NIVII(a

VRAGEN OM PROBLEMEN; EEN ONDERZOEK ONDER DE VOLWASSEN CLIËNTEN VAN RIAGG EN AMW

R.D. Friele
P.F.M. Verhaak

NIVEL
Utrecht juni 1991

Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
(NIVEL) Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - telefoon: 030-319946
Bezoekadres: Drieharingstraat 6, Utrecht

Ik leef
uit de hand
van een geleerde.

Hij
is van wit
en hij denkt blauw.

Aan zijn verstand
ontleen ik
mijn wangedrag.

Uit: Jan Arends
Nagelaten gedichten
De Bezige Bij, 1979

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Friele, R.D.

Vragen om problemen : een onderzoek onder de volwassen cliënten van RIAGG en AMW / R.D. Friele, P.F.M. Verhaak.
- Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)
Met lit. opg.
ISBN 90-6905-152-4
Trefw.: AMW : onderzoek / RIAGG : onderzoek / psychosociale hulpverlening : Nederland : onderzoek

Tekstverwerking en correctie Bernadette Kamphuys

INHOUD

VOORWOORD 5
SAMENVATTING 6

1. ACHTERGRONDEN VAN HET ONDERZOEKSPROJECT AMW/RIAGG 11
Inleiding 11
1.1. De aanleiding van het onderzoek AMW/RIAGG 11
1.2. Probleemstelling 13

2. METHODE EN WERKWIJZE VAN HET ONDERZOEK 17
Inleiding 17
2.1. Meetinstrumenten 17
2.2. Meettijdstip 21
2.3. Valideringsonderzoek 22
2.4. Analyse 27
2.5. Onderzoekspopulatie 29
2.6. Respons 30
2.7. Conclusies 31

3. RESULTATEN 33
Inleiding 33
3.1. Beschrijving van de onderzoekspopulatie 34
3.2. Eerdere contacten met hulpverleners 38
3.3. Scores op de screeningslijsten 40
3.4. Analyse van de hulpvraag 44
3.5. Een gecombineerde analyse 54
3.6. Tussentijdse samenvatting van de resultaten 56
3.7. Wat gebeurt er tijdens de intake 59
3.8. De invloed van de huisarts 62
3.9. De invloed van burgerlijke staat op de mate van onwelbevinden 64
3.10. Regionale verschillen 66
3.11. Samenvatting van de resultaten van het onderzoek onder de respondenten van RIAGG en AMW 70

4. DISCUSSIE 73
Inleiding 73
4.1. Representativiteit 73
4.2. Discussie over de meetinstrumenten 75
4.3. Meettijdstip 78

5. CONCLUSIES 81
Inleiding 81
5.1. Beantwoording van de eerste vier onderzoeksvragen 82
5.2. De invloed van de huisarts op de verdeling van cliënten over AMW of RIAGG 85
5.3. Wederzijdse en interne cliëntenstromen 86
5.4. Eerdere contacten met GGZ en AMW 87
5.5. Regionale verschillen 87
5.6. De nota Bouwstenen wordt in de praktijk niet waargemaakt. . . 88
5.7. Een fundamenteel probleem bij het maken van afspraken over de afstemming van de cliëntenpopulaties van RIAGG en AMW . . 89

LITERATUUR 93

BIJLAGEN 97
BIJLAGE 1 EEN CATEGORIEËNSYSTEEM VOOR DE HULPVRAAG 98
BIJLAGE 2 EEN GECOMBINEERDE ANALYSE 101

VOORWOORD

Dit rapport 'Vragen om problemen' is het resultaat van een onderzoek naar de hulpvraag van de volwassen cliënten van RIAGG en AMW. Het onderzoek werd gesubsidieerd door het Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur. Het onderzoek is uitgevoerd in de periode tussen maart 1990 en juni 1991. Aan het onderzoek gaven 366 AMW-cliënten en 296 RIAGG-cliënten hun medewerking. Om deze cliënten te bereiken hebben 53 RIAGG-medewerkers en 60 AMW-medewerkers zich ingezet. Zonder hen zou dit rapport er niet hebben gelegen, waarvoor hartelijk dank.

Het onderzoek werd begeleid door een begeleidingscommissie. De leden van deze commissie leverden vanuit hun specifieke deskundigheid veel en opbouwend commentaar. Deze commissie bestond uit de volgende leden.
Dhr. M.J.A. Berger, stafmedewerker Ver. Provinciaal Platform Zuidholland.
Dhr. Drs. J.P. de Bont, directeur RIAGG Noord Holland.
Dhr. Drs. P. van Eeten, Ministerie van W.V.C., hoofdafdeling eerstelijnszorg.
Dhr. Drs. C.F.A.M. de Kat, Ministerie van W.V.C., hoofdafdeling inhoud van zorg, directie GGB.
Mw. Drs. G. Oosterling, Ministerie van W.V.C., hoofdafdeling GGZ (1990).
Dhr. Drs. P.T. van Splunteren, Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.
Dhr. Drs. G. Ypma, Ministerie van W.V.C., hoofdafdeling eerstelijnszorg.

Het onderzoek is uitgevoerd door Dr. Ir. R.D. Friele.
De projectleiding berustte bij Dr. P.F.M. Verhaak.

SAMENVATTING

In dit rapport wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de hulpvragen van cliënten van het AMW en de RIAGG. Beide instellingen bieden hulp bij psychosociale problemen. Beide instellingen werken ambulant. Het AMW is een eerstelijns-voorziening, de RIAGG is een tweedelijns-voorziening. In 1987 werden in de nota Bouwstenen (9) afspraken gemaakt over de afbakening van taken van deze instellingen door de toenmalige vertegenwoordigers van beide instellingen: NVAGG en JOINT (9). In deze nota wordt gesteld dat cliënten met psychosociale problemen in principe thuis horen in de eerste lijn. Wanneer echter sprake is van (dreigende) psychopathologie of de problemen niet meer situatie-specifiek zijn, dan horen deze thuis in de tweede lijn.
Deze afspraken golden als uitgangspunt voor deze studie. Deze studie kan gezien worden als een evaluatie van de mate waarin de praktijk overeenkomt met deze afspraken. Ook is bestudeerd of andere cliëntkenmerken een rol spelen bij de verdeling van cliënten over AMW en RIAGG.

ONDERZOEKSPOPULATIE

Het onderzoek werd uitgevoerd in vier (RIAGG-)regio's: Oost-Gelderland, IJsselland, Nijmegen e.o. en Rotterdam-Zuid. De RIAGG's in deze regio's en vrijwel alle instellingen voor AMW in deze regio's werkten mee aan het onderzoek. Direct na de intake of het eerste gesprek vulden 366 AMW-cliënten en 296 RIAGG-cliënten een vragenlijst in. De crisisdiensten van de RIAGG en de 7*24 uurs bereikbaarheidsdiensten van het AMW deden aan het onderzoek niet mee. Uitgesloten van het onderzoek werden cliënten die niet voldoende konden lezen of schrijven, het nederlands onvoldoende machtig waren, of te verward waren om een vragenlijst in te vullen.

PROBLEMEN, HULPVRAGEN EN PROBLEMATIEK

Drie begrippen hebben een centrale plaats in het onderzoek: de problemen, die cliënten ervaren, de hulpvraag waarmee zij naar AMW of RIAGG komen en de problematiek: is er wel of niet sprake van (dreigende) psychopathologie.

Problemen liggen in de ervaringswereld van de cliënt. In het onderzoek is vastgesteld wat de mate van situatie-specificiteit is van de ervaren problemen. Voor het meten van de mate van situatie-specificiteit van de problemen is gebruik gemaakt van de BIOPRO. Ook is de mate van onwelbevinden onder de cliënten vastgesteld. Dit begrip is nauw verwant aan het begrip 'lichte' en 'zware' problemen vanuit het cliëntenperspectief: het is een beoordeling van de belasting die een cliënt ervaart. Voor het meten van het onwelbevinden is gebruik gemaakt van de GHQ en de SCL-90.

De hulpvraag, zoals deze door de cliënt zelf is geformuleerd, ligt ook in de ervaringswereld van de cliënt. De hulpvraag valt niet te karakteriseren met de begrippen uit de nota Bouwstenen. Bij de formulering van de hulpvraag laat een cliënt zich niet leiden door begrippen als '(dreigende) psychopathologie' of 'situatie-specificiteit' van problemen. Voor het verwerken van de hulpvragen die door de cliënten zelf werden opgeschreven is een categorieënsysteem ontwikkeld met een vijftal hoofdcategorieën: Hulpvragen met (1) Intrapsychische problemen, (2) relatieproblemen (3) lichamelijke problemen (4) materiële problemen en (5) een restcategorie.

Het begrip 'problematiek' refereert aan een deskundigen-oordeel over de problemen van een cliënt. In dit geval gaat het over psychiatrische problematiek zoals beoordeeld door een psychiater. Op basis van de scores van de cliënten op de GHQ en SCL-90 is getracht een uitspraak te doen over de psychiatrische prevalentie onder beide cliëntenpopulaties.

VALIDERINGSONDERZOEK

Uit zorgvuldigheidsoverwegingen werd binnen dit onderzoek een valideringsstudie opgenomen. 34 AMW-cliënten en 28 RIAGG-cliënten werden, bij hen thuis, geïnterviewd. Bij hen werd een GHQ en een DIS-interview afgenomen door getrainde interviewers. Het DIS-interview resulteert in een psychiatrische diagnose. In de valideringsstudie stelden we de relatie vast tussen GHQ-score en DIS-diagnose, middels logistische regressie analyse. Voor de RIAGG-cliënten bleek een duidelijke relatie te bestaan tussen de score op de GHQ en de waarschijnlijkheid van psychopathologie. Hierdoor is het voor RIAGG-cliënten mogelijk op basis van hun GHQ-score betrouwbare uitspraken te doen over de mate van vóórkomen van psychopathologie. Voor AMW-cliënten bleek deze relatie niet te bestaan. Dit was een erg verrassend onderzoeksresultaat. Blijkbaar hangt bij AMW-cliënten de mate van onwelbevinden niet samen met aan- of afwezigheid van psychiatrische problematiek.

RESULTATEN

Onder de cliënten van beide instellingen zijn de 'oudere-jongeren' (25-45 jaar), het percentage vrouwen en het percentage gescheidenen oververtegenwoordigd. Onder de cliënten van het AMW zijn mensen met een lagere opleiding en mensen zonder betaalde baan oververtegenwoordigd. Onder de RIAGG-cliënten ligt het opleidingsniveau en het percentage met een betaalde baan op dat van de Nederlandse bevolking.

Cliënten van AMW en RIAGG ervaren doorgaans problemen in veel verschillende situaties. RIAGG-cliënten laten zich nauwelijks onderscheiden van AMW-cliënten in de situatie-specificiteit van deze problemen. RIAGG-cliënten onderscheiden zich ook niet van AMW-cliënten in de zwaarte van de door hen ervaren problemen. In de hulpvragen, waarmee cliënten naar AMW of RIAGG gaan zijn naast een flinke overlap ook verschillen te ontdekken. Onder RIAGG-cliënten komen de hulpvragen met intrapsychische problemen vaker voor (54%) dan onder AMW-cliënten (33%): RIAGG-cliënten presenteren vooral hulpvragen met meervoudige intrapsychische problemen en zij voorzien de intrapsychische problemen vaker van een diagnostisch label. Onder AMW-cliënten komen hulpvragen met materiële problemen vaker voor (18% tegen 1%). Onder beide populaties vormen de hulpvragen met relatieproblemen een belangrijk aandeel in het totale aanbod hulpvragen (AMW: 36%, RIAGG: 29%). Bij het AMW worden vaker relatieproblemen zonder nadrukkelijk intrapsychische component gepresenteerd (29% tegen 19%). Van ongeveer drie-kwart van de RIAGG-cliënten kan gesteld worden dat er sprake is van psychopathologie, onder AMW-cliënten komt ook psychopathologie voor.

Tussen de bestudeerde regio's bleken verschillen te bestaan. Onder RIAGG-respondenten uit Rotterdam-Zuid bleek de hoogste prevalentie van psychiatrische problematiek voor te komen. In Oost-Gelderland bleken RIAGG-cliënten en AMW-cliënten zich het minst van elkaar te onderscheiden. Verondersteld wordt dat dit te maken heeft met de relatief grotere afstanden in deze regio: een RIAGG-vestiging is vaak relatief ver weg.

CONCLUSIES

Cliënten van RIAGG en AMW onderscheiden zich niet van elkaar naar de mate van situatie-specificiteit van de problemen die zij ervaren. Wat dit betreft zijn de afspraken uit de nota Bouwstenen niet terug te vinden in de praktijk.

