar toch vergeten we het met regelmaat.”

“Soms zijn mensen zo met praktische dingen bezig in hun leven [red. zoals wanneer er schulden spelen] dat ze niet zoveel ruimte hebben om aan zichzelf te werken. Dan is het prima als er hulp wordt ingeschakeld, maar misschien geen psychisch therapeutische hulp. Er wordt dan meestal gekeken of er een maatschappelijk werker nodig is, of een POH-GGZ'er⁸. En soms wordt ervoor gekozen een paar gesprekken te doen om mensen te helpen overzicht te krijgen. Maar je gaat mensen minder snel stoppen in een 2-jarige schematherapie groep. Dat moeten mensen wel kunnen trekken qua stabiliteit.”

6.2 Rol schulden bij de behandeling van enkelvoudige psychiatrische stoornissen

Merkbaar effect op behandeling wanneer er schulden spelen. De meeste behandelaars geven aan dat zij verschillen merken in de behandeling van cliënten wanneer er schulden zijn ten opzichte van wanneer deze er niet zijn. De verschillen die zij opmerken zitten in verschillende zaken:

1. **Ruimte en overzicht tijdens gesprekken.** Denkruimte en overzicht zijn nodig voor veel verschillende behandelingen, bijvoorbeeld wanneer het gaat om het aanleren van nieuwe denkpatronen. Alle behandelaars merken op dat er wanneer er schulden spelen minder ruimte en overzicht is. De behandelaar die een cliënt uit de pilot heeft behandeld kon duidelijk merken dat wanneer de schulden waren afgekocht er meer ruimte en overzicht kwam. Dat maakte dat deze cliënt al direct meer in actie kon komen en minder zorgen had. Ook andere behandelaars merken op dat, wanneer er schulden spelen, er vaak veel minder ruimte is om aan de behandeling te werken. Mensen zijn druk met zorgen en het regelen van allerlei praktische zaken; dit neemt het denken van mensen grotendeels in beslag.

“Ik zie wel echt een groep mensen die verzuipt in de financiële problemen of bijkomende maatschappelijke problemen, waardoor er helemaal geen ruimte is om iets aan de psychische klachten te gaan doen.”

⁸ Dit is een praktijkondersteuner die werkzaam is binnen een huisartsenpraktijk. Bij de functie ligt de focus op ondersteuning, begeleiding, kortdurende behandeling en indien nodig verwijzing van patiënten met psychische, psychosomatische en psychosociale problematiek naar de GBGGZ, SGGZ of juist het sociale domein.

- 2. Nakomen afspraken.** Sommige behandelaars merken op dat wanneer er schulden spelen afspraken eerder worden vergeten. Naast het soms vergeten van afspraken wordt ook opgemerkt dat mensen soms een afspraak met een schuldhulpverlener voor laten gaan op een afspraak bij de psycholoog/psychiater. Anderen hebben deze ervaringen niet of minder. Het niet tijdig afmelden brengt problemen met zich mee: de kosten moeten vaak op de cliënt zelf verhaald worden en worden niet (meer) vergoed door de zorgverzekeraar.

“Mensen vinden het veel belangrijker om hun schulden op te lossen, dan hun gezondheid op te lossen.”

- 3. Huiswerkopdrachten maken.** Op de vraag of het hebben van schulden van invloed is op de mate waarin cliënten huiswerkopdrachten maken zijn de antwoorden wat gemixt en niet iedereen weet daar een antwoord op te geven omdat behandelaars zich deze vraag zichzelf niet systematisch stellen. Een aantal behandelaars merkt wel dat het, met name door gebrek aan ruimte en overzicht, soms moeilijker is voor cliënten met schulden om huiswerkopdrachten te maken. Verder geven drie van de zes behandelaars bij deze vraag spontaan aan dat het, vooral bij mensen met een depressie of een angststoornis, van belang is om mensen te activeren. Hiermee bedoelen zij dat ze de persoon stimuleren om actief te zijn buitenshuis en ontspanning te zoeken. Maar het activeren van cliënten met schulden ervaren deze behandelaars als lastig, omdat leuke dingen doen of reizen vrijwel altijd geld kost voor de cliënt.

“Ik zou heel graag naar m’n dochter willen, maar ze woont op een uur rijden en ik kan mijn benzine niet betalen.”

- 4. Opbrengen eigen risico, reiskosten en kosten aanschaf materialen.** Soms zitten de verschillen in hele praktische zaken. Zo wordt door één behandelaar aangegeven dat cliënten soms een (vervolg)behandeling laten zitten omdat ze het eigen risico niet kunnen betalen. Maar vaak is het volgens deze behandelaar zo dat het eigen risico al gebruikt is, doordat cliënten ook andere zorg gebruiken. Ook komt het voor dat cliënten niet aan een specifieke behandeling kunnen deelnemen wanneer er naar een locatie moet worden gereisd en cliënten de reiskosten niet kunnen betalen. Ook de aanschaf van materialen, zoals (werk)boeken, levert soms problemen op waardoor mensen met schulden niet een optimale behandeling kunnen krijgen. Nu is het soms wel zo dat er vaak potjes zijn bij gemeenten waar mensen aanspraak op kunnen maken en bijvoorbeeld een deel van het eigen risico terug kunnen krijgen, maar mensen weten daar niet altijd vanaf, zo wordt opgemerkt.
- 5. Ziektewinst.** Twee van de zes behandelaars merken op dat een ziektewinst soms ook een rol speelt bij de behandeling van cliënten met schulden. “Het ziek zijn kan een functie hebben. Er zijn mensen die niet gebaat zijn om beter te worden, want als ze beter worden moeten ze meer naar die stomme werkplek of moeten ze verantwoordelijkheid nemen om aan de schulden te gaan werken.”

6. **Duur behandeling.** De behandelaren merken op dat je soms kortere trajecten hebt met cliënten wanneer er schulden spelen, maar dat heeft dan te maken met dat mensen op een gegeven moment niet meer komen (no shows) en niet om dat de behandeling dan al is afgerond. Vaker is het zo dat de trajecten langer duren.

Soort psychiatrische stoornis en ook achtergrondkenmerken maken uit. De meeste behandelaren geven aan dat de impact van de schulden wel verschilt per diagnose, maar dit werd ook wel ervaren als een lastige vraag om te beantwoorden. Schulden gaan vaak samen met complexere problematiek. De behandelaren zien voorbij komen dat mensen én een depressie én een trauma én persoonlijkheidsproblematiek hebben. Dan is het als behandelaar moeilijk om te bepalen waar te beginnen.

