

Dubbele diagnoses: Geen gescheiden werelden

Author(s)

Pater, Kim; Sprangers, Noëlle; Tol, Samanta; Voss, Mara; Rözer, Jesper

DOI

[10.1007/s12459-024-2019-5](https://doi.org/10.1007/s12459-024-2019-5)

Publication date

2024

Document Version

Final published version

Published in

Vakblad Sociaal Werk

[Link to publication](#)**Citation for published version (APA):**

Pater, K., Sprangers, N., Tol, S., Voss, M., & Rözer, J. (2024). Dubbele diagnoses: Geen gescheiden werelden. *Vakblad Sociaal Werk*, 2024(5), 27-28. <https://doi.org/10.1007/s12459-024-2019-5>

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>, 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.

Dubbele diagnoses

Geen gescheiden werelden

Door Kim Pater, Noëlle Sprangers & Samanta Tol

Bijna de helft van de cliënten in de gehandicaptenzorg zou ook een ggz-diagnose moeten hebben en omgekeerd. Toch krijgt in de praktijk maar een klein aantal cliënten zo'n dubbele diagnose. Financiële prikkels spelen daarbij een rol. Tijd om de grenzen tussen de vgz en de ggz op te heffen, vinden drie studenten Social Work.

Als drie (aankomend) sociaal werkers werkzaam bij verschillende organisaties in zowel de geestelijke gezondheidszorg (ggz) als de verstandelijke gehandicaptenzorg (vgz), krijgen wij dagelijks te maken met mensen die zowel een verstandelijke beperking als een psychiatrische aandoening hebben, en voor wie het in de praktijk lastig blijkt om de juiste zorg te realiseren. Het individu mag dan bestaan uit een verscheidenheid aan eigenschappen, wij zien dat binnen het hedendaagse zorglandschap de vgz en ggz nog veelal gescheiden sectoren zijn. In de praktijk resulteert deze scheiding tussen sectoren in veel uitdagingen voor zowel onze cliënten als onszelf als professionals. Soms voelt het alsof we onze cliënten in hokjes moeten plaatsen.

Door het ontbreken van een volledige diagnose blijft de juiste behandeling vaak uit. Behandelaren denken bijvoorbeeld dat de doelgroep in de andere sector thuishoort. Zo schuift een psychiater vaak de persoon met een beperking door naar de vgz, omdat deze niet bij een behandeling in de ggz past. Andersom gebeurt hetzelfde. Eenmaal geplaatst zien wij dat de hulp alsnog vaak eenzijdig is; gericht op enkel de psychiatrische problematiek of de beperking. Daarnaast zien we regelmatig dat mensen met psychiatrische problemen en een verstandelijke beperking niet goed op woongroepen

passen, waardoor zij relatief vaak verhuizen en een veilige woonomgeving uitblijft. Dat geeft ons als sociaal werkers een machteloos gevoel. Typerend is de situatie van een oud-cliënt: 'Dave'. Hij is in de twintig, kampte met een cannabisverslaving, had geen werk en evenmin een sociaal of betrokken netwerk. Er waren vermoedens van een licht verstandelijke beperking (lvb). Dave vertoonde veel agressie, wat mede de reden was dat de vgz hem niet 'wilde hebben'. Ggz-instellingen beargumenteerden vanwege het vermoeden van een lvb echter dat het hen ontbrak aan benodigd 'specialisme'. Dave is nu al enige tijd dakloos en mijdt zorg. Door agressie-incidenten is hij herhaaldelijk opgepakt door de politie, waardoor hij in een vicieuze cirkel is beland.

Meer dan we dachten

Onze gedeelde frustraties vormden aanleiding om hier voor onze deeltijdstudie Social Work onderzoek naar te doen. Uit een literatuurverkenning bleek de omvang van het probleem. Ongeveer 45 procent van de vgz-cliënten heeft te maken met ggz-klachten. Dit zijn mensen met 'dubbele diagnoses', waarbij ggz-klachten verreweg het meeste voorkomen in combinatie met een (licht) verstandelijke beperking (Van den Poel 2017), terwijl ongeveer 40 procent van de personen in de specialistische ggz een licht verstandelijke beperking heeft (Nieuwenhuis, 2022). Op long-stay afdelingen

en binnen intensieve behandeltrajecten loopt dit aantal zelfs op naar 60 procent. Verrassend, gezien het feit dat maar een klein aantal cliënten in de praktijk daadwerkelijk een dubbele diagnose krijgt. Om het probleem nog beter te begrijpen, hebben wij onze collega's in de vgz en de ggz geïnterviewd. Zij gaven aan dat zij een overlap in diagnoses als ingewikkeld ervaren. Zij uitten hun zorgen over de kwaliteit van de ondersteuning en zetten vraagtekens bij hun capaciteiten.

Zo vroeg een collega zich af: 'Zijn wij hier wel bekwaam genoeg voor? Waarom is dit niet eerder met het team besproken?' (cliëntbegeleider vgz).