De mate waarin de problemen van de cliënten gekenmerkt kunnen worden als psychopathologisch kon alleen vastgesteld worden voor RIAGG-cliënten. Bij ongeveer driekwart van de RIAGG-cliënten is er sprake van pscyhopathologie. Wat betreft de AMW-cliënten kon vastgesteld worden dat zich psychiatrische problematiek voordoet.
Andere cliëntkenmerken spelen een bescheiden rol in het onderscheid tussen AMW en RIAGG. Cliënten met meervoudige intrapsychische hulpvragen komen vooral voor bij de RIAGG, en nauwelijks bij het AMW, terwijl cliënten met materiële hulpvragen vooral bij het AMW voorkomen en nauwelijks bij de RIAGG. Wat betreft de andere hulpvragen is sprake van accentverschillen.
Naast de hulpvraag speelt de lagere sociaal economische status van de meeste AMW-cliënten een onderscheidende rol.

Voor AMW-cliënten bleek de psychiatrische prevalentie niet af te leiden uit de mate van onwelbevinden of de zwaarte van de ervaren problemen. Eén van de vóóronderstellingen uit de nota Bouwstenen was dat het vóórkomen van veel problemen, van een hoge mate van onwelbevinden, samen gaat met een grote waarschijnlijkheid van (dreigende) psychopathologie of psychisch disfunctioneren. Op basis van deze vóóronderstelling was het mogelijk de problemen van de cliënten te beschouwen als liggend op één lijn, als behorend tot één dimensie. Spreken over mogelijke overlap heeft in dit geval zin. Voor RIAGG-cliënten is er sprake van dat de ernst van problemen en de waarschijnlijkheid van psychiatrische problematiek samen opgaan. Voor AMW-cliënten geldt dit niet: ernst van problemen en kans op psychopathologie blijken twee verschillende dimensies te zijn, die niet noodzakelijkerwijs met elkaar samenhangen. In dit geval heeft spreken over overlap weinig betekenis. Daar waar twee instellingen afspraken maken over onderlinge samenwerking is het belangrijk dat deze afspraken recht doen aan beide instellingen. De afspraken uit de nota Bouwstenen lijken vooral recht te doen aan de aard van de problemen van RIAGG-cliënten, en niet aan de aard van de problemen van AMW-cliënten.

1. ACHTERGRONDEN VAN HET ONDERZOEKSPROJECT AMW/RIAGG

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de achtergronden van het onderzoeksproject AMW/RIAGG. Allereerst wordt ingegaan op de aanleiding van het onderzoek, gevolgd door de probleemstelling. Deze probleemstelling wordt verder uitgewerkt. Hoofdstuk 2 sluit hierop aan met een beschrijving van de methode van onderzoek en de gevolgde werkwijze.

1.1. De aanleiding van het onderzoek AMW/RIAGG

De problemen, hulpvragen en problematiek van de cliënten van het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) en de Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG) zijn het centrale thema van onderzoek in het onderzoeksproject AMW/RIAGG.
De oorsprong van het AMW ligt in de armenzorg, met een wettelijke basis in 1854. Sindsdien heeft de positie van het maatschappelijk werk zich ontwikkeld vanuit de kerkelijke en particuliere (armen-)zorg tot een zelfstandige organisatie gericht op het algemene welzijn van de bevolking, gesubsidieerd door de overheid, met een eigen ministerie. Rond 1965 kreeg het Algemeen Maatschappelijk Werk de ruimte zich bezig te houden met niet-materiële zaken door de invoering van de Algemene Bijstandswet. Sociale hulpverlening werd een onderdeel van het takenpakket van het AMW. Later, in 1983, werd in de Nota Eerstelijnszorg gesteld dat het AMW een van de vier kerndisciplines is van de eerstelijnszorg. Geconstateerd wordt dat de psychosociale hulpverlening een steeds zwaarder accent krijgt (1). Uit onderzoek van het NIVEL (2) blijkt dat ruim de helft van de maatschappelijk werkers geregeld samenwerkt met de eerstelijns gezondheidszorg. In 1986 was het percentage beroepskrachten met een voortgezette opleiding (VO) bij het AMW 28% (3). In 1989 kende Nederland 178 instellingen voor AMW met 1253 adressen waar hulp gegeven wordt (4). Per 1 januari 1989 ligt de financiering van het AMW bij de gemeenten. In 1989 bestond de helft van de hulpverlening van het AMW uit begeleiding, 15% uit informatie en advies, 13% uit concrete diensten, onderzoek en groepswerk. Onder begeleiding wordt verstaan 'Het geven van vrij intensieve steun aan de cliënt, opdat de cliënt probleemoplossend bezig kan zijn' (4).
In zijn proefschrift over het ontstaan van de RIAGG stelt van de Grinten (5) dat de eerste ideeën over een bundeling van verschillende werksoorten in

een instelling voor ambulant geestelijke gezondheidszorg stammen uit de jaren twintig, met ideeën over consultatiebureaus voor de geestelijke volksgezondheid. In 1928 werd het eerste Medisch Opvoedkundig Bureau opgezet. In 1935 werd het eerste, protestantse, bureau voor huwelijks- en gezinsmoeilijkheden gestart. In 1940 werd het Instituut voor Medische Psychologie opgericht. Rond 1950 was sprake van de voorlopers van de Sociaal Psychiatrische diensten. Op 1 januari 1982 ontstonden formeel de RIAGG's. De RIAGG's werden opgenomen in de AWBZ. De AWBZ-verzekerde kan de RIAGG aanspreken op ambulante psychosociale behandeling, advisering, begeleiding en voorlichting (6). Het begrip psychosociaal staat hier mede voor "sociaal psychiatrisch", "psychoanalytisch" en "psychotherapeutisch". Uit onderzoek van NIVEL en NCGV (7) blijkt dat vrijwel alle RIAGG medewerkers contacten onderhouden met één of meer huisartsen. Van de beroepskrachten bij de volwassenenafdelingen en afdelingen voor psychotherapie van de RIAGG's was ongeveer 15% van de medewerkers psychiater, 35% psychotherapeut of psycholoog, 25% sociaal psychiatrisch verpleegkundige (met of zonder kader) en 15% maatschappelijk werker (met of zonder VO)(8). Nederland kende in 1988 58 RIAGG's met in totaal 157 vestigingen (8). In 1988 bestond 29% van de hulpverleningscontacten bij de RIAGG's uit begeleiding en advisering, 24% uit psychotherapie en 30% uit 'overwegend op verandering gerichte behandelingen' (8).

Het brede werkterrein van de twee instellingen AMW en RIAGG overlapt voor een deel. Beide bieden ze hulp bij psychosociale problemen, beide zijn ze ambulant. De organisatie en vorm van de hulp die de instellingen bieden verschilt echter. Het AMW kent een dicht netwerk van vestigingen, met een verzorgingsgebied van gemiddeld 11.000 inwoners. Het AMW is toegankelijk zonder verwijzing, de hulp die geboden wordt is algemeen van aard. Het netwerk van RIAGG instellingen is minder dicht, met een verzorgingsgebied van gemiddeld 90.000 inwoners per vestiging. Cliënten kunnen formeel alleen terecht bij de RIAGG na verwijzing. Het RIAGG-hulpaanbod is specialistisch van aard.
In de nota Bouwstenen van 1987 (9) uitgegeven door de JOINT en de NVAGG, staat de afstemming van het werkterrein tussen beide instellingen centraal. Zo heeft, volgens deze nota, de belangrijkste groep cliënten van het AMW psychosociale problemen, maar is er bij hen geen sprake van psychopathologie. De term sociaal is dominant: de problemen zijn overwegend situatie-specifiek. De problematiek van de cliënten van de RIAGG is in mindere mate situatie-specifiek, het psychische is dominant, psychische processen zijn in het geding, die leiden tot disfunctionele cognities, emoties en/of gedragingen. Er is sprake van (dreigende) psychopathologie. Cliënten met overwegend situatiespecifieke problemen horen thuis bij het AMW, terwijl

een toenemende generalisatie van problemen (= problemen in meer verschillende situaties) wijst op intrapsychische problematiek. Cliënten met gegeneraliseerde problemen horen thuis bij de RIAGG. In de nota wordt aangegeven dat de scheiding tussen de twee werkterreinen vloeiend is: 'een absoluut onderscheid is moeilijk te maken'. Enerzijds wordt dus gesteld dat de werkterreinen van beide organisaties van elkaar verschillen, anderzijds wordt gesteld dat de criteria die hiervoor gebruikt worden niet altijd eenduidig zullen zijn. Empirische gegevens over het onderscheidend vermogen van de aangedragen criteria is niet bekend. De nota Bouwstenen werd j.l. 17 januari instemmend aangehaald door staatssecretaris Simons van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur: "Het AMW is een generalistische eerstelijnsvoorziening en de RIAGG een specialistische tweedelijns voorziening".

Verschuiving van zorg van intramuraal en specialistisch naar extramuraal en generalistisch is een leidend principe voor het beleid. RIAGG- en AMW-medewerkers stellen dat er cliënten zijn die nu bij de RIAGG geholpen worden maar die evengoed bij het AMW terecht zouden kunnen (7). Niet alleen sommige cliënten van de RIAGG zouden goed geholpen kunnen worden bij het AMW, maar ook zouden cliënten die terecht komen bij het AMW en hier worden behandeld, soms beter af kunnen zijn bij de RIAGG (7). De afstemming van het werk van AMW en RIAGG is hiermee een problematische materie. Realisering van de beleidswens om cliënten zorg op maat te verstrekken wordt gehinderd door het ontbreken van een systematisch inzicht in de huidige verdeling van cliënten over beide instellingen. Is het zo dat cliënten door de RIAGG geholpen worden, terwijl ze gezien de aard van de problematiek ook door het AMW geholpen zouden kunnen worden, of is het tegenovergestelde juist het geval. Geldt dit voor alle cliënten, of zijn er juist bepaalde groepen cliënten waarbij de verdeling over beide instellingen niet voldoet aan de beleidswens van zorg op maat. Pas na beantwoording van deze en dergelijke vragen kan deze beleidswens, zorg op maat, omgezet worden in een beleidsrichting.

1.2. Probleemstelling

De algemene probleemstelling van het onderzoek AMW/RIAGG, zoals ook beschreven in het projectvoorstel dat ten grondslag ligt aan dit onderzoek, is de volgende:

In hoeverre is er sprake van een overlap in de hulpvragen van de cliëntenpopulaties van AMW en RIAGG.

In hoeverre kan een analyse van deze overlap de instellingen van AMW en RIAGG behulpzaam zijn bij het ontwikkelen van een onderlinge taakafbakening en doorverwijsbeleid.

Het eerste deel van de probleemstelling verwijst naar een onderzoek waarin vastgesteld wordt in welke mate de hulpvraag van cliënten van beide instellingen van elkaar verschilt, dan wel overeenkomt. Het tweede deel van de probleemstelling houdt in dat aandacht moet worden gegeven aan de vraag hoe de onderzoeksresultaten het beleid van instellingen van AMW en RIAGG kunnen ondersteunen om te komen tot zorg op maat. Het eerste deel van de probleemstelling is een voorwaarde voor het realiseren van dit tweede deel.

Uitgangspunt bij de beschrijving van de hulpvraag van de cliëntèle van beide instellingen zijn de afspraken die gemaakt zijn in de nota Bouwstenen. Twee kernbegrippen spelen hierbij een rol: de aan- of afwezigheid van psychopathologie en de mate van situatiespecificiteit van de problemen.
De vraag naar de overlap in hulpvragen kan met deze begrippen verder worden geoperationaliseerd.

1. **In hoeverre laat de hulpvraag van cliënten van RIAGG en AMW zich karakteriseren als situatiespecifiek, en in hoeverre laat deze vraag zich karakteriseren als (dreigend) psychopathologisch.**
2. **Is er sprake van een overlap tussen de hulpvragen van de cliënten van beide instellingen.**

Een andere invalshoek is het vergelijken van het belang van deze kenmerken bij de verdeling van cliënten over beide instellingen, in relatie tot andere cliëntkenmerken.

3. **Is het mogelijk om de verdeling van cliënten over beide instellingen te voorspellen aan de hand van de twee kenmerken :(dreigende) psychopathologie en situatiespecificiteit van problemen.**
4. **In hoeverre spelen andere cliëntkenmerken, bijvoorbeeld sociaal-demografische kenmerken, een rol bij de verdeling van de cliënten.**

De antwoorden op deze vragen kunnen op hun beurt weer gebruikt worden voor het beantwoorden van direct beleidsrelevante vragen:

5. **Hoe kunnen de onderzoeksresultaten bijdragen aan de verbetering van de taakafbakening tussen AMW en RIAGG.**

Als mogelijk extra produkt uit dit onderzoek stelt het projectvoorstel dat het onderzoek een hulpmiddel zou kunnen opleveren voor huisartsen om te gebruiken bij de beslissing over verwijzing naar AMW of RIAGG.