Als het gaat om enkelvoudige psychiatrische stoornissen merken behandelaren op dat schulden met name impact hebben op de behandeling van angststoornissen en depressies. Dit zijn stoornissen waarbij het van belang is dat mensen weer dingen gaan doen en actief worden. De financiële situatie kan daarbij in de weg zitten en is tevens ook vaak (deels) een oorzaak van de psychiatrische stoornis. Zo wordt een paniekstoornis makkelijker getriggered door de stress rondom schulden. Verder worden mensen met depressies vaak suïcidaler door de schulden, zo merkt een psychiater op. Daarnaast merken de behandelaren op dat de behandeling ook moeilijker is wanneer er sprake is van schulden én een licht verstandelijke beperking (LVB). Deze groep overziet het allemaal nog weer minder en de bureaucratie is voor hen nog lastiger.

Eén van de geïnterviewde psychiaters noemt een aantal diagnoses, die het risico op schulden vergroten. In deze gevallen zijn de psychische klachten dus niet het gevolg van schulden, maar zijn de schulden (in elk geval deels) het gevolg van psychische klachten. De voorbeelden die hij noemt zijn:

- Vermijdingsgedrag (net doen alsof problemen niet bestaan, post niet meer openen, waardoor de financiële problemen erger worden)
- Mensen met impulsief gedrag;
- Mensen met manies. In manische buien, zijn er soms mensen die veel geld uitgeven. Bij een gedwongen opname (alleen mogelijk als mensen tegen zichzelf beschermd moeten worden), moeten mensen ook hun creditcard inleveren, zodat ze geen online impulsaankopen kunnen doen.
- Mensen met psychoses, waardoor die zichzelf (en dus ook hun financiële situatie) verwaarlozen.

“Je kunt mensen wel helpen met hun angsten en daar anders mee leren omgaan, maar als de angsten heel reëel zijn, bijv. als je geen geld hebt om eten te kopen, ja, dan is het heel lastig om te ontspannen en je beter te voelen.”

“Sommige mensen gaan van zorgtraject naar zorgtraject, maar krijgen het voor zichzelf nooit echt goed georganiseerd. Over deze groep maak ik mij zorgen.”

6.3 Andere belemmerende factoren bij de behandeling

Naast schulden, is in de interviews gevraagd of er andere belemmerende factoren spelen bij de behandeling van psychiatrische stoornissen. Hierbij zijn genoemd: problemen op het werk, geen vaste structuur in het leven, problemen in het gezin of met de kinderen, werkconflicten, juridische procedures en een slechte of onzekere huisvestings situatie. Dat zijn vaak omstandigheden die van invloed kunnen zijn op iemand klachten en die de behandeling niet ten goede komen. Als iemand bijvoorbeeld geen stabiele woonplek heeft, dan heeft dat vaak ook flinke impact op de behandeling van de psychiatrische stoornis.

De vicieuze cirkel bij verslavingen. De psychologe van het FACT-team die is geïnterviewd geeft aan over mensen met een verslaving: “Mensen die heel gestrest zijn, bijvoorbeeld door schulden, gaan vaak ook weer meer gebruiken. Dan kom je in zo’n gebruikerscirkel. Doordat ze meer gaan gebruiken, maken ze ook weer meer schulden. Dat is een heel moeilijk doorbreekbare cirkel. Vroeger was het zo dat wanneer iemand depressief was en ook verslaafd, je eerst iemand naar de verslavingszorg stuurde. En daarna pas ging behandelen voor de depressie. Want depressies kunnen verdwijnen als mensen stoppen met gebruiken. Maar dat werkte niet goed. Nu zijn de verslavingszorg en de depressiezorg beter gaan samenwerken. Dat werkt veel beter.”

6.4 Effecten van het wegnemen van de schulden op de behandeling van een lichte enkelvoudige psychiatrische stoornis

Afkopen op de schulden heeft volgens behandelaren waarschijnlijk positieve impact op de behandeling, maar dat verschilt waarschijnlijk per diagnose. De meeste behandelaren geven ons terug dat ze verwachten dat het afkopen van schulden bij mensen met schulden én een enkelvoudige psychiatrische stoornis als een depressie of angststoornis, de behandeling van die stoornis ten goede zal komen. Dit wordt met name benoemd vanwege de druk en de stress die het hebben van de schulden met zich meebrengt en de mentale ruimte die ontstaat. Voor sommige cliënten zal het wegnemen van de schulden (een groot deel van) de psychiatrische stoornis en aanverwante problemen kunnen oplossen. Echter, dat zal volgens de geïnterviewde behandelaren zeker niet voor alle stoornissen gelden. Het betreft bovendien een inschatting van de behandelaren, waarvoor er geen harde bewijzen zijn.

Sommige cliënten kunnen niet altijd goed de gevolgen van hun gedrag overzien, bijvoorbeeld als er sprake is van een Foetaal Alcohol syndroom (FAS), of wanneer iemand last heeft van een bipolaire stoornis (met manische perioden), bij sommige vormen van autisme, of bij mensen die psychosegevoelig zijn. Bij dit soort patiënten verwachten behandelaren niet specifiek een verbetering van de behandeling bij het afkopen van schulden. En is er een reëel risico dat schulden weer opnieuw ontstaan. Een deel van deze mensen zijn gebaat bij een bewindvoerder of curator, waarmee hun financiële situatie stabiel blijft.

Daarom zijn ook niet alle geïnterviewde behandelaren enthousiast over het zomaar afkopen van schulden bij mensen met psychiatrische klachten. Sommigen geven aan dat het ook goed is als mensen

Pilot GGZ en schulden

geconfronteerd worden met de negatieve effecten van bepaald gedrag. Dat kan ook de stimulans zijn om te werken aan betere copingmechanismen. Tegelijkertijd kan het wegnemen van schulden stressverminderend werken en daardoor bijdragen aan de ruimte in iemand hoofd om met therapie en behandeling aan de slag te gaan. Maar het zou idealiter echt maatwerk moeten zijn om te bepalen bij wie het een positief of juist een negatief effect zou hebben op de behandeling.

Samenwerking tussen organisaties of in een multidisciplinair team is van belang bij maatwerk. Deze beoordeling van maatwerk (bij wie heeft het afkopen van schulden zin en op welk moment in de behandeling?) is idealiter een samenwerking in een multidisciplinair team, waarin zowel GGZ-expertise zit als expertise op het vlak van schuldhulpverlening. Dit is in sommige FACT-Teams het geval, maar deze teams richten zich alleen op mensen met een ernstige psychiatrische aandoening in combinatie met problemen op andere levensterreinen. Van een dergelijke multidisciplinaire samenwerking is geen sprake bij de behandeling van lichtere psychiatrische aandoeningen. Eén van de psychiaters: “Dan kun je gezamenlijk in het team (ieder vanuit zijn/haar eigen expertise) ook bekijken wat het beste moment is om bijvoorbeeld bepaalde activeringsdoelen te stellen.”