Daarnaast gaven verschillende collega's aan zich onveilig te voelen omdat zij handvatten missen bij agressie die voortkomt vanuit een voor hen onbekend ziektebeeld. Hierbij voelen zij zich vaak niet gesteund door de organisatie, met als gevolg burn-out klachten en verloop. Met name één collega was hier heel open over: 'Eigenlijk heb ik mij niet gesteund gevoeld en niet veilig of beschermd gevoeld. Daardoor kwam ik zelf in een burn-out terecht' (Persoonlijk begeleider, vgz).

Cliënten als kostenplaatjes

Waar wij ons tijdens ons onderzoek vooral druk om hebben gemaakt, is de indruk dat financiële prikkels ervoor zorgen dat cliënten met een dubbele diagnose niet de juiste behandeling krijgen. Het stellen van een diagnose is namelijk bepalend voor de zorgindicatie en de bijkomende financiering. Dit betekent dat dubbele diagnoses voor zorgverzekeraars extra kosten opleveren. Daarom, zo is onze indruk, hebben zorgorganisaties liever cliënten met een vgz-indicatie dan een ggz-indicatie. Zoals een collega aangaf: 'Die vgz-indicatie is levenslang en levert veel geld op. Dan ga je niet zeggen: o, die indicatie klopt niet, we leveren hem in en we kiezen voor iets anders wat minder geld oplevert' (manager vgz).

Deze dynamiek beïnvloedt ook op microniveau de relatie tussen de medewerkers en de cliënt. Naast het feit dat het hokjesdenken ons in materieel opzicht beperkt, nodigt het ons en onze collega's niet uit om cliënten en hun problematiek holistisch te benaderen. Dat is een groot gemis.

Dat de vgz- en de ggz-sector gescheiden zijn, terwijl de doelgroep vaak in beide tegelijk past, is een vanzelfsprekendheid die wij willen bevragen. Ook binnen onze studie zien wij deze vanzelfsprekendheid terug. Zo kan je kiezen uit verschillende profielen, waarmee je je specialiseert tot begeleider van (met name) één specifieke doelgroep. Ook onze collega's uitten de wens om de sectoren minder te scheiden en bij het zoeken van perso-

neel niet eenzijdige kennis in huis te halen. 'Daar moet dan scholing voor komen, want als de teams op die manier zorg op maat moeten gaan geven, ja, dan moet daar kennis van zijn' (regieverpleegkundige, ggz). 'Als de doelgroep zo verandert in de toekomst, denk ik dat er bij de opleidingen veel meer tijd voor dit soort casuïstiek moet worden ingepland' (cliëntbegeleider, vgz).

Echte samenwerking

Toch kregen wij ook veel positieve geluiden te horen over mogelijke samenwerking tussen de sectoren. Het samenbrengen van kennis wordt als een belangrijk middel gezien om betere ondersteuning te kunnen bieden. Een mooi voorbeeld is een instelling die een aparte groep heeft opgericht voor de ondersteuning van mensen met een dubbele diagnose, inclusief bijbehorende specialismes. Wat wij nodig hebben is: afscheid nemen van de vanzelfsprekend dat de ggz en vgz gescheiden sectoren zijn en cliënten zich enkel binnen één hokje kunnen bevinden. Daarvoor is het wenselijk dat er meer naar de professionals op de werkvloer wordt geluisterd en dat cliënten voor vol worden aangezien en minder als kostenplaatje. Kortom: minder schotten, meer kennisdeling en échte samenwerking.

Kim Pater, Noëlle Sprangers en Samanta Tol zijn jonge, bevlogen professionals in de vgz en ggz én tweedejaars deeltijdstudenten Social Work aan de Hogeschool van Amsterdam. Voor hun onderzoek naar de problematiek rondom dubbele diagnostiek in de ggz en vgz en ontvingen zij een scriptieprijs. Zij schreven dit artikel in samenwerking met Mara Voss (docent Social Work) en Jesper Rözer (onderzoeker bij het lectoraat Stedelijk Sociaal Werk).

Bronnen

- Neijmeijer, L., Moerdijk, L., Veneberg, G., & Muusse, C. (2010). Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ: Een verkennend onderzoek. Trimbos Instituut.
- Nieuwenhuis, J. (2022). A blind spot? Screening for mild intellectual disabilities and borderline intellectual functioning in psychiatric patients in specialized mental health care in the Netherlands: prevalence and associations. Proefschrift: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Planije, P., Lempes, A., Bransen, E., Zwanenburg, Z., & Kroon, H. (2022). Samenwerking en kennisdeling tussen de verstandelijke gehandicaptenzorg en ggz bij bewoners met psychiatrische problematiek: Inzicht in bevorderende en belemmerende factoren. Trimbos instituut.
- Poel P van den (2019). Gehandicaptenzorg geconfronteerd met toestroom uit ggz. Skipr.