In de onderzoeksvragen worden begrippen als hulpvraag en problematiek naast elkaar gebruikt. Deze begrippen verwijzen echter naar een verschillende inhoud. De hulpvraag wordt gesteld door de cliënt, en is het resultaat van de problemen zoals hij/zij deze ervaart. Ook de begrippen 'problemen' en 'hulpvraag' zijn niet equivalent. Niet ieder probleem hoeft te leiden tot een hulpvraag. Een cliënt kan veel problemen hebben, maar er voor kiezen om met een eenvoudige vraag om hulp naar een hulpverlener toe te stappen. Het derde begrip 'de problematiek' verwijst naar een grotere afstand van de cliënt. Het begrip suggereert een zekere mate van objectiviteit. Een 'deskundige' analyseert de problematiek en beoordeelt deze als zijnde wel of niet 'dreigend psychopathologisch' (10, zie ook 11).
In de nota Bouwstenen is het begrippenpaar 'problemen' en 'problematiek' te ontdekken. Problemen worden ervaren door cliënten. De problemen die een cliënt ervaart kunnen situatie-specifiek zijn, dan wel minder situatie-specifiek en gegeneraliseerd over verschillende situaties. Het blijft hier gaan over de problemen die cliënten ervaren. Het andere begrip 'problematiek' heeft betrekking op de vraag of sprake is van psychiatrische problematiek, en is het resultaat van een beoordeling door een 'deskundige'.
Hodiamont e.a. (10) bestudeerden de overlap tussen het vóórkomen van psychosociale problemen en het vóórkomen van psychiatrische problematiek. Van psychosociale problemen is, volgens Hodiamont, sprake wanneer een individu een gevoel van onwelzijn ervaart en tegelijkertijd meent dat het volgens eigen maatstaven niet naar wens sociaal functioneert. Het gaat om verschijnselen die door de persoon in kwestie zelf opgemerkt worden *.
Voor 75% van de mensen waarbij er sprake is van psychiatrische problematiek is er ook sprake van psychosociale problemen. Voor een kwart van de mensen waar een psychiater van stelt dat er sprake van psychiatrische problematiek is, is de eigen beoordeling door de patiënt dat er géén sprake is van psychosociale problemen. In dezelfde onderzoekspopulatie werd ook vastgesteld dat voor 10% van de mensen die psychosociale problemen ervaren er ook sprake is van psychiatrische problematiek. De kans om onder mensen met psychosociale problemen iemand aan te treffen met psychiatrische problematiek is groter, dan de kans om iemand aan te treffen met psychiatrische problematiek onder mensen die geen psychosociale problemen ervaren. Ook is de kans om onder mensen met psychiatrische problematiek iemand met psychosociale problemen aan te treffen is groter dan om iemand met psychosociale problemen aan te treffen onder mensen waar

---

* Deze definitie van psycho-sociaal wijkt sterk af van de omschrijving uit de wettelijke regeling van het begrip psychosociaal. Het begrip psychosociaal binnen deze omschrijving omvat een drietal professionele 'richtingen' waarvanuit hulp werd geboden en kan worden geboden, en refereert daarmee aan een deskundigen kader.

geen sprake is van psychiatrische problematiek. Het is echter niet zo dat het hebben van psychosociale problemen een voorwaarde is voor de aanwezigheid van psychiatrische problematiek, noch is de aanwezigheid van psychiatrische problematiek een zekere voorspeller voor het ervaren van psychosociale problemen. De begrippen (psychosociale) problemen en (psychiatrische) problematiek liggen niet in elkaars verlengde wat het geval zou zijn als psychiatrische problematiek een zware vorm van psychosociale problemen zouden zijn. De begrippen betreffen veeleer twee nauw samenhangende concepten die zich toch substantieel van elkaar onderscheiden.

Voor dit onderzoek zijn daarmee drie begrippen van belang. Als eerste 'de problemen' die een cliënt ervaart. De ervaringswereld van de cliënt staat centraal. Een cliënt die situatie-specifieke problemen ervaart hoort bij het AMW thuis. Zijn de problemen minder situatie-specifiek, dan zal de cliënt meer in aanmerking komen voor de RIAGG. Het tweede begrip is 'de hulpvraag'. Een hulpvraag is een uiting van een cliënt. De hulpvraag kan betrekking hebben op de problemen die de cliënt ervaart. Het is heel goed mogelijk dat de hulpvraag een selectie van de ervaren problemen inhoudt. Met deze selectie stapt de cliënt naar de hulpverlener. Het zal duidelijk zijn dat een door de cliënt zelf geformuleerde hulpvraag niet vanzelfsprekend voorzien zal kunnen worden van het label 'situatie-specifiek' of 'dreigend psychopathologisch'. Het derde begrip is 'de problematiek'. Per definitie is er pas sprake van 'problematiek' als een deskundige zich gebogen heeft over de problemen van een cliënt. Met name relevant voor dit onderzoek is of de problematiek gekarakteriseerd kan worden als (dreigend) psychopathologisch.

De boven beschreven vragen hebben vooral betrekking op de cliëntkenmerken vóórdat hulp is gegeven. De afloop van het hulpverleningsproces kan ook waardevolle informatie opleveren over de wenselijkheid om cliënten met bepaalde problematiek hulp te laten geven door één van de twee instellingen. Te denken valt hierbij aan de mate waarin de problematiek van de cliënten is opgelost, de beoordeling achteraf van de hulpverlener over de juiste instelling voor hulp en de tevredenheid van de cliënt met de geboden hulp.

6. **Hoe verandert de problematiek van de cliënten van AMW of RIAGG tijdens de behandelings-/hulpverleningsperiode. Welke cliënten hadden achteraf gezien geholpen moeten worden door de andere instelling, dan waar ze hulp hebben ontvangen.**

In het volgende hoofdstuk zal de methode van onderzoek worden beschreven. Hier zal aandacht worden gegeven aan de meetinstrumenten die gebruikt worden om de begrippen uit de nota Bouwstenen te operationaliseren, de meetinstrumenten voor het beschrijven van de demografische variabelen en de werving van respondenten.

2. METHODE EN WERKWIJZE VAN HET ONDERZOEK

Inleiding

In hoofdstuk 1 werden de achtergrond en de probleemstelling van het onderzoeksproject AMW/RIAGG beschreven. Centraal bij de uitwerking van deze vraagstelling stonden twee kenmerken van de cliënten van RIAGG of AMW. Deze kenmerken zijn de mate van situatiespecificiteit van de problemen en de mogelijk (dreigende) psychopathologie. In de nota Bouwstenen (9) wordt gesteld dat deze begrippen afzonderlijk of in combinatie kunnen aangeven of cliënt in de eerste dan wel in de tweede lijn thuis hoort. Hiermee is de nota Bouwstenen een belangrijke leverancier voor de begrippen die dienen als basis voor de vergelijking van de cliëntèle van RIAGG en AMW.
In dit hoofdstuk worden eerst de meetinstrumenten beschreven die gebruikt worden om deze begrippen te meten. In het tweede deel wordt een valideringsonderzoek beschreven. In het derde deel wordt de analysemethode weergegeven. In het vierde deel wordt de werkwijze die gevolgd is voor het werven van respondenten en in het vijfde deel wordt de respons weergegeven. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een concluderende paragraaf.

2.1. Meetinstrumenten

Voor dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van drie gestandaardiseerde meetinstrumenten om de problematiek en situatiespecificiteit van de problemen van de cliënten te karakteriseren. Overwogen is om gebruik te maken van bestaande registratiesystemen. Hier is niet voor gekozen. Deze registratie-systemen reflecteren de twee verschillende culturen van AMW en RIAGG, en zouden alleen al hierdoor tot verschillen tussen AMW en RIAGG aanleiding geven. Daarom is gekozen om de cliënten van zowel AMW als RIAGG te benaderen met exact dezelfde vragen. Ook is overwogen de hulpverleners een rol te geven in het verzamelen van de onderzoeksgegevens. Ook hier is vanaf gezien, om de invloed van de hulpverleners zo minimaal mogelijk te laten zijn. Daarom is gekozen voor vragenlijsten die door de cliënten zelf ingevuld kunnen worden.

Als eerste instrument om de problematiek te karakteriseren wordt de 30-item versie van de General Health Questionnaire (GHQ) gebruikt (12). De GHQ is vaak gebruikt, ook in Nederland. De respondent kan aangeven of hij/zij de

afgelopen vier weken bepaalde problemen heeft ervaren. De antwoorden worden geregistreerd op een 4-punts schaal oplopend in ervaren last van de problemen. De schaalpunten lopen doorgaans van 'helemaal niet' naar 'veel meer dan gewoonlijk'. Items hebben bijvoorbeeld betrekking op het onderhouden van contact met andere mensen, ervaren spanningen en slapeloosheid. Het aantal items wordt opgeteld waarvoor de respondenten op de schaal 3 of 4 scoort. De resulterende waarde, minimaal 0 en maximaal 30, is de GHQ-score (zie o.a. 13). De GHQ-score is een indicator voor de mate van onwelbevinden van een respondent (14,15,16), gebaseerd op de ervaringswereld van de cliënt.
Daarnaast wordt de GHQ-score in veel studies gebruikt als een instrument voor het schatten van de prevalentie van psychiatrische problematiek in een onderzoekspopulatie. Van psychiatrische problematiek is in principe pas sprake als de problematiek van de cliënt door een psychiater beoordeeld is als zijnde 'psychiatrisch'. Het gaat hier dus om een deskundigen-oordeel (10). De GHQ-score is bruikbaar als indicator voor het vóórkomen van psychiatrische problematiek omdat de mate van onwelbevinden een verband blijkt te vertonen met de kans op psychiatrische problematiek. Het is mogelijk dit verband uit te drukken in een wiskundige formule waarin de kans op psychiatrische problematiek gerelateerd is aan een GHQ-score, de mate van onwelbevinden. Zo is het mogelijk om voor een populatie de prevalentie van psychiatrische problematiek vast te stellen. De validiteit van de GHQ als schatter voor de psychiatrische prevalentie is in verschillende studies aangetoond, ook in Nederland (zie o.a. 24,25).

De 90-item versie van de Symptom Checklist (SCL-90) (17) wordt ook gebruikt als indicator voor de aanwezigheid van psychiatrische problematiek in een te onderzoeken populatie. Deze lijst is vergelijkbaar met de GHQ (zie 12). Ook de SCL-90 is een indicator voor de mate van onwelbevinden van een respondent. Respondenten geven aan of ze bepaalde problemen hebben ervaren. Deze lijst heeft betrekking op de problemen die de respondenten ervaarden in de week voorafgaand aan het interview. In vergelijking met de GHQ bevat deze lijst meer problemen die als symptoom gelden voor specifieke psychiatrische syndromen, zoals 'denken aan dood of sterven', 'aanvallen van angst of paniek' en 'gedachten hebben die niet van jezelf zijn'. De SCL-90 lijkt daarmee vooral een operationalisering van de mate van onwelbevinden veroorzaakt door symptomen die nadrukkelijk voorkomen bij mensen met psychiatrische problematiek. Ook de SCL-90-score is te relateren aan het vóórkomen van psychiatrische problematiek in een populatie. Ook nu geldt dat hogere SCL-90 scores samengaan met een hogere kans op het voorkomen van psychiatrische problematiek. SCL-90 scores van een onderzochte populatie kunnen worden vergeleken met de scores van andere

onderzoekspopulaties. Hierdoor kan een idee gekregen worden van niveau van psychiatrische problematiek zoals dit zich in de onderzoekspopulatie voordoet. Prevalentiecijfers zijn niet te berekenen. De SCL-90 lijkt vooral interessant omdat deze lijst bestaat uit subschalen die verwijzen naar specifieke psychiatrische problematiek, zoals agorafobie, angst, depressie en somatiseringsstoornis. De antwoorden op de items van de SCL-90 worden geregistreerd middels een 5-punts schaal. Voor de gehele SCL-90 kan een totaalscore worden berekend door de score over alle items te middelen. Op deze manier kunnen ook voor iedere sub-schaal scores worden berekend.

De SCL-90 en de GHQ-30 zijn in dit onderzoek opgenomen omdat de scores op deze lijsten een valide indicator lijken te zijn van het vóórkomen van psychiatrische problematiek in een onderzoekspopulatie.