6.5 Besparing op de zorgkosten

De meeste behandelaren geven ons terug dat ze verwachten dat er minder GGZ behandelingen nodig zullen zijn wanneer de schulden bij mensen worden weggenomen, maar dit zijn inschattingen. De behandelaren verschillen van mening over of er voorwaarden zouden moeten zitten aan het afkopen van de schulden, om het kostenbesparend te laten zijn. De voorwaarden die zijn genoemd zijn door de geïnterviewde behandelaren zijn:

- Er is redelijke consensus dat de toepassing van het afkopen van schulden afhankelijk zou moeten zijn van het type diagnose en dat er bepaalde stoornissen zijn (zoals bipolaire stoornissen) waar het risico op nieuwe schulden groot is. Deze mensen zijn meer gebaat bij een bewindvoerder of curator.
- Zorgen dat er persoonlijk contact blijft en er wordt gewerkt aan motivatie en kennis en vaardigheden om geen nieuwe schulden te krijgen. Een goede diagnose van de onderliggende oorzaken van de schulden is hierbij van belang.
- Dat mensen hulp aanvaarden bij het verbeteren van zowel hun psychische klachten als bij hun sociale omstandigheden, die nodig zijn om niet meer in de schulden te komen. Denk bijvoorbeeld aan het hulp accepteren bij het zoeken naar een baan.

Eén van de geïnterviewden wil juist geen voorwaarden stellen aan het afkopen van schulden. Zij vindt dat het stellen van voorwaarden mensen minder autonoom maakt en als een kleuter behandelt. Ze vertrouwt er op dat de meeste mensen wel leren van hun situatie en niet zo snel opnieuw weer schulden zullen maken.

“De meeste mensen met schulden hebben een probleem... met drugs, of dat ze ’t niet snappen, of bijv. een depressie. En de wegen om het op te lossen zijn zó ingewikkeld. Daar komen ze vaak niet uit. Dus het

gewoon kwijtschelden, dat vind ik een heel goed idee.
De behandelaren kosten ook gewoon veel geld.”

“Huisartsen sturen misschien te snel door naar de psycholoog als mensen een beetje somber zijn. Ik denk dat er met hulp vanuit het sociale domein met deze mensen al veel winst te behalen is.”

6.6 Een betere samenwerking tussen schuldhulpverleners en behandelaren in de GGZ

Meer samenwerking is zinvol. Er is consensus bij de geïnterviewde behandelaren dat meer samenwerking tussen GGZ en maatschappelijk werk/schuldhulpverlening zinvol zou zijn. De mate van samenwerking die men noemt als wenselijk varieert. De volgende voorbeelden zijn genoemd: het kunnen doorverwijzen naar schuldhulpverlening op basis van een brochure, een maatschappelijk werker of schuldhulpverlener in het pand hebben van de GGZ-instelling, tot ook samen de behandeling doen van een patiënt in een multidisciplinair team.

Twee van de zes behandelaren gaven spontaan aan dat huisartsen misschien ook sommige mensen te snel doorsturen naar een psycholoog, terwijl er onderliggende omstandigheden kunnen zijn, waaronder schulden, waardoor de psychische klachten zijn ontstaan. Zeker gezien de huidige wachtlijsten in de GGZ, zou het daarom volgens hen de moeite kunnen lonen om bij mensen die zich melden bij de GGZ, eerst te bekijken welke aanpalende problemen er spelen (schulden, maar bijvoorbeeld ook problemen op het vlak van wonen, werken en sociale contacten) om te zien welke verbeteringen er op dit vlak gerealiseerd kunnen worden. Een dergelijk initiatief loopt al in Brabant, bij GGZ Breburg. Daar zijn mentale herstelcentra die, zodra iemand op de wachtlijst belandt, kijken welke problemen er allemaal spelen. In samenwerking met andere instanties proberen ze een patiënt bijvoorbeeld aan een baan te helpen (Waarlo, 2021). Een ander voorbeeld is de verzorggroep in Winschoten: een initiatief van GGZ-instelling Lentis en Sociaal Werk Oldambt. Deze groep wordt geleid door een maatschappelijk werker en ervaringsdeskundigen (Dagblad van het Noorden, 2021).

6.7 Conclusies volgens GGZ-psychologen en psychiaters

De meeste behandelaren geven aan dat zij verschillen merken in de behandeling van cliënten mét en zonder schulden. Deze verschillen hebben vooral te maken met: ruimte en overzicht tijdens gesprekken, het nakomen afspraken, het maken van huiswerkopdrachten, het kunnen opbrengen van het eigen risico door de cliënt en de problemen die het hebben van schulden met zich meebrengt voor de kosten van reizen en de aanschaf van materialen. Tot slot noemen ze het hogere risico op uitval.

Effect van afkopen schulden verschilt waarschijnlijk per cliënt. De meeste behandelaren geven aan dat ze verwachten dat het afkopen van schulden bij mensen met een enkelvoudige psychiatrische stoornis als een depressie- of angststoornis, de behandeling van die stoornis ten goede zal komen. Dit wordt met

name benoemd vanwege de druk en de stress die het hebben van de schulden met zich meebrengt en de mentale ruimte die ontstaat als er geen schulden meer zijn. De meeste behandelaars geven aan dat ze verwachten dat er minder GGZ behandelingen nodig zullen zijn wanneer de schulden bij mensen worden weggenomen. Zowel het effect van het afkopen van schulden op de inhoud van de behandeling als op het aantal sessies (en dus de kosten), betreft een inschatting van de behandelaars. Recent onderzoek van het CPB levert hiervoor overigens wel ondersteunend bewijs voor (Roos, Diepstraten & Douven, 2021). Bovendien verwachten ze deze effecten niet bij alle cliënten met schulden. Bij sommige psychiatrische stoornissen is er volgens de behandelaars een reëel risico dat schulden, nadat deze zijn afgekocht, weer opnieuw ontstaan doordat cliënten als gevolg van hun stoornis niet goed de gevolgen van hun gedrag overzien. In deze gevallen verwachten behandelaars geen verbetering van de behandeling als gevolg van het afkopen van schulden. De volgende voorbeelden zijn genoemd: Foetaal Alcoholyndroom (FAS), bipolaire stoornis, bij sommige vormen van autisme, of bij mensen die psychosegevoelig zijn. Daarom zijn niet alle geïnterviewde behandelaars enthousiast over het zomaar afkopen van schulden bij alle mensen met psychiatrische klachten. Goede criteria voor een selectie vooraf zijn nodig of er moet per cliënt overlegd worden tussen de behandelaar en schuldhulpverlening over het nut van het afkopen van schulden voor de betreffende cliënt.

Meer samenwerking is zinvol. Er lijkt in zijn algemeenheid nog weinig sprake van samenwerking tussen GGZ-instellingen en schuldhulpverlening/maatschappelijk werk. Er is daarom consensus bij de geïnterviewde behandelaars dat meer samenwerking zinvol zou zijn. De mate en manier van samenwerking die men noemt als wenselijk varieert.

7. Beschouwing, verbeterpunten en aanbevelingen

In dit hoofdstuk vatten we op basis van de vorige hoofdstukken de belangrijkste informatie samen en formuleren we de verbeterpunten en aanbevelingen.

7.1 Bereiken van de doelen van de pilot

Invloed van snel afkopen van schulden op psychische gezondheid

De invloed van het snel wegnemen van schulden op de psychische gezondheid lijkt positief, zowel volgens cliënten zelf, als volgens de schuldhulpverleners. Veel cliënten geven aan dat het wegnemen van de schulden ruimte heeft gegeven en stressverlagend heeft gewerkt. Mensen geven verder aan dat ze ballast kwijt zijn, dat het zorgde voor opluchting, voor meer hoop en meer rust, waardoor er voor sommigen ook meer ruimte is om nieuwe dingen op te pakken. Sommige mensen hebben direct ook al minder last van psychische klachten, zoals stress en slaapproblemen. Sommige mensen hebben echter nog steeds andere problemen waardoor ze grote zorgen hebben en soms voelen mensen dat er opluchting gaat komen, maar is deze er nu nog niet, doordat er nog veel stress in het lijf wordt ervaren door de overlevingsstand waar mensen lang in hebben gezeten.

Effect van snel afkopen schulden op behandeling van psychische klachten

De vraag over het effect van het wegnemen van de schulden op de behandeling, is gesteld aan cliënten zelf. Maar doordat de interviews vaak relatief kort op het afkopen van de schulden waren gepland konden de meeste cliënten (nog) niet altijd goed aangeven wat volgens hun de impact was van het schuldenvrij zijn op de behandeling van hun klachten. Bovendien is uit de resultaten geen eenduidig beeld te halen. Eén man met een bipolaire stoornis vertelt ons dat hij een groot effect merkt. De gesprekken waren volgens hem tijdens de periode van schulden frequenter en inhoudelijk zwaarder. Tijdens de gesprekken ging het vaak over de financiën, de negativiteit die het meebracht, het niet mee kunnen doen met de maatschappij, het terugtrekken van sociale activiteiten en angst om een dreigend faillissement. Nu heeft hij minder vaak gesprekken (één keer per maand i.p.v. één keer per tweeënhalve week) en zijn deze minder zwaar. Een andere man geeft aan dat hij een maand geleden heeft kunnen stoppen met zijn medicatie die hij kreeg voor zijn bipolaire stoornis. Twee mensen geven aan juist nu een behandeling te willen gaan starten. Een ander geeft aan dat het traject is afgerond: “de behandeling is niet over, maar het geld is op.”

De schuldhulpverleners hebben de indruk dat er door het wegwerken van de schulden meer rust en ruimte is bij cliënten om aan hun GGZ problematiek te werken. Cliënten geven bij hen aan dat ze het fijn vinden om eerst de schulden af te lossen om daarna, met meer ruimte in het hoofd, in behandeling te gaan voor de psychische problemen. Ook geven de schuldhulpverleners aan dat cliënten waarschijnlijk veel beter aan hun behandeling kunnen werken “als ze niet elke dag een deurwaarder aan de deur hebben.” Bij de cliënten uit de pilot die nu in het nazorgtraject zitten wordt opgemerkt dat een bron van stress is weggefallen, dingen die worden besproken beter aankomen en meer dingen zelf worden opgepakt.

Idealiter hadden we ook van de betrokken GGZ-behandelaren gehoord wat volgens hen het effect is geweest van het afkopen van schulden op de behandeling, een belangrijke vraag in het onderzoek. Maar omdat slechts één van de geïnterviewde cliënten toestemming heeft gegeven om contact op te nemen met

haar of zijn behandelaar, hebben we geen beeld kunnen krijgen van het daadwerkelijke effect op basis van de ervaringen van behandelaren.

Maatschappelijke impact

Voor deelnemers aan de pilot was het schuldhulpverleningstraject sneller afgerond. Gemiddeld konden er veel sneller afspraken met schuldeisers worden gemaakt, namelijk binnen 12 weken (de range was 7-21 weken). Ter vergelijking: in het reguliere traject is de richtlijn 17 weken, maar dit wordt niet altijd gehaald. Een schuldhulpverleningstraject kost gemiddeld ongeveer 1.500 – 2.000 euro per jaar, afhankelijk van de intensiteit van de begeleiding en de complexiteit van de schuldenlast, zo geeft sr. schuldhulpverlener Paul Welzenis aan. Daarop lijkt te kunnen worden bespaard. We kunnen niet precies zeggen hoe de behandeling van de cliënten uit de pilot gaat verlopen, maar wanneer een kortere behandeling nodig gaat zijn en mensen eerder van hun psychische klachten af zijn, dan scheelt dit uiteraard in de zorgkosten. De meeste behandelaren geven ons terug dat ze verwachten dat er minder GGZ behandelingen nodig zullen zijn wanneer schulden bij mensen worden weggenomen, maar dit geldt volgens hen niet voor alle cliënten met schulden die een GGZ-behandeling volgen.

7.2 Effecten van schulden op behandeling van psychiatrische stoornissen

Uit de interviews met psychologen en psychiaters die niet verbonden zijn aan de pilot in Amstelveen over de behandeling van mensen met schulden, is aanvullende informatie naar voren gekomen over het effect van het hebben van schulden op de behandeling. Zo kan volgens hen het geldgebrek bij mensen met schulden, het activeren van mensen in de weg staan, bijvoorbeeld bij mensen met een depressie of angststoornis. Hiermee bedoelen de behandelaren dat ze deze cliënten willen stimuleren om actief te zijn buitenshuis en ontspanning te zoeken. Maar omdat leuke dingen doen of reizen vrijwel altijd geld kost voor de cliënt, is dit voor hen een knelpunt in de behandeling.