De Biografische Anamneselijst (BIOPRO) met 22 items, ontwikkeld door Hosman (18) levert een inventarisatie op van verschillende problematische situaties die de respondenten kunnen ervaren. In deze lijst wordt gevraagd of respondenten problemen hebben met bijvoorbeeld financiën, studie, werk, sexuele problemen, problemen met godsdienst en besteding van vrije tijd. Vrijwel ieder item is voorzien van voorbeelden, die het mogelijke probleem nader verduidelijken. De BIOPRO-score is het aantal aangekruiste situaties waarin problemen worden ervaren. Van de bewoners van de regio Nijmegen heeft 25% géén BIOPRO-probleem (19). In de regio Nijmegen had 60% van de bewoners maximaal 2 BIOPRO-problemen.
In de nota Bouwstenen (9) wordt aangegeven dat de mate waarin problemen gegeneraliseerd worden een eigenstandig criterium kan zijn om te beoordelen of deze problemen in de eerste dan wel in de tweede lijn thuishoren. Verondersteld wordt dat de oorzaak van het ervaren van problemen die voorkomen in veel situaties met name gelegen is in de psychische structuur van de cliënt, en daarmee horen deze cliënten thuis in de tweede lijn. Het ervaren van problemen in weinig situaties wordt, in deze redenering, veroorzaakt door meer situatie-specifieke factoren. Deze problemen horen thuis in de eerste lijn.
De BIOPRO is het instrument bij uitstek om de situatie-specificiteit vast te stellen. Volgens de redenering van de nota Bouwstenen zouden cliënten met een lage BIOPRO-score (problemen in een beperkt aantal situaties) vooral bij het AMW om hulp moeten komen, terwijl cliënten met een hoge BIOPRO-score vooral bij de RIAGG terecht horen te komen. De interpretatie van de BIOPRO-score verschilt wezenlijk van de interpretatie van de score op de GHQ en SCL-90 in termen van psychiatrische problematiek, doordat het te operationaliseren begrip (:meervoudigheid van ervaren problemen) in de ervaringswereld van de respondent ligt en niet het gevolg is van een beoor-

deling door deskundigen (wat wel het geval is bij het begrip psychiatrische problematiek).

Naast deze gestandaardiseerde meetinstrumenten voor het vaststellen van de problematiek en problemen van de cliënten, wordt aan de cliënt een open vraag gesteld naar het probleem waarvoor een oplossing gezocht wordt. De antwoorden op deze vragen moeten inzicht opleveren in de hulpvraag, geformuleerd door de cliënt zelf. De cliënten wordt gevraagd op te schrijven voor welk probleem zij een oplossing zoeken. Deze vraag wordt de respondenten voorgelegd ná het eerste gesprek of de intake, voorafgaand aan de andere vragen naar problemen. De formulering van de hulpvraag is hierdoor mogelijk beïnvloed door de hulpverlener. Eventuele verschillen in de hulpvraag tussen respondenten van RIAGG en AMW kunnen deels veroorzaakt zijn door de verschillen in de manier waarop hulpverleners aan hulpvraagverduidelijking hebben gedaan. Daar tegenover staat dat verschillen in hulpvraag ook genivelleerd kunnen zijn doordat hulpverleners van beide instellingen wellicht op vergelijkbare wijze aan probleemverheldering zullen werken.
Om de respons op deze open geformuleerde (hulp-)vraag hanteerbaar te maken is een categorieënsysteem ontwikkeld, waarin de antwoorden op een eenduidige en betekenisvolle manier kunnen worden ingedeeld. Zo kunnen aan de antwoorden codes worden toegekend, die in een verdere kwantitatieve analyse gebruikt kunnen worden. De categorieën van dit categorieënsysteem zijn in eerste instantie gebaseerd op internationaal onderzoek (20). Hier wordt een onderscheid gemaakt tussen mentale/emotionele problemen, problemen met financiën en huisvesting, relatieproblemen (verstoring van het gezinsleven, gedragsproblemen van kinderen, huwelijksproblemen) lichamelijke ongemakken en sociale isolatie. Deze categorieën werden voorzien van subcategorieën die ontleend zijn aan het overzicht van Westerlaan en Span (21) van de voorkomende probleemaspecten bij het algemeen maatschappelijk werk en de registratiegegevens van vijf Limburgse RIAGG's (22). Het hieruit resulterende categorieënsysteem bevatte 60 subcategorieën, en 5 hoofdcategorieën. Door de onderzoeker werd nu een steekproef uit de geregistreerde hulpvragen gecodeerd met dit categorieënsysteem. Op basis van de problemen en onduidelijkheden die zich hierbij voordeden werden onduidelijke categorieën beter gedefinieerd, en soms samengevoegd. Dit categorieënsysteem, met 55 subcategorieën, werd gebruikt om twee onafhankelijke codeurs een steekproef van de hulpvragen te laten coderen. De codeurs bereikten een onderlinge overeenkomst van 73% gecorrigeerd voor de overeenkomst die door het toeval zou ontstaan (Cohen's kappa, 23). Dit is een hoge waarde. Toch werd nog een keer geprobeerd het categorieënsysteem te verbeteren, door subcategorieën die aanleiding gaven tot fout-

coderingen anders te formuleren of samen te voegen. Weer werd door twee andere codeurs een steekproef hulpvragen gecodeerd. Nu was de overeenkomst tussen de twee beoordelaars 79% voor 36 subcategorieën (zie Bijlage 1). Voor de 6 hoofdcategorieën was Cohen's kappa 87%. Deze waardes zijn zeer bevredigend. Ze houden in dat twee codeurs 79% van de hulpvragen van respondenten van zowel AMW als RIAGG onafhankelijk van elkaar precies dezelfde code geven, waarbij de kans dat dit gebeurt op basis van het toeval van de gevonden overeenstemming is afgetrokken. Voor de 6 hoofdcategorieën gaat het om een overeenkomt in 87% van de gevallen. Alle hulpvragen werden voorzien van een code.

Naast de meetinstrumenten om de problemen, de hulpvraag en de problematiek van de cliënten te karakteriseren, worden in het onderzoek ook andere cliëntkenmerken geregistreerd. Dit zijn sociaal-demografische kenmerken: geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, etniciteit, hoogst gevolgde opleiding en huidige werkzaamheden. Vast wordt gesteld of de cliënt al eens eerder in contact geweest is met een hulpverlenende instelling op het gebied van de GGZ dan wel het AMW. Ook kenmerken van het eerste contact worden geregistreerd: de plaats en datum van het contact, de verwijzer, de mate waarin de cliënt (volgens de hulpverlener) in staat was de eigen problematiek te verwoorden, en de uitkomst van dit eerste gesprek: wordt de cliënt in behandeling genomen of doorverwezen naar een andere instelling.

2.2. Meettijdstip

Alle vragen werden beantwoord na het eerste gesprek of de intake. Overwogen is de cliënten te benaderen voor de eerste intake. Dit leek niet uitvoerbaar. Ten eerste komt een cliënt bij een hulpverlener omdat hij/zij problemen heeft. Het aanbieden van een vragenlijst voordat het contact met de hulpverlener plaats vindt, is daarom niet verantwoord. Daarnaast geldt een praktisch argument. Het onderzoek vindt plaats op een groot aantal lokaties. Op elk van die lokaties moeten cliënten gevraagd worden voor het onderzoek. De hulpverlener is de enige die de betreffende cliënt 'zeker' ziet en spreekt, en daarom is hij/zij in de positie om medewerking aan het onderzoek te vragen. Ook geldt dat een verzoek om medewerking aan het onderzoek ná een eerste gesprek iets meer zal kunnen rekenen op een positieve reactie, vanwege het krediet dat de hulpverlener in dit eerste gesprek heeft kunnen opgebouwen.

2.3. Valideringsonderzoek

De GHQ is in vele studies gevalideerd door de GHQ-score te vergelijken met de uitkomst van een psychiatrisch interview. Ook in bijvoorbeeld het Regio project (19,24) werd dit gedaan. Uit deze studies blijkt steeds weer een duidelijke relatie te bestaan tussen de GHQ-score en de psychiatrische prevalentie, gemeten met een gestandaardiseerd psychiatrisch interview. Ook blijkt uit deze studies dat de exacte relatie tussen GHQ en de psychiatrische prevalentie kan variëren per onderzoekspopulatie (25). De kans op psychopathologie blijkt bij een gelijke GHQ-score niet altijd gelijk te zijn. Hierdoor is het niet goed mogelijk om vast te stellen waar de grens ligt van GHQ-scores waarboven de kans op het voorkomen van mogelijke psychopathologie groter is dan 50%. Dit is problematisch. Juist omdat de aan- of afwezigheid van (dreigende) psychopathologie een belangrijk criterium is voor het onderscheid tussen cliënten van AMW en RIAGG.
Daarnaast geldt dat bij een gegeven grens het percentage fout ingedeelde respondenten varieert, deels door een variatie in de prevalentie van psychopathologie in een populatie, maar ook door verschillen in sensitiviteit en specificiteit van het meetinstrument (26). Het percentage onterecht als 'mogelijk psychopathologisch' of 'niet psychopathologisch' ingedeelde respondenten kan dus variëren. Ook dit verschijnsel raakt de bruikbaarheid van de GHQ-score als instrument voor het doen van uitspraken over de overlap in de mate van onwelbevinden van cliënten van AMW en RIAGG, omdat schijnbare overlap veroorzaakt kan worden door een foute indeling als gevolg van fouten in het gebruik van het meetinstrument.
Vanwege deze overwegingen, en omdat in Nederland nog geen validerings- of ijkingsonderzoek gedaan is voor de GHQ in een RIAGG- en AMW-cliëntenpopulatie werd besloten dit onderzoek op te nemen in het onderzoeksproject AMW/RIAGG. Het Diagnostic Interview Schedule (DIS) (27,28,29) wordt gebruikt voor de vorming van het 'deskundigen/psychiaters-oordeel' over de aan- of afwezigheid van psychiatrische problematiek. Het DIS-interview is een sterk gestandaardiseerd interview, af te nemen door getrainde leken. De beoordeling of er sprake is van psychiatrische problematiek ligt in het DIS-interview. Het subjectieve oordeel van de interviewer is zoveel mogelijk beperkt. Het DIS-interview heeft een hoge mate van interbeoordelaarsovereenkomst, reproduceerbaarheid en validiteit (27,30). Het DIS-interview is daardoor geschikt om te gebruiken als 'standaard' in valideringsonderzoek. Het DIS-interview is gebaseerd op de diagnostische categorieën van de DSM-III (31). Het DIS-interview resulteert in het oordeel of bij de respondent sprake is van één of meer psychiatrische diagnoses volgens de DSM-III. In de DSM-III zijn regels weergegeven om psychiatrische diagnoses te kunnen stellen. De DSM-III kent een atheoretische benadering van de problematiek,

waar het beschrijven van verschijnselen centraal staat. Interpretaties over oorzaak en beloop worden niet gemaakt (32).
De DIS-interviews zijn uitgevoerd door speciaal hiervoor getrainde medewerkers. Naast het DIS-interview werd opnieuw een GHQ afgenomen. Om de respondenten niet onnodig te belasten werd er van afgezien om bij deze respondenten opnieuw ook nog de SCL-90 en de BIOPRO af te nemen.
Bij 61 (34 AMW en 28 RIAGG) respondenten is een DIS-interview afgenomen. Het DIS-interview is geanalyseerd met behulp van een bijbehorend computerprogramma.

Tabel 2.1 Verschillende psychiatrische beelden onder de respondenten van het DIS-interview (N=61)

Psychiatrische diagnose:	Aantallen respondenten met DIS-diagnose*	
	AMW (N=34)	RIAGG (N=28)
Tobacco Dependence	18	18
Major Depressive Episode	16**	14
Psychosexual Dysfunctioning	15	14
Phobic Disorders (> =7)	13	15
Major Depressive, Single Episode	6	0
Major Depression, Recurrent	6	11
Dystymic Disorder	6	4
Panic Disorder	3	9
Obsessive Compulsive Disorder (misschien Tourette Disorder)	3	8
Atypical Bipolar Disorder	1	3
Schizophrenic Disorder	1	0
Schizophreniform Disorder	0	1
Alcohol Abuse and Dependence	1	4
Manic Episode	0	3
Organic brain Syndrome, zeker	0	1
Somatization Disorder	0	1
Antisocial Personality Disorder, zeker	0	1
Anorexia Nervosa	0	1

* Een respondent kan meerdere DIS-diagnoses hebben
** (w.v. 4 uitsluitend na rouw)

In Tabel 2.1 staat de prevalentie van de verschillende psychiatrische syndromen weergegeven zoals ze werden aangetroffen middels het DIS-interview. Tot de meest prevalente diagnoses behoren tabaksafhankelijkheid, depressies, psychosexueel disfunctioneren en fobieën. Iets minder prevalent zijn de dysthyme stoornis, de paniekstoornis en de obsessief compulsieve stoornis. Incidenteel komen voor de bipolaire stoornis, schizofrenie, alcohol

misbruik en afhankelijkheid, manie, organisch hersensyndroom, somatiseren, antisociale persoonlijkheidsstoornis en anorexia nervosa.