Ook komt het voor dat cliënten überhaupt niet aan een specifieke behandeling kunnen deelnemen wanneer er naar een locatie moet worden gereisd en cliënten de reiskosten niet kunnen betalen. Ook de aanschaf van materialen, zoals (werk)boeken, levert soms problemen op waardoor mensen met schulden niet een optimale behandeling kunnen krijgen.

Verder is door één behandelaar aangegeven dat cliënten soms een (vervolg)behandeling laten zitten omdat ze het eigen risico niet kunnen betalen. Maar vaak is het volgens deze behandelaar zo dat het eigen risico al gebruikt is, doordat cliënten ook andere zorg gebruiken.

7.3 Toegang tot de GGZ voor mensen met schulden

Hoewel dit niet de focus was van dit onderzoek, blijkt uit deze pilot dat de toegang tot de GGZ voor cliënten met schulden niet laagdrempelig is. Behandeling voor psychische klachten is niet altijd mogelijk als iemand is aangemeld als wanbetaler bij het CAK. Afhankelijk van je zorgverzekering, kan het zijn dat iemand vanuit de verzekering niet bij elke psycholoog of psychiater alles vergoed krijgt, waardoor ook zelf een deel van de behandeling betaald moet worden. Maar mensen die in de Regeling Wanbetaler zitten vanwege betalingsachterstand op hun zorgpremie, kunnen niet switchen van zorgverzekering voordat hun schuld is afgelost (Zorgwijzer, 2021).

Verder betaal je bij psychologische zorg vanuit de basis-GGZ of gespecialiseerde GGZ het wettelijke verplichte eigen risico van 385 euro. Ook dat is natuurlijk een drempel voor mensen met schulden. Er kan wel een vergoeding aangevraagd worden bij de gemeente Amstelveen (en een aantal andere gemeenten)

Pilot GGZ en schulden

om het eigen risico te betalen, maar dat is niet bij iedereen bekend en het vergt extra administratieve inspanningen van de betrokkenen.

Per 1 januari 2022 is er een wijziging ingegaan die de drempels voor de toegang tot de GGZ voor mensen met schulden waarschijnlijk verder zal vergroten. In de nieuwe GGZ-financiering gaat men uit van prestaties en worden sneller facturen verstuurd waardoor cliënten niet alleen in het startjaar van hun behandeling, maar elk jaar zelf een deel van de behandeling moeten betalen vanuit het eigen risico (NVVP, 2021).

7.4 Verbeterpunten in opzet en uitvoering van de pilot

Op basis van alle informatie die we hebben verzameld, schetsen we in deze paragraaf mogelijke verbeterpunten.

Risico op terugkeer van schulden: betere selectie van cliënten

De belangrijkste kanttekening bij de uitvoering van de pilot is het risico op de terugkeer van schulden. Het zou kunnen dat iemand na het afkopen van de schulden opnieuw in de schulden terechtkomt. Bij de selectie van cliënten zou het wenselijk zijn om, op basis van een analyse van het ontstaan van de schuldensituatie en de financiële (zelf)redzaamheid, een inschatting te maken van dit risico. Voor een nieuwe pilot zou hiervoor een methodiek ontwikkeld of van elders gehaald moeten worden. Een mogelijkheid zou zijn om gebruik te maken van het screeningsinstrument Mesis (2021a).

Bij ongeveer de helft van de 10 cliënten in de pilot die we hebben gesproken waren er al psychische problemen voordat de schuldensituatie ontstond. Deze hadden last van een bipolaire stoornis, middelenverslaving, een trauma vanwege een vechtscheiding en het overlijden van twee dierbaren, ADD/ADHD, een slaapstoornis en/of een depressie. Bij de andere helft van de cliënten zijn de psychische problemen volgens hen zelf ontstaan (mede) door de schuldensituatie. Deze cliënten rapporteerden een depressie, suïcidale gedachten of een burn-out te hebben gekregen, soms in combinatie met paniekaanvallen.

Je mag misschien verwachten dat het risico op terugkeer van schulden bij de groep waarbij de psychische klachten het gevolg zijn van de schuldensituatie, lager zal zijn dan bij de groep die al psychische problemen had voordat de schulden ontstonden. Maar harde uitspraken hierover kunnen we op basis van dit onderzoek hierover niet doen. Bovendien is in praktijk niet altijd oorzaak en gevolg van de relatie tussen schulden en psychische klachten uit elkaar te houden. Bij een eventuele nieuwe pilot zou het – om hier meer zicht op te krijgen – van belang zijn deze volgorde bij alle deelnemers vrij precies in kaart te brengen. Ook is het dan van belang de deelnemers langer te volgen, ook na afloop van het wegnemen van de schulden, zodat de relatie tussen het effect van het saneren en de ontwikkeling van de klachten nauwkeuriger in beeld komen en er ook zicht ontstaat op mogelijke terugkeer van schulden.

Er is redelijke consensus bij de geïnterviewde behandelaren dat de toepassing van het afkopen van schulden afhankelijk zou moeten zijn van het type diagnose en dat er bepaalde stoornissen zijn waar het risico op nieuwe schulden erg groot is. Deze mensen moeten dan in elk geval na het afkopen van de schulden onder 'de hoede' komen of blijven van een bewindvoerder of curator.

Begeleiding bij gedragsverandering of bescherming tegen nieuwe schulden

Er moet goed worden nagedacht hoe je mensen wier schulden je in een korte periode afkoopt, vervolgens ondersteunt bij het in balans houden van uitgaven en inkomsten. Soms is daar gedragsverandering voor

Pilot GGZ en schulden

nodig, soms meer ‘technische’ of administratieve ondersteuning. Kunnen of willen zij daaraan hieraan meewerken op het moment dat de schulden er niet meer zijn? Hoe bespreek je dit met de betrokkene? Voor een eventuele volgende pilot is het goed daarvoor een aantal scenario’s uit te werken, waar mogelijk met behulp van deelnemers aan de huidige pilot. Ook behandelaars noemen het belangrijk dat er ook na het afkopen van schulden persoonlijk contact blijft en er wordt gewerkt aan het realiseren van een situatie waarin betrokkenen geen nieuwe schulden meer krijgt. Daarbij gaat het volgens hen niet alleen om het verbeteren van de financiële vaardigheden, maar kan het ook gaan om hulp op andere levensdomeinen, bijvoorbeeld hulp bij het zoeken van een baan of een woning.

Verbeterpunten in samenwerking tussen schuldhulp en GGZ-instellingen In de huidige opzet van de pilot was de samenwerking van de schuldhulpverleners met de GGZ-instellingen vrij beperkt. Eén GGZ-instelling, GGZ InGeest, heeft cliënten aangeleverd aan de afdeling schuldhulpverlening (Balans) voor de pilot, waarvan uiteindelijk één van de vier cliënten is geselecteerd.

De geïnterviewde zes behandelaars (waarvan er één in Amstelveen werkzaam is), vinden dat meer samenwerking tussen GGZ en maatschappelijk werk/schuldhulpverlening zinvol zou zijn. De mate van samenwerking die men wenselijk acht, varieert. De volgende voorbeelden zijn genoemd: het kunnen *doorverwijzen* naar schuldhulpverlening op basis van een brochure, een maatschappelijk werker of schuldhulpverlener in het pand hebben van de GGZ-instelling, tot ‘gezamenlijk de behandeling doen van een patiënt in een multidisciplinair team.’

Een andere optie voor betere samenwerking biedt het knelpunt dat behandelaars nu ervaren in het activeren van cliënten. Dit heeft betrekking op het ontbreken van geld om de reis naar een behandellocatie te kunnen maken, een werkboek aan te kunnen schaffen, maar ook om leuke dingen te kunnen doen of te reizen naar familie of vrienden. Dit kan wellicht in sommige gevallen door de gemeente worden gefinancierd.

De beoordeling bij welke cliënten het afkopen van schulden zin heeft en op welk moment in de behandeling, is volgens behandelaars idealiter een samenwerking in een multidisciplinair team, waarin zowel GGZ-expertise zit als expertise op het vlak van schuldhulpverlening. Eén van de psychiaters: “Dan kun je gezamenlijk in het team (ieder vanuit zijn/haar eigen expertise) ook bekijken wat het beste moment is om bijvoorbeeld bepaalde activeringsdoelen te stellen.” Het is natuurlijk de vraag of deze wens tot multidisciplinaire samenwerking ook aanwezig is bij de GGZ-instellingen in Amstelveen en bij de schuldhulpverlening (Balans). Het lijkt de moeite waard om dit te verkennen.

Vanuit de vele FACT-Teams die er landelijk zijn, is er al veel ervaring opgedaan met multidisciplinaire teams, waarin in sommige regio’s ook schuldhulpverleners zitting hebben. De doelgroep van de FACT-Teams is weliswaar afgebakend tot mensen die een ernstige psychiatrische aandoening hebben in combinatie met problemen op andere levensgebieden (wonen, werken, sociale contacten, financiën etc.), maar ook bij lichtere psychiatrische aandoeningen, is er vaak sprake van een samenloop met problemen op deze levensgebieden waaronder financiën. Dat blijkt ook uit bij de deelnemers aan de pilot in Amstelveen. Daarom is een aanbeveling om best practices op te halen bij FACT-Teams over deze samenwerking tussen schuldhulp en andere disciplines in de FACT-Teams.

Ook kan het interessant zijn om te onderzoeken hoe er omgegaan wordt met het privacy-aspect binnen de FACT-Teams. Uit reeds bestaand onderzoek naar de FACT-teams blijkt dat het probleem van privacy vaak wordt ondervangen doordat de cliënt zelf aanwezig is bij een bespreking met meerdere disciplines (Dijk et al., 2020). Of als dit niet mogelijk is, wordt de situatie anoniem besproken. Uiteraard is het sowieso mogelijk

Pilot GGZ en schulden

om onderling informatie uit te wisselen als cliënten hiervoor vooraf expliciet schriftelijke toestemming geven, nadat ze goed geïnformeerd zijn.

Twee van de zes behandelaren gaven spontaan aan dat huisartsen misschien ook sommige mensen te snel doorsturen naar een psycholoog, terwijl er onderliggende omstandigheden kunnen zijn, waaronder schulden, waardoor de psychische klachten zijn ontstaan. Zeker gezien de huidige wachtlijsten in de GGZ, zou het daarom volgens hen de moeite kunnen lonen om bij mensen die zich melden bij de GGZ, eerst te bekijken welke aanpalende problemen er spelen (schulden, maar bijvoorbeeld ook problemen op het vlak van wonen, werken en sociale contacten) om te zien welke verbeteringen er op dit vlak gerealiseerd kunnen worden. Een dergelijk initiatief loopt al in Brabant, bij GGZ Breburg. Daar zijn mentale herstelcentra die, zodra iemand op de wachtlijst belandt, kijken welke problemen er allemaal spelen. In samenwerking met andere instanties proberen ze een patiënt bijvoorbeeld aan een baan te helpen (Waarlo, 2021). Een ander voorbeeld is de verzorggroep in Winschoten: een initiatief van GGZ-instelling Lentis en Sociaal Werk Oldambt. Deze groep wordt geleid door een maatschappelijk werker en ervaringsdeskundigen (Dagblad van het Noorden, 2021).

7.5 Aanbevelingen voor het vervolg van de pilot

Op basis van alle voorgaande informatie, hebben de onderzoekers de volgende aanbevelingen geformuleerd:

- Herijk (liefst samen met een of meer GGZ-instellingen) voor een vervolgonderzoek de selectiecriteria voor deelname aan de pilot met het snel afkopen van schulden bij cliënten met psychische klachten. Daarbij kan het wenselijk zijn te focussen op de groep mensen waarbij de psychische klachten (vooral) het gevolg lijken te zijn van schulden of life-events. Bij sommige psychiatrische stoornissen is er namelijk een reëel risico dat schulden weer opnieuw ontstaan doordat cliënten niet goed de gevolgen van hun gedrag overzien. In deze gevallen verwachten behandelaren niet specifiek een verbetering van de behandeling bij het afkopen van schulden. De volgende voorbeelden zijn genoemd: Foetaal Alcoholyndroom (FAS), bipolaire stoornis, bij sommige vormen van autisme, of bij mensen die psychosegevoelig zijn.
- Bekijk hoe betrokkenen na het afkopen van de schulden zo ondersteund en/of begeleid moeten worden zodat zij naar vermogen financieel (zelf)redzaam kunnen worden en blijven. Betrek bij het ontwikkelen van deze aanpak(ken) ervaringsdeskundigen, bijvoorbeeld de deelnemers aan de huidige pilot.
- Deel de uitkomsten van deze pilot met de GGZ-instellingen en verken gezamenlijk op welke manier je beter wilt gaan samenwerken. Modellen van samenwerking kunnen zijn: wederzijdse doorverwijzing, spreekuur van schuldhulp op locatie van de GGZ of multidisciplinaire samenwerking. Ook is het een optie om te bezien of het haalbaar is om bij alle aanmeldingen voor GGZ eerst of gelijktijdig te bekijken welke aanpalende problemen er spelen (schulden, maar bijvoorbeeld ook problemen op het vlak van wonen, werken en sociale contacten) om te zien welke verbeteringen er op dit vlak vast gerealiseerd kunnen worden. Maak bij de uitwerking van deze modellen, gebruik van ervaringen elders die voor handen zijn. Zo is voor het verkrijgen van het beeld van de financiële situatie de zogenaamde 'financiële signaallijst' beschikbaar (Mesis, 2021b).
- Verken op welke manier de gemeente financieel zou kunnen bijdragen aan het activeren van cliënten met schulden die in behandeling zijn bij de GGZ.