Tabel 2.1 heeft betrekking op de levenslange prevalentie: een diagnose die ooit gesteld had kunnen worden, wordt in dit geval als aanwezig beschouwd. Naast deze prevalentie die op de gehele levensloop betrekking heeft, is het ook mogelijk een diagnose te stellen met een begrensd tijdstraject: een puntprevalentie. Het GHQ-interview beslaat een tijdsperiode van een maand. Goldberg stelt dat de GHQ resulteert in de punt-prevalentie en niet in de levenslange prevalentie van psychiatrische problematiek (12). Daarnaast mag verondersteld worden dat de respondenten in dit onderzoek om hulp komen omdat zij problemen ervaren op het moment dàt ze om hulp komen. De prevalentie van syndromen gedurende een afgebakende periode is daarom een betere basis voor het leggen van de relatie tussen GHQ en DIS, dan de levenslange prevalentie.
Alvorens tot de bespreking van deze analyse over te gaan, nog een enkele opmerking. Het DIS-interview benoemt iemand als een DIS-case als iemand tabaks-afhankelijk is: dat wil zeggen tenminste een maand elke dag sigaretten hebben gerookt en niet kunnen stoppen met roken. Als dit de enige diagnose is die zou leiden tot de benoeming van een DIS-case, dan wordt voor dit onderzoek afgeweken van de classificatie van het DIS-interview. De respondent wordt in dit geval niet als DIS-case benoemd.
Een ander probleem is dat enkele syndromen in het DIS-interview tijdsonafhankelijk worden geregistreerd. Bij het vaststellen van de psychiatrische prevalentie voor een bepaalde periode vallen deze cases buiten beschouwing. Dit fenomeen doet zich voor bij de dysthyme stoornis, en het psychosexuele disfunctioneren. Vier respondenten met een dysthyme stoornis en 12 met psychosexuele problemen (waarvan 8 met slechts 1 symptoom) worden in dit onderzoek niet als DIS-case benoemd. Ook Berwick et. al. (33) gaan bij de keuze voor DIS-cases uit van 'any current DIS disorder except tobacco dependence or psychosexual dysfunction, which we believe to be of equivocal clinical significance'. Bij de analyse van de onderzoeksgegevens is daarom uitgegaan van de (punt-)prevalentie van DIS-diagnoses gedurende de maand voorafgaand aan het DIS-interview, conform de tijdperiode waar het GHQ-interview betrekking op heeft. In Tabel 2.2 staat de relatie weergegeven tussen de scores van deze respondenten op de GHQ en de case-definitie middels het DIS-interview. Deze relatie is berekend middels logistische regressie, zoals ook gedaan in andere studies (24,34,35). In eerste instantie zijn alle respondenten als één groep geanalyseerd (stap 1). De Deviance van dit model (een maat voor de verbetering van een voorspelling ten opzichte van de uitgangssituatie) verschilt significant van nul. Er is dus inderdaad een relatie tussen de scores op de GHQ en de aanwezigheid van psycho-

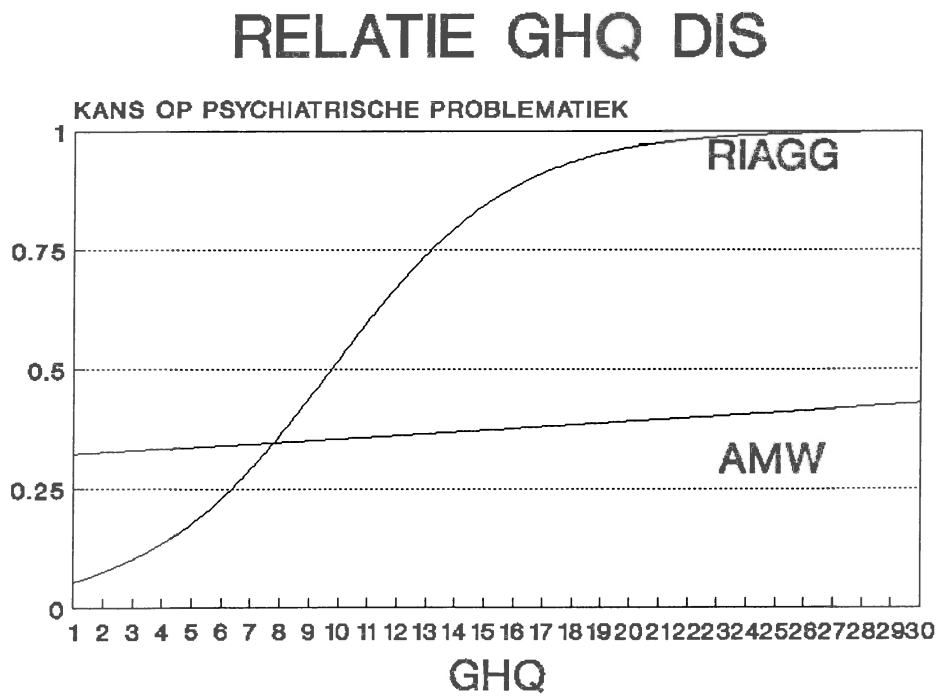
pathologie. Een tweede analyse (stap 2) leidde echter tot een significante verbetering van de Deviance. Dit tweede model levert dus een betere voorspelling van de aan- of afwezigheid van psychopathologie, zoals deze werd vastgesteld met het DIS-interview. Onder AMW-respondenten blijkt er nauwelijks (niet significant) een relatie te bestaan tussen hun score op de GHQ en de uitslag van het DIS-interview. Onder RIAGG-respondenten blijkt deze relatie groot te zijn, groter dan in STAP 1. De positieve bèta uit de eerste analyse is vrijwel volledig het gevolg van de relatie tussen GHQ en DIS onder RIAGG-respondenten. Wanneer de resultaten van STAP 1 gebruikt zouden worden, zouden ongeldige conclusies getrokken worden over het bestaan van een relatie tussen de scores op de GHQ en de uitslag van het DIS-interview voor zowel RIAGG als AMW. Onder AMW-respondenten zou onterecht uitgegaan worden van een, niet bestaande, relatie. Onder RIAGG-respondenten zou onterecht uitgegaan worden van een te zwakke relatie.

Tabel 2.2 De relatie, benaderd met behulp van logistische regressie, tussen GHQ-scores en DIS-diagnose (zonder tabaksafhankelijkheid) voor respondenten van RIAGG en AMW (N=61)

Analysestap	Deviance (df)	Onafhankelijke variabele(N)	Odds-ratio	
Stap 1:	11,9 (1)	GHQ	1,10	**
Stap 2:	26,4 (3)	AMW/RIAGG #	0,10	ns
		GHQ	1,02	ns
		AMW/RIAGG bij GHQ #	1,37	*

ns geen significant verschil tussen beide populaties (> =0,05)
* significant verschil tussen beide populaties (p<0,05)
** significant verschil tussen beide populaties (p<0,01)
# Dummy codering voor AMW of RIAGG (AMW = 0, RIAGG = 1)

Figuur 2.1 De relatie tussen GHQ-scores en de kans op psychiatrische problematiek



In Figuur 2.1 is de relatie tussen GHQ-scores en de kans op een DIS-case (gedurende de maand voorafgaand aan het interview) grafisch weergegeven. Het is duidelijk dat bij een opklimmende GHQ-score de kans op een DIS-caseness voor RIAGG-respondenten toeneemt, terwijl deze voor AMW-respondenten niet toeneemt. Met een GHQ-score groter of gelijk aan 10 heeft een RIAGG-respondent meer dan 50% kans een DIS-case te zijn. De AMW-respondenten, in dit bestand, hebben een constante kans van ongeveer 40% om een DIS-case te zijn. Er is geen relatie tussen de aan- of afwezigheid van psychiatrische problematiek en de GHQ-score onder AMW-respondenten. Dit betekent dat het ook niet mogelijk zal zijn om voor de gehele AMW-onderzoekspopulatie uitspraken te doen over de prevalentie van psychiatrische problematiek.
Gezien de tegenstrijdige resultaten voor respondenten van AMW en RIAGG wordt in dit rapport de GHQ opgevat als een maat voor de mate van onwelbevinden, een maat voor de graad van het ervaren ongemak. Deze

mogelijke interpretatie werd eerder door Duncan-Jones e.a. (14), Marks e.a. (15) en Dohrenwend e.a. (36) en Jorm e.a. (37) en D'Arcy (16) gegeven. Alleen voor de RIAGG-respondenten kan de GHQ-score daarnaast gebruikt worden om de psychiatrische prevalentie uit te rekenen.
Opgemerkt moet worden dat de selectie, benadering en manier van interviewen van RIAGG- en AMW-respondenten volgens exact dezelfde procedures is verlopen. De verschillen lijken daarom reële verschillen te zijn. Onder RIAGG-respondenten is duidelijk een relatie aanwezig tussen de toename van de mate van onwelbevinden en de kans op psychopathologie. Bij AMW-respondenten bestaat deze relatie niet: de mate van onwelbevinden is niet gerelateerd aan een verhoogde kans op psychiatrische problematiek. Dit onderzoeksresultaat lijkt uniek, doorgaans wordt wel een relatie tussen de GHQ-score en de kans op psychiatrische problematiek gevonden.

2.4. Analyse

De analyse van de gegevens uit de intake gesprekken geeft een overzicht van de verdeling van GHQ-scores, BIOPRO-scores en SCL-90-scores en de hulpvraag over de instellingen voor AMW en RIAGG. In eerste instantie zullen frequentietabellen opgesteld worden, terwijl verschillen tussen beide cliëntenpopulaties getoetst zullen worden. Aan de orde komen: demografische variabelen, contacten met de GGZ en AMW, mate van onwelbevinden en de hulpvraag. Gebruik wordt gemaakt van verdelingsvrije toetsen, omdat normaliteit van de meeste te toetsen verdeling niet aangenomen mag worden en omdat goede verdelingsvrije alternatieven beschikbaar zijn (38). Voor het vergelijken van de scores tussen twee continue of ordinale schalen wordt gebruik gemaakt van de Mann-Withney test. Voor de vergelijking van scores op categoriale variabelen wordt gebruik gemaakt van de chi-kwadraat toets.
Deze analyses leveren het onderzoeksmateriaal ter beantwoording van de onderzoeksvraag 1: de karakterisering van de problemen, hulpvragen en problematiek van beide onderzoekspopulaties. Voor een deel beantwoorden deze analyses ook onderzoeksvraag 2: verschillen in problemen, hulpvraag en problematiek.
Onderzoeksvraag 2 is de vraag naar het bestaan van een overlap. Onderzoeksvraag 2 is breed geformuleerd. Het begrip 'overlap' kan op zeker twee manieren uitgewerkt worden. Beide manieren zijn relevant voor dit onderzoek. De eerste manier is de vraag naar het bestaan van verschillen (bijvoorbeeld verschillen in de score op de GHQ). Als er geen verschillen zijn tussen beide populaties, dan is de overlap 100%. Bovengenoemde analyse van de verschillen in problemen, hulpvraag en problematiek beantwoorden dit aspect van onderzoeksvraag 2. Het is echter heel goed mogelijk dat de overlap

geen 100% is. Dit betekent dan nog niet dat er helemaal géén overlap is. Voor de beantwoording van de vraag: is er sprake van een overlap, terwijl er wel een verschil is, is een andere analyse nodig dan het eenvoudig vergelijken van populatiegemiddelden.
Centraal in deze analyse staat de vraag of het mogelijk is om op basis van de score van een respondent op een relevante vragenlijst (bijvoorbeeld de GHQ) een betrouwbare uitspraak te kunnen doen over de vraag of het gaat om een cliënt van RIAGG of AMW. Als dit mogelijk is, dan overlappen de (GHQ-)verdelingen van de cliënten van AMW en RIAGG elkaar niet. Deze analyse wordt ook genoemd in onderzoeksvraag 3, terwijl onderzoeksvraag 4 met dezelfde soort analyse beantwoord kan worden.
Deze analyse richt zich dus niet op het aantonen van verschillen in, op zich staande, kenmerken van beide populaties. Deze analyse richt zich op de vraag of het mogelijk is beide onderzoekspopulaties van elkaar te onderscheiden op basis van informatie over de problemen, gepresenteerde hulpvraag en problematiek: Is het zo dat kennis van de problemen, de hulpvraag of de problematiek een onderscheidend criterium is voor de verdeling van cliënten over AMW of RIAGG. Is het mogelijk om de verdeling van cliënten over beide instellingen te voorspellen op basis van hun problemen, hulpvraag en ervaren problematiek en in hoeverre spelen andere cliëntkenmerken een rol bij de verdeling van cliënten over beide instellingen.
Voor deze analyse wordt gebruik gemaakt van een multivariate analysemethode. Hiermee is het mogelijk meerdere verklarende variabelen tegelijkertijd in één analyse op te nemen, en daarmee hun gelijktijdige invloed op de verdeling van cliënten over beide onderzoekspopulaties te beschouwen. De statistische multivariate methode die hiervoor gebruikt wordt is de logistische regressie. Voor het schatten van de parameters wordt gebruik gemaakt van een maximum likelihood schatting. Middels deze analysemethode is het mogelijk de meest optimale verzameling cliëntkenmerken te selecteren, die zo goed mogelijk de verdeling van cliënten over AMW en RIAGG beschrijft. Deze methode lijkt sterk op de meer bekende discriminanten-analyse met als methode voor het schatten van de parameters de discriminant-functie. Logistische regressie heeft de voorkeur omdat logistische regressie nauwkeuriger resultaten oplevert in een analyse met onafhankelijke variabelen waarvan de verdeling niet normaal is (39). Met name voor dichotome afhankelijke variabelen overschat de discriminant-functie de grootte van de relatie tussen afhankelijke en onafhankelijke variabele. Dit doet een maximum likelihood schatting niet. Daarnaast levert de logistische regressieanalyse parameters op die omgerekend kunnen worden tot odds-ratio's.
Voor het interpreteren van de onderzoeksresultaten zal het percentage juist voorspelde respondenten gebruikt worden, naast de delta deviance. Op basis van het toeval zal het mogelijk zijn om ongeveer de helft van het aantal

respondenten correct te verdelen over RIAGG en AMW. Bij het beoordelen van de voorspellende kracht van één of meer onafhankelijke variabelen dient dit overwogen te worden. Een percentage van rond de 50% correct ingedeelden wijst erop dat de verklarende variabele géén informatie bijdraagt voor de voorspelling. Een percentage van 100% juist ingedeelde respondenten wijst op een overlap van 0% met betrekking tot de variabelen die in de analyse zijn meegenomen: het onderscheid tussen RIAGG en AMW zou in dit geval perfect zijn.