- Verken welke financiële drempels verlaagd kunnen worden om de instroom van cliënten met schulden in de GGZ die dit nodig hebben, te verbeteren. Denk daarbij bijvoorbeeld aan het vergroten van de bekendheid met de vergoeding van het eigen risico of aan het verhogen van het aantal cliënten met een collectieve zorgverzekering met een goede aanvullende dekking. Wellicht kunnen de GGZ-instellingen hierin ook een rol spelen richting hun cliënten met een laag inkomen.
- Verken op welke manier het proces van schuldsanering versneld en verkort kan worden, ook bij cliënten die niet tot de doelgroep van de pilot behoren.

Bijlage 1: Literatuurlijst

- Babcock, E. (2018). Using brain science to transform human services and increase personal mobility from poverty. *Washington, DC: US Partnership on Mobility from Poverty*.
- Dackehag, M., Ellegård, L. M., Gerdtham, U. G., & Nilsson, T. (2019). Debt and mental health: new insights about the relationship and the importance of the measure of mental health. *European journal of public health, 29*(3), 488-493.
- Dagblad van het Noorden (2021, 8 september). Op de wachtlijst GGZ? Ga alvast aan de slag met 'Voorzorggroep' (Nieuw initiatief tussen Lentis en Sociaal Werk Oldambt). <https://dvhn.nl/groningen/oldambt/Op-de-wachtlijst-GGZ-Ga-alvast-aan-de-slag-met-Voorzorggroep-Nieuw-initiatief-tussen-Lentis-en-Sociaal-Werk-Oldambt-27030450.html>
- Dijk, N., Dr. Jansen, P., Lubbes, E., Loomen, M. (2020). Zorg in de wijk voor mensen met EPA. Bureau HHM.
- Fitch, C., Hamilton, S., Bassett, P., & Davey, R. (2011). The relationship between personal debt and mental health: A systematic review. *Mental Health Review Journal, 16*, 153–166.
- Gathergood, J. (2012). Debt and depression: causal links and social norm effects. *The Economic Journal, 122*(563), 1094-1114.
- GGZInGeest (2021). FACT, ACT, VIP en EDIT. Geraadpleegd op 2-11-2021 van <https://www.ggzingeest.nl/hoer-krijg-ik-hulp/soorten-hulp/fact-act-vip-en-edit/>
- Mentaalbeter.nl (2021). Geraadpleegd op 15-11-2021 van <https://mentaalbeter.nl/faq/wat-is-het-verschil-tussen-psychische-en-psychiatrische-problemen>
- Mesis (2021a). Het screeningsinstrument voor schuldhulpverlening en beschermingsbewind. Geraadpleegd op 16-11-2021 van <https://mesis.nu/>
- Mesis (2021b). Financiële signaallijst. Geraadpleegd op 16-11-2021 van <https://mesis.nu/financiele-signaallijst/>
- Mullainathan, S., & Shafir, E. (2013). *Scarcity: Why having too little means so much*. Macmillan.
- NVVP (2021, 2 september). Grote financiële gevolgen nieuw Zorgprestatiemodel voor ggz-cliënten. Geraadpleegd op 16-11-2021 van <https://www.nvvp.net/website/nieuws/2021/grote-financiele-gevolgen-nieuw-zorgprestatiemodel-voor-ggz-clienten>
- Richardson, T., Elliott, P., & Roberts, R. (2013). The relationship between personal unsecured debt and mental and physical health: a systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review, 33*(8), 1148-1162.
- Roos, A. F., Diepstraten, M., & Douven, R. (2021). *When financials get tough, life gets rough? Problematic debts and ill health* (No. 428. rdf). CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis.
- Ten Have, M., Tuithof, M., Van Dorsselaer, S., De Beurs, D., Jeronimus, B., De Jonge, P., & De Graaf, R. (2021). The Bidirectional Relationship Between Debts and Common Mental Disorders: Results of a longitudinal Population-Based Study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 1-11*.
- van Geuns, R. C., Vos, A., Telli, S., Kruithof, M., & Lako, D. (2018). Saneren aan de voorkant: rapportage over de resultaten van het project bij de vier maatschappelijke dienstverleners SEZO, MaDi Amsterdam Zuidoost en Diemen, CentraM en PuurZuid. Hogeschool van Amsterdam, lectoraat Armoede Interventies.
- Vreugdenhil, S., van Dam, R., van Geuns, R. C., & van der Laan, J. (2014). Uitval of zelfregie?: een onderzoek naar uitval in de schulddienstverlening tussen het eerste en tweede contactmoment. Hogeschool van Amsterdam, lectoraat Armoede Interventies.
- Waarlo, N. (2021, 6 november). Voorzitter GGZ over oplopende wachtlijsten: 'Mentale gezondheid is niet

Pilot GGZ en schulden

alleen ons terrein'. *Volkskrant*. <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/voorzitter-ggz-over-oplopende-wachlijsten-mentale-gezondheid-is-niet-alleen-ons-terrein~b5321150/>
Zorgwijzer (2021). Wat is de regeling wanbetalers? Geraadpleegd op 16-11-2021 van <https://www.zorgwijzer.nl/faq/regeling-wanbetalers>

Bijlage 2: De snelheid van schuldbemiddeling

Een gemiddelde schuldbemiddeling duurt drie jaar. Schuldbemiddeling is een tijd- en kostenslurpend instrument voor schuldhulpverlenende organisaties. Bovendien betekent het dat schuldenaren lang in onzekerheid zitten. Zo blijft gedurende drie jaar de schuld openstaan. Indien de aflossing niet goed loopt, kunnen schuldeisers het incassotraject opnieuw opstarten. Dit kan als stressvol worden ervaren. Alle wijzigingen in de inkomsten en in de persoonlijke situatie moet de burger doorgeven. Dit zorgt voor verschillende berekeningen van het vrij te laten bedrag, wat voor verwarring en/of achterstand kan zorgen. Bovendien is een belangrijk nadeel dat deze lange termijn van drie jaar de motivatie van de schuldenaar verlaagt en hierdoor uitval in de hand werkt (Vreugdenhil, van Dam, van Geuns, & van der Laan, 2014).