Het analyseproces wordt afgesloten met enkele nadere analyses: De invloed van het intakegesprek op de verdeling van cliënten over AMW of RIAGG, de invloed van de huisarts op de verdeling van cliënten over AMW of RIAGG, de invloed van de burgelijke staat op de score op de screeningslijsten en de invloed van regionale verschillen op de verdeling van de cliënten over AMW of RIAGG.

2.5. Onderzoekspopulatie

De probleemstelling heeft betrekking op de verdeling van cliënten over AMW en RIAGG. Daarom bestaat de onderzoekspopulatie uit cliënten van deze instellingen op het moment dat ze deze instellingen binnen komen. Daarnaast heeft het onderzoek betrekking op de RIAGG-cliënten van de afdeling volwassenenzorg. Daarom wordt als leeftijdsgrens 18-65 gesteld.

Het onderzoek is uitgevoerd in 4 regio's: Oost-Gelderland, IJsselland, Nijmegen en omstreken en Rotterdam-Zuid. Nadat vast was komen te staan dat de RIAGG's in deze regio's aan het onderzoek mee wilden werken werden de instellingen voor AMW benaderd om ook aan het onderzoek mee te werken. In de regio's Oost-Gelderland, IJsselland en Nijmegen zijn 13 AMW's benaderd, waarvan er uiteindelijk 11 meewerkten. In Rotterdam Zuid hebben maatschappelijk werkenden van 5 bureaus (van de in totaal 13 bureaus) aan het onderzoek meegedaan.

De keuze van de instellingen kan aanleiding geven tot een ongewilde selectie van respondenten. In dit onderzoek is gestreefd naar een brede aanwezigheid van verschillende soorten instellingen. Zo is de RIAGG Oost-Gelderland benaderd voor medewerking aan dit onderzoek. Deze RIAGG bedient een groot ruraal gebied. De RIAGG's IJsselland (Deventer/Zutphen) en Nijmegen bedienen beide een gemengd gebied: zowel ruraal als stedelijk. De vierde RIAGG, RIAGG Rotterdam-Zuid, is de grootste van Nederland en bedient een louter stedelijke omgeving. Het belang van de variabele verstedelijking bij de

selectie van instellingen ligt in het feit dat in steden de problematiek anders kan zijn dan in de rurale gebieden. In het regio-project wordt melding gemaakt van een dergelijk gegeven (19). Daarnaast is de fysieke afstand voor de cliënt naar de RIAGG in een stedelijke omgeving vaak kleiner dan in een rurale omgeving.

Bij iedere instelling is er naar gestreefd zoveel mogelijk hulpverleners aan het onderzoek mee te laten werken: hierdoor kon de belasting per hulpverlener laag blijven, en konden selectie-effecten geminimaliseerd worden. In totaal hebben 53 RIAGG-medewerkers en 60 AMW'ers aan het onderzoek meegewerkt.

Gedurende een periode van 4 maanden werden cliënten benaderd die voor een eerste- of intake-gesprek bij één van de instellingen kwamen. Aan het einde van dit gesprek werd iedere cliënt gevraagd om medewerking aan het onderzoek, totdat een van te voren afgesproken aantal cliënten aan het onderzoek meewerkte. Cliënten die te verward waren om aan het onderzoek mee te doen, het Nederlands niet beheersten of niet konden lezen werden, na constatering van dit gegeven, niet verder gevraagd om aan het onderzoek mee te werken. De crisisdienst van de RIAGG en de 7*24 uurs bereikbaarheidsdienst van het AMW is van het onderzoek uitgesloten. De crisisdienst van de RIAGG levert ongeveer 20% van de volwassen eerste inschrijvingen bij de RIAGG (8). In 1989 had 74% van de AMW instellingen een 7*24 uurs bereikbaarheid (9). Welk aandeel van de inschrijvingen hieruit voortkomt is niet bekend. Wanneer de tijdsdruk het niet toeliet iedere cliënt te vragen werd op voorhand, zonder kennis van de cliënt, besloten een aantal cliënten niet te benaderen.
Op de verdeling van cliënten over de hulpverleners voor deze eerste gesprekken hebben de hulpverleners relatief weinig invloed. Door cliënten reeds bij dit eerste contact te benaderen werd een mogelijk hulpverlener-gebonden selectie-effect zo minimaal mogelijk gehouden. Weigeringen van cliënten om aan het onderzoek mee te werken werden geregistreerd door de hulpverlener.

2.6. Respons

Van 296 RIAGG-cliënten en 366 AMW-cliënten werden ingevulde vragenlijsten ontvangen. Vrijwel alle hulpverleners retourneerden hun registratieformulieren met redenen voor cliënten om niet aan het onderzoek mee te doen. Zij droegen 351 AMW-respondenten respectievelijk 267 RIAGG-respondenten aan het onderzoek bij. Gezamenlijk vertegenwoordigen zij 618 respondenten

(93%). Zij registreerden van 16 cliënten van de RIAGG en 29 van het AMW dat dezen niet aan het onderzoek konden meedoen, omdat ze de Nederlandse taal onvoldoende beheersten om de lijst in te kunnen vullen. Te verward of in crisis bleken 15 RIAGG-cliënten en 22 AMW-cliënten volgens deze registraties. De hulpverleners registreerden 89 weigeringen, wat neer komt op een non-respons van 14%. Onbekend is het aantal cliënten waarvan weigeringen niet geregistreerd zijn. Dit geldt ook voor de mate waarin de hulpverleners zich gehouden hebben aan de hierboven beschreven methodiek van cliëntenwerving. Gesteld kan worden dat de non-responscijfers geen aanleiding geven om grote selectie-effecten te verwachten.

Tabel 2.3 Redenen voor weigering van 83 cliënten voor deelname aan het onderzoek

Redenen	Aantal RIAGG	AMW
Geen tijd/behoefte/zin	19	25
Lijst niet geretourneerd door cliënt	4	7
Vragenlijst te moeilijk/te zwaar	0	8
Anders (cliënt te gevaarlijk, wantrouwend, o.i.v. alcohol, ziekte van Parkinson, te belastend, vult nooit formulieren in, onbekend)	16	10

2.7. Conclusies

Bij de opzet van deze studie stond ons voor ogen cliënten van AMW en RIAGG met elkaar te vergelijken op de enkelvoudigheid of meervoudigheid van hun problemen, hun hulpvragen en de aanwezigheid van psychopathologie. Daarnaast bestond het voornemen om enkele sociaal-demografische variabelen vast te stellen ter karakterisering van de onderzoekspopulaties, en ook om te onderzoeken of deze variabelen een verklaring zouden kunnen geven voor de verdeling van de cliënten over AMW of RIAGG. Voor het vaststellen van de situatiespecificiteit of generalising van de problemen vonden we een betrouwbaar meetinstrument: de BIOPRO. Ook de keuze voor de sociaal-demografische variabelen leverde geen moeilijkheden op. Voor het vaststellen van de psychiatrische prevalentie achtten wij ons gelukkig met de beschikbaarheid van twee meetinstrumenten die in diverse onderzoeken hun bruikbaarheid reeds hadden getoond. Deze instrumenten zouden een goed beeld kunnen geven van de mate van onwelbevinden die de cliënten van AMW en RIAGG ervaren. Daarnaast zouden de scores op deze screeningslijsten gerelateerd kunnen worden aan de prevalentie van

psychiatrische problematiek middels een transformatieformule of een vergelijking met referentiepopulaties. Voor het vaststellen van de exacte parameters van de transformatieformule werd besloten een ijkingsonderzoek te doen. Scores op de GHQ werden vergeleken met de aan- of afwezigheid van psychiatrische problematiek. Middels logistische regressie werden de parameters voor de transformatieformule berekend. Onze verrassing en teleurstelling was groot toen bleek dat voor AMW-respondenten geen relatie bestond tussen GHQ-scores en de aan- of afwezigheid van psychiatrische problematiek. Voor de respondenten van de RIAGG werd wel een significantie relatie gevonden. Aangezien de procedures en methodes onder AMW respondenten identiek waren aan die gebruikt onder RIAGG respondenten kon het ontbreken van een relatie niet terzijde geschoven worden als een kennelijke tekortkoming in de procedures. Blijkbaar zit de relatie tussen onwelbevinden en psychiatrische problematiek anders in elkaar voor RIAGG-respondenten als voor AMW-respondenten. Daarom moet de conclusie van dit hoofdstuk zijn dat het onmogelijk zal zijn om in dit onderzoek uitspraken te doen over de psychiatrische prevalentie onder AMW-respondenten. Voor RIAGG-respondenten zijn dergelijke uitspraken wel te doen. In de discussie en conclusies van dit rapport worden de inhoudelijke consequentie van deze resultaten besproken.
De ontwikkeling van een instrument om de zelf geformuleerde hulpvraag te classificeren leverde bevredigende resultaten op. Een classificatiesysteem werd ontwikkeld met 36 sub- en 6 hoofdcategorieën. Cohen's kappa, een maat voor de eenduidigheid van het classificatiesysteem, was 79% voor de 36 subcategorieën en 87% voor de 6 hoofdcategorieën: voldoende om te dienen als betrouwbare basis voor de analyse van de hulpvragen. We registreerden slechts een gering aantal weigeringen van cliënten om aan het onderzoek mee te doen: 14%. Hierin vinden we geen aanleiding om te vrezen voor grote selectie-effecten door non-respons.

3. RESULTATEN

Inleiding

Nadat in hoofdstuk 2 beschreven is hoeveel hulpverleners en cliënten aan dit onderzoek meedoen, met welke meetinstrumenten het onderzoek is aangepakt, en welke analyses uitgevoerd worden, volgen in dit hoofdstuk de onderzoeksresultaten. Begonnen wordt met een beschrijving van de demografische kenmerken van de onderzoekspopulatie.
Na de beschrijving van de demografische kenmerken wordt ingegaan op de contacten van de respondenten met hulpverleners: verwijzers en eerdere contacten met de GGZ of AMW. Daarna wordt ingegaan op de mate van onwelbevinden, en de mate van situatiespecificiteit van de problemen zoals deze is gemeten met de GHQ, de BIOPRO en de SCL-90. Als laatste komt de hulpvraag, zoals deze is verwoord door de respondent zelf, aan de orde. Deze beschrijving zal afgesloten worden met een multivariate analyse waarin het, relatieve, belang getoetst wordt van al deze variabelen voor de verdeling van de respondenten over AMW of RIAGG. Het analyseproces wordt afgesloten met enkele nadere analyses ter nuancering van de tot dan gevonden onderzoeksresultaten.

In dit hoofdstuk zal een consequent onderscheid gemaakt worden tussen de begrippen 'cliënten' en 'respondenten'. Het begrip 'cliënten' staat voor de werkelijke 'cliënten' van AMW en RIAGG. Het begrip 'respondenten' staat voor de cliënten van AMW en RIAGG die aan dit onderzoek hebben meegedaan.

3.1. Beschrijving van de onderzoekspopulatie

In Tabel 3.1 worden de sociaal-demografische kenmerken van de twee onderzoekspopulaties weergegeven. De twee onderzoekspopulaties blijken niet van elkaar te verschillen in leeftijd. Zowel onder AMW-respondenten als RIAGG-respondenten komen meer vrouwen dan mannen voor, bij het AMW is dit meer. De populaties verschillen niet significant in burgerlijke status. De populaties verschillen sterk wat betreft hun opleidingsniveau: AMW-respondenten zijn lager opgeleid. Verder hebben AMW-respondenten minder vaak een betaalde baan. Geen verschil werd geconstateerd in de etniciteit van de respondenten van AMW en RIAGG, noch waren de hulpverleners van mening dat de beide respondentenpopulaties zich van elkaar onderscheiden in hun vermogen om de hulpvraag te formuleren.