Ook het voortraject duurt lang. Nu duurt het gemiddeld elf maanden vanaf het moment dat iemand zich meldt bij de gemeente totdat diegene kan beginnen met het driejarige schuldbemiddelingstraject. In de gemeente Amstelveen is dat trouwens wel wat korter, volgens Paul Welzenis, sr. schuldhulpverlener is dat gemiddeld 148 dagen.

Zowel vanuit het perspectief van de schuldenaar als van de schuldhulpverlenende organisaties, wordt er daarom de laatste jaren steeds vaker ingezet op het sneller doorlopen van het proces. Daarbij richt men zich zowel op de lengte van het voortraject als de duur van de schuldbemiddelingsperiode zelf.

Saneren aan de voorkant

Een goed voorbeeld van verkorting van het voortraject is het project 'saneren aan de voorkant' dat in 2018 is uitgevoerd in Amsterdam door vier maatschappelijk dienstverleners deel, te weten SEZO, MaDiZo, CentraM en PuurZuid (van Geuns, Vos, Telli, Kruithof, & Lako, 2018). Het doel was dat schuldenaren uiterlijk drie maanden na aanmelding bij een maatschappelijk dienstverlener in een saneringstraject zouden zitten. Dit project is onderzocht door de Hogeschool van Amsterdam. De uitvoerders van dit project hebben deze aanpak als zeer succesvol ervaren. Men was het erover eens dat dit 'versnelde' traject de gewenste inrichting van een schuldhulpverleningstraject is en een grote groep klanten bedient. Klanten in het versnelde traject zijn meer bereid mee te werken, hebben meer hoop en zien ook sneller het nut van maatschappelijk werk in om ook andere leefgebieden aan te pakken. Schulden worden veel sneller in kaart gebracht, wat klanten eerder dan in het reguliere traject het gevoel geeft dat ze grip op de situatie hebben. Ook geeft men aan dat het voor schuldhulpverleners een efficiëntere manier is om de uren in te zetten. Men investeerde aan het begin van het traject meer uren, waardoor afspraken korter op elkaar gepland werden, klanten beter werden vastgehouden en geen sprake hoeft te zijn van het 'uitsmeren' van de uren. Uitvoerders bouwden zo sneller een band met de klant op en dat wordt als een zeer positief resultaat beschouwd. Ook de deelnemers aan dit project waardeerden de snelheid. Een snelle reactie van de schuldhulpverlener, snel een brief van de schuldhulpverlening ontvangen, meteen een nieuwe afspraak maken, snel met een cursus kunnen starten. De klanten ervaren dit als positief.

Uitvoerders merken overigens ook in deze nieuwe snellere werkwijze op dat er nog steeds klanten uitvallen en dat nader onderzoek nodig is dat zich specifiek richt op deze 'uitvallers'. Klanten lijken soms wel de noodzaak tot saneren te voelen, maar (nog) niet per se tot gedragsverandering. Wanneer de stukken zijn opgestuurd en de aanvraag is gedaan, blijkt een beperkt aantal klanten niet meer op te komen dagen.

Het Schuldenknooppunt en collectief Schuldregelen

Pilot GGZ en schulden

Volgens de richtlijnen van de NVVK staat er vier maanden, oftewel 120 dagen, voor het komen tot een schuldregeling. Soms duurt dit echter wel twee of drie keer zo lang. Eén van de oorzaken is dat schuldhulpverleners en schuldeisers op veel verschillende manieren met elkaar communiceren: per brief, e-mail, via Excel-sheets of via een webportaal waarop schuldhulpverleners moeten inloggen. Ook stellen schuldeisers verschillende eisen aan schuldhulpverleners en vice versa.

Het Schuldenknooppunt is een landelijke centrale digitale voorziening voor gestandaardiseerd berichtenverkeer tussen schuldhulpverleners en schuldeisers die deze manier van werken gaat verbeteren. Er zijn hierdoor minder handmatige handelingen nodig. Dit maakt schuldregelen sneller en efficiënter en er is minder ruimte voor fouten. Als alle schuldeisers en schuldhulpverleners aansluiten op het Schuldenknooppunt is in principe schuldregelen binnen drie weken mogelijk. Het Schuldenknooppunt is gestart als initiatief van de NVVK en wordt ondersteund door de VNG. Op dit moment is 26,7% van alle Nederlandse gemeenten aangesloten op het Schuldenknooppunt⁹.

Het Schuldenknooppunt is onderdeel van het NVVK-arrangement, drie initiatieven voor versnelling van de schuldhulpverlening. De andere 2 zijn het inzetten van Saneringskredieten waardoor mensen met problematische schulden uiteindelijk maar één schuldeiser (meestal de gemeentelijke of bovenregionale kredietbank) hebben en het Collectief Schuldregelen.

Collectief Schuldregelen versnelt en vergemakkelijkt het tot stand brengen van minnelijke schuldregelingen. Met deze werkwijze geven schuldeisers vooraf akkoord op betaalvoorstellen, die bestaan uit Saneringskredieten, en handelen dossiers collectief af. Daarnaast ontvangen klanten een vorm van budgetbegeleiding. Collectief Schuldregelen zorgt voor snellere doorlooptijden en minder rompslomp bij gemeenten en schuldeisers. Het Schuldenknooppunt ondersteunt de werkwijze van Collectief Schuldregelen. Het is zo ingericht dat schuldeisers bij de saldo-opgave kunnen aangeven vooraf akkoord te gaan met de aangeboden regeling. Als er een akkoord is bereikt, krijgen de schuldeisers via het Schuldenknooppunt alle informatie voor de interne administratieve afhandeling, zoals het afkooppercentage. Collectief Schuldregelen begon in 2018 in Den Haag en Amsterdam. Sinds najaar 2020 voert de NVVK de regie over Collectief Schuldregelen. Inmiddels zijn ruim 80 gemeenten bezig met collectief schuldregelen of in voorbereiding op deze werkwijze (<https://www.nvbk.nl/thema/collectief-schuldregelen>).

⁹ De stand van zaken rondom aangesloten partijen is te vinden op <https://schuldenknooppunt.nl/deelnemers/>