In Tabel 3.1 staan ook enkele cijfers weergegeven die gelden voor de Nederlandse bevolking (40). Zo is een vergelijking van de onderzoekspopulatie met de Nederlandse bevolking mogelijk. De leeftijdsverdeling van de beide respondenten-populaties wijkt af van die van de Nederlandse bevolking, met name de leeftijdsklassen 25-45 zijn relatief oververtegenwoordigd. Het percentage vrouwen in beide populaties ligt boven dat van de Nederlandse bevolking. Onder beide populaties is het aantal gescheiden mensen relatief groot, vergeleken met de Nederlandse bevolking. Het aantal mensen met een betaalde baan vergeleken met het aantal onder de Nederlandse bevolking ligt voor RIAGG-respondenten op een zelfde niveau en veel lager voor AMW-respondenten. Een basis voor vergelijking van het opleidingsniveau is het onderzoek naar de leefsituatie van de Nederlandse bevolking (41). De classificatie die in dit CBS-onderzoek gehanteerd wordt, wijkt enigszins af van de classificatie uit ons onderzoek. Het opleidingsniveau van de RIAGG-respondenten komt goeddeels overeen met dat van de Nederlandse bevolking. Het opleidingsniveau van de AMW-respondenten ligt duidelijk onder dat van de Nederlandse bevolking. AMW-respondenten zijn vooral oververtegenwoordigd in de categorieën tot en met Lager Beroeps Onderwijs. Daarnaast zijn AMW-respondenten ondervertegenwoordigd in de opleidingscategorie HBO en WO.

Tabel 3.1 Sociaal demografische kenmerken van de twee onderzoeks-populaties: respondenten van AMW (N=366) en RIAGG (N=296)

Kenmerken	AMW (%)	RIAGG (%)	Totaal (%)		Landelijk (%) #
Leeftijd					
tot 25	16	17	16		18
25 - 35	38	36	37		26
35 - 45	26	30	28		24
45 - 55	12	11	11		17
55 - 65	8	6	7		15
Gemiddeld	37	36	36	ns	
Geslacht					
Vrouw	69	62	66	*	49
Burgerlijke staat					
Gehuwd	46	45	45	ns	64
Gescheiden	20	16	18		6
Weduw(e)(naar)	6	3	5		3
Ongehuwd	29	35	32		27
Hoogst gevolgde opleiding					
Geen, LO	21	13	18	***	18
LBO	31	26	29		20
MAVO	13 }	17 }	15		}
MBO/HAVO/VWO	25 }38	25 } 42	25		}48
HBO/WO	9	19	13		15
Werkzaamheden					
Betaalde baan	37	53	44	**	
Huishouden	25	17	21	∞	
Werkloos/WAO	19	15	17		
Anders	19	15	18		
Etniciteit					
Behoort tot etnische minderheid	9	8	9	ns	
Verwoorden hulpvraag					
Verwoordt duidelijk	72	77	74	ns	
Verwoordt met moeite	18	16	17		
Behoefde hulp	10	7	9		

° Dit verschil is significant voor zowel mannen (p<,05) als voor vrouwen (p<0,01).
∞ Dit verschil is significant zowel voor mannen (p<,001) als voor vrouwen (p<0,05).
* significant verschil tussen populaties(p<,05)
** significant verschil tussen populaties (p<,01)
*** significant verschil tussen populaties (p<,001) ns:geen significant verschil tussen populaties
\# (40,41) De cijfers zijn gecorrigeerd voor de populatiegrenzen, de leeftijdsverdeling in de Nederlandse bevolking en de verdeling man/vrouw=2/3

Het is min of meer mogelijk enkele cijfers uit Tabel 3.1 te vergelijken met de registratiegegevens van het AMW. De leeftijdsopbouw van de cliëntèle van het AMW komt sterk overeen met die in deze studie: de lagere leeftijdsklasses zijn oververtegenwoordigd (42). In 1989 bestond de AMW-cliëntèle voor 58% uit vrouwen (4). De 69% vrouwen in onze studie wijkt hier van af. Volgens de AMW-registratiegegevens blijkt dat ongeveer de helft (51%) van de AMW-cliënten in een gezin woont (4). Dit is niet direct vergelijkbaar met de categorie 'gehuwden' in onze studie. Ook ongehuwden kunnen in gezinsverband samenwonen: tussen de 46% en de 75% van de AMW-respondenten zouden in een gezin kunnen wonen. Het is duidelijk dat de waarde van 51% binnen deze range ligt. Uit de AMW registratiegegevens blijkt dat 43% van de AMW-cliënten inkomen uit arbeid heeft. In onze onderzoekspopulatie ligt het percentage respondenten met een betaalde baan lager: 37%. Dit verschil kan goeddeels verklaard worden: in ons onderzoek is niet gevraagd naar de hoofdbron van inkomsten -zoals bij de AMW-registratie- maar naar de werkzaamheden. Zo zegt een kwart van de respondenten huishoudelijk werk te doen. Voor hen kan de hoofdbron van inkomsten komen van een betaalde baan van hun partner. Wanneer deze 25% buiten beschouwing gelaten wordt, is het percentage AMW-respondenten met een betaalde baan: 49%, een waarde die ligt boven de AMW-registratie-waarde van het percentage cliënten met een inkomen uit een baan. Het aantal respondenten met een betaalde baan lijkt daarom niet sterk af te wijken van dit aantal onder AMW-cliënten in het algemeen. Geconcludeerd kan worden dat in vergelijking met de AMW-registratiegegevens de onderzoekspopulatie uit relatief meer vrouwen bestaat. Andere belangrijke verschillen kunnen niet geconstateerd worden.

Ook de respondenten van de RIAGG kunnen vergeleken worden met registratiegegevens (8). Van de landelijk geregistreerde RIAGG-inschrijvingen bij de volwassenenzorg valt 77% in de leeftijdsklasse tot 45 jaar, tegen 83% in ons onderzoek. Uit de registratiegegevens blijkt dat 56% van de RIAGG-aanmelding bij de volwassenenzorg een vrouw is. Dit ligt onder de 62% uit onze studie. Van de volwassen (22-64 jaar) RIAGG-cliënten is 60% gehuwd, 12% gescheiden, 2% verweduwd en 26% ongehuwd. In de onderzoekspopulatie is het percentage gehuwden ondervertegenwoordigd. Voor het opleidingsniveau en het wel of niet hebben van een baan onder de RIAGG-cliënten geeft het statistische zakboekje geen cijfers.
Geconcludeerd kan worden dat het aantal 'jongere' respondenten in ons onderzoek iets (83% tegen 76%) oververtegenwoordigd is vergeleken met de RIAGG-registratiegegevens. Ook bestaat de onderzoekspopulatie uit meer vrouwen, en zijn de ongehuwde, gescheiden en verweduwde mensen oververtegenwoordigd (51% tegen 40%).

Onder de cliënten van beide instellingen komen meer jongeren en meer vrouwen met een hulpvraag, vergeleken met de samenstelling van de Nederlandse bevolking. De onderzoekspopulatie kent deze selectie ook. In de onderzoekspopulatie is het aantal vrouwen relatief extra vertegenwoordigd.
Onder cliënten van beide instellingen is een hoger percentage gescheidenen aanwezig dan onder de Nederlandse bevolking. Ook in de onderzoeks-populatie is dit verschijnsel aanwezig, hoewel het bij de RIAGG-populatie iets sterker aanwezig is.
AMW-cliënten hebben minder vaak een betaalde baan, vergeleken met de Nederlandse bevolking. Onder de AMW-respondenten in onze studie is dezelfde trend aanwezig.
RIAGG-respondenten hebben vaker een baan dan AMW-respondenten. Het opleidingsniveau en het percentage met een betaalde baan onder de RIAGG-respondenten is vergelijkbaar met dat van de Nederlandse bevolking, terwijl het opleidingsniveau van de AMW-respondenten duidelijk lager ligt dan dat van de Nederlandse bevolking.

3.2. Eerdere contacten met hulpverleners

Tabel 3.2 geeft de contacten van de respondenten met hulpverleners weer. Ongeveer de helft van alle respondenten heeft reeds eerder contact gehad met een hulpverlener uit het GGZ-veld, of AMW. AMW-respondenten hebben iets vaker eerder contact gehad met een hulpverlener uit het GGZ-veld of AMW. Wordt het AMW buiten beschouwing gelaten dan blijkt ongeveer een derde van de respondenten eerder contact te hebben gehad met het GGZ-veld. Opmerkelijk is dat deze laatste waarde niet verschilt voor AMW of RIAGG.

AMW-respondenten hebben vaker (34%) eerder contact gehad met een AMW-instelling. RIAGG-respondenten hebben iets vaker eerder contact gehad met een RIAGG, een vrijgevestigd psycholoog en een PAAZ. Maar ook 21% van de AMW-respondenten heeft eerder contact gehad met de RIAGG en 25% van de RIAGG-respondenten heeft eerder contact gehad met een AMW-instelling. AMW-respondenten hebben vaker op eigen initiatief contact gezocht met een hulpverlener, terwijl RIAGG-respondenten vaker door de huisarts zijn verwezen en bijna een kwart van de RIAGG-respondenten op eigen initiatief is gekomen.

Volgens de AMW-registratiegegevens (4) komt 55% van de AMW-cliënten op eigen initiatief. De 41% uit deze studie ligt iets lager. Van de verwijzers is de huisarts verreweg de belangrijkste volgens de registratiegegevens. Dit komt overeen met de gegevens uit onze studie.

Uit de landelijke registratiegegevens van de RIAGG's (8) blijkt dat 21% van de cliënten van de volwassenenzorg op eigen initiatief komt. De 22% uit onze studie wijkt hier niet van af. Twee procent van de volwassenenzorg cliënten is verwezen door het AMW en 51% door de huisarts. Dit cijfer voor de verwijzing door het AMW komt overeen met onze cijfers, terwijl de 57% verwezen door de huisarts in onze onderzoekspopulatie niet sterk afwijkt van de 51% bij de volwassenenafdeling RIAGG-cliënten. De cijfers voor de centrale intake van de RIAGG (23% eigen initiatief, 2 % via AMW en 59% via de huisarts) liggen nog dichter bij onze cijfers.

Van de onderzoekspopulatie lijken alleen de AMW-respondenten zich te onderscheiden van de AMW-cliënten doordat de laatsten relatief wat vaker op eigen initiatief om hulp komen bij het AMW.

Tabel 3.2 De contacten met hulpverleners door respondenten van AMW (N=366) en RIAGG (N=296)

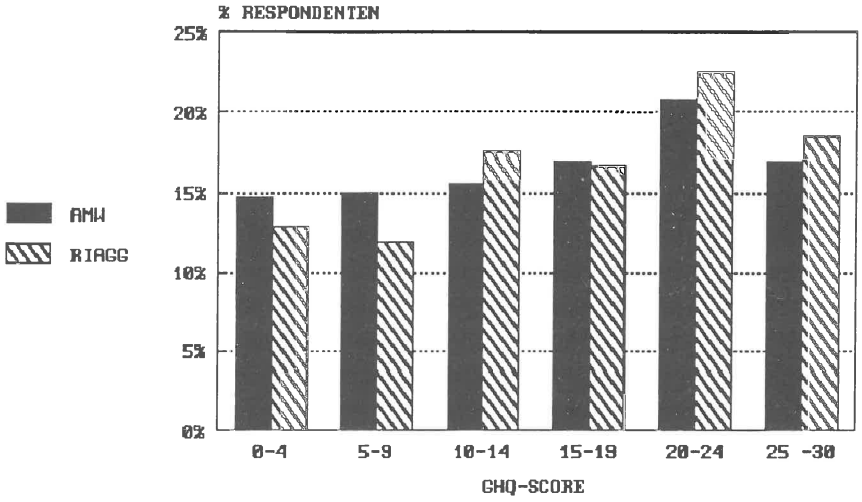
Hulpverlenerscontacten	AMW (%)	RIAGG (%)	Totaal (%)	
Eerdere contacten met				
AMW	34	25	31	*
RIAGG	21	32	25	**
Vrijgevestigd psycholoog	4	9	6	*
Vrijgevestigd psychiater	6	8	7	ns
PAAZ	5	10	7	*
CAD	3	4	3	ns
Opvangcentrum	3	3	3	ns
Anders	7	14	10	**
Minimaal 1x eerder contact gehad	53	45	48	*
Minimaal 1x eerder contact met GGZ (exclusief AMW)	34	37	35	ns
Verwijzer				
Eigen initiatief	41	22	33	***
Huisarts	38	57	46	
Psychiater/PAAZ	0	5	2	
CAD	1	1	1	
RIAGG/AMW	2	2	2	
Gezinszorg	3	0	2	
Anders	15	13	14	

* significant verschil tussen populaties (p<,05)
** significant verschil tussen populaties (p<,01)
*** significant verschil tussen populaties (p<,001)
ns geen significant verschil tussen beide populaties

De respondenten van AMW en RIAGG onderscheiden zich vooral van elkaar doordat RIAGG-respondenten vaker verwezen zijn door een huisarts dan AMW-respondenten. Onder beide respondenten-populaties is een hoog percentage (ongeveer de helft) dat reeds eerder contact had met een GGZ-hulpverlener, of het AMW. De meest genoemde hulpverlener waar eerder contact mee is geweest, is die hulpverlener waar ook nu weer om hulp wordt gevraagd. Daarnaast valt op dat RIAGG en AMW een belangrijk deel van hun respondenten 'gezamenlijk' hebben: meer dan 20%.

3.3. Scores op de screeningslijsten

Figuur 3.1 GHQ-scores respondenten RIAGG en AMW



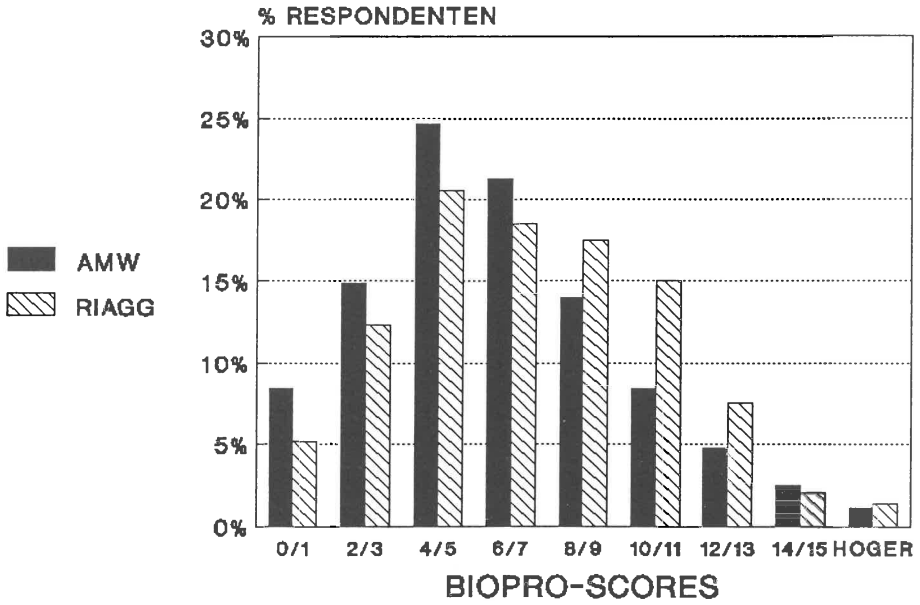
In figuur 3.1 staan de scores van de respondenten op de GHQ. Een hoge score wijst op een hoge mate van onwelbevinden. De verdelingen voor beide respondentengroepen zijn flink gespreid over de mogelijke scores. In Tabel 3.3 staan de gemiddelde GHQ-scores weergegeven. Beide populaties verschillen niet van elkaar in hun GHQ-scores. De gemiddelde score op de GHQ is hoog: 15. Een GHQ-score van meer dan 9 heeft 75% van de RIAGG-respondenten en 70% van de AMW-respondenten. Gebaseerd op de relatie tussen de GHQ-scores en de DIS-diagnose van de laatste maand (zie Tabel 2.2) is de prevalentie van mogelijke psychiatrische problematiek onder de RIAGG-respondenten te berekenen. Deze komt uit op 74%. De prevalentie onder AMW-respondenten is niet uit te rekenen vanwege het ontbreken van een duidelijke relatie tussen GHQ en DIS-diagnose.

Tabel 3.3 Gemiddelde scores op de screeningsvragenlijsten GHQ, SCL-90 en BIOPRO door respondenten van AMW (N=366) en RIAGG (N=296)

	AMW	RIAGG	Totaal	
GHQ	15,2	16,1	15,7	ns
BIOPRO	6,1	7,0	6,6	***
SCL-90	2,0	2,2	2,1	***
Agorafobie	1,6	1,8		***
Angst	2,2	2,4		***
Depressie	2,3	2,6		***
Somatische klachten	2,0	2,2		**
Insufficiëntie van denken/handelen	2,1	2,3		***
Wantrouwen/interpersoonlijke/sensitiviteit	1,9	2,2		***
Hostiliteit	1,7	1,8		ns
Slaapproblemen	2,5	2,5		ns

** significant verschil tussen beide populaties (p<0,01)
*** significant verschil tussen beide populaties (p<0,001)
ns geen significant verschil tussen beide populaties

Figuur 3.2 BIOPRO-scores van respondenten van RIAGG en AMW



In Figuur 3.2 staan de scores van de respondenten van RIAGG en AMW op de BIOPRO. Slechts 1% van beide populaties heeft géén BIOPRO-probleem. Onder de RIAGG-respondenten heeft 9%, en onder de AMW-respondenten 14% maximaal 2 BIOPRO-problemen. De gemiddelde BIOPRO-scores van de RIAGG-respondenten liggen significant hoger dan die van de AMW-respondenten (Tabel 3.3).

In Tabel 3.4 staan de scores van de respondenten op de afzonderlijke items van de BIOPRO weergegeven. Meer dan de helft van de respondenten geeft aan problemen te hebben met wat ze van zichzelf vinden (69%), met het leven dat ze nu leiden (60%) en het maken van zorgen over de toekomst (58%). Dit zijn items met een algemene strekking: ontevredenheid over zichzelf, het leven en de toekomst. Ook ontevredenheid over ontplooiings- en ontwikkelingskansen (40%) heeft een algemene strekking. Hierna volgen in prevalentie de relatieproblemen: contacten met anderen (45%), relatie met partner (38%), vaak alleen zijn (37%), problemen met andere personen (33%) en ouders (29%).

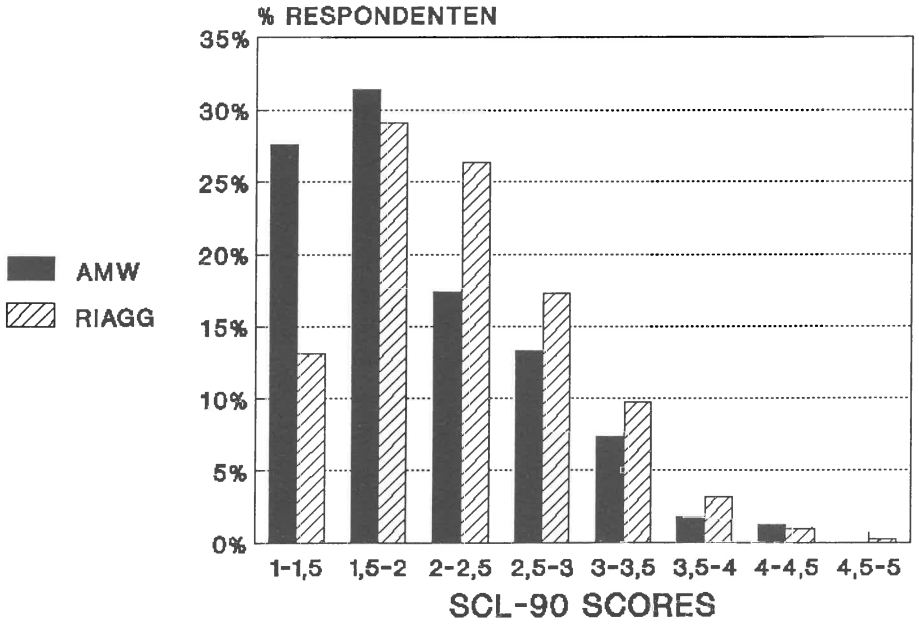
De hogere gemiddelde score op de BIOPRO onder RIAGG-respondenten wordt vooral veroorzaakt doordat zij vaker problemen hebben met wat ze van zichzelf vinden, met het leven dat ze leiden en problemen in contacten met anderen (Zie Tabel 3.4). RIAGG-respondenten hebben ook vaker sexuele problemen, problemen met het werk en problemen met het besteden van de vrije tijd. AMW-respondenten daarentegen hebben vaker financiële problemen en problemen met hun eigen kinderen.

Tabel 3.4 Scores van respondenten op afzonderlijke BIOPRO-items

BIOPRO-problemen	AMW (%)	RIAGG (%)	Totaal (%)	
Wat u van uzelf vindt	62	77	69	***
Leven dat u nu leidt	55	67	60	**
Zorgen over de toekomst	58	60	59	ns
Contacten met anderen	39	53	45	***
Ontplooiing,ontwikkeling	38	43	40	ns
Relatie met partner	36	40	38	ns
Vaak alleen zijn	33	41	37	ns
Relatie met andere personen	31	36	33	ns
Relatie met ouders	28	31	29	ns
Sexuele problemen	25	33	28	*
Financiën	32	20	27	***
Werk,baan	23	33	27	**
Besteding vrije tijd	20	29	24	**
Wonen,huisvesting	22	23	23	ns
Veranderingen in maatschappij	18	21	19	ns
Leefsituatie in woongemeente	17	16	17	ns
Kinderen	17	10	14	*
Gebruik alcohol,verdovende middelen	11	15	13	ns
Ouder worden	11	13	12	ns
Studie,opleiding	7	9	8	ns
Godsdienst	5	7	6	ns
Andere (aanvullende) problemen	33	32	33	ns

* significant verschil tussen beide populaties ($p<0,05$)
** significant verschil tussen beide populaties ($p<0,01$)
*** significant verschil tussen beide populaties ($p<0,001$)
ns geen significant verschil tussen beide populaties

Figuur 3.3 SCL-scores van respondenten van RIAGG en AMW



In Figuur 3.3 staan de SCL-90-scores van de respondenten van RIAGG en AMW. Uit Tabel 3.3 blijkt dat RIAGG-respondenten gemiddeld hoger scoren dan AMW-respondenten. RIAGG-respondenten scoren ook hoger op de meeste subschalen van de SCL-90 (Tabel 3.3). De gemiddelde score op de SCL-90 van AMW-respondenten is 2,0 en van RIAGG-respondenten 2,2.

Respondenten van AMW en RIAGG scoren niet verschillend op de GHQ. Wel verschillen de scores op de BIOPRO en de SCL-90, inclusief de subschalen: RIAGG-respondenten scoren hoger.

3.4. Analyse van de hulpvraag

De hulpvraag kent een groot aantal categorieën (Zie bijlage 1). Voor een heldere bespreking worden de resultaten van de analyse van de hulpvraag stapsgewijs besproken.

In Tabel 3.5 zijn de scores op de hoofdcategorieën weergegeven. Bijna de helft (42%) van de hulpvraag kan gekarakteriseerd worden als 'intra-

psychisch', een derde heeft te maken met relatieproblemen, de rest betreft somatiek (5%), materiële hulpvragen (10%) en een restcategorie. Vanwege het grote aantal 'intrapsychische' hulpvragen werd deze categorie in drie clusters gedeeld. De eerste 9 categorieën kregen de naam 'Intrapsychisch: symptomen', met een prevalentie van 25%. De volgende 8 categorieën ontvingen de naam 'Intrapsychisch: diagnostische labels', met een prevalentie van 9%. De laatste categorie bleef op zich bestaan: 'meervoudige intrapsychische problemen', met een prevalentie van 9%. Het onderscheid tussen de eerste twee clusters categorieën is formeel en daarmee niet noodzakelijk inhoudelijk van aard. Bij het ontwikkelen van het categorieënsysteem werden categorieën gecreëerd die qua terminologie verwant zijn aan diagnostische categorieën in de psychiatrie (zie bijlage 1). Deze categorieën zijn tezamen genomen in het cluster 'diagnostische labels'. Dit is een arbitraire indeling en heeft met name betrekking op de manier waarop respondenten hun hulpvraag formuleren. Bij het indelen van de hulpvragen is hier dan ook van uitgegaan. Slechts wanneer respondenten een van de 'officiële' termen noemden, werd de hulpvraag in deze cluster ingedeeld. Gezien de hoge kappa lijkt deze handelwijze juist: de gecreëerde categorieën leiden tot een redelijk eenduidig categorieënsysteem. Het karakter van de categorie 'symptomen' problemen ligt meer op de symptomen die genoemd worden zonder een diagnostische connotatie. De hulpvragen met meervoudige intrapsychische problemen, tenslotte, zijn hulpvragen met problemen uit meer dan één categorie van zowel de 'symptomen' als de 'diagnostische labels'.

Tabel 3.5 De hulpvraag in hoofdcategorieën van respondenten van AMW (N=366) en RIAGG (N=296)

Hulpvraag	AMW (%)	RIAGG (%)	Totaal (%)	
Intrapsychisch				
intrapsychische symptomen	24,3	24,6	24,5	ns
diagnostische labels	5,3	14,0	9,2	**
meervoudig intra-psychisch	3,0	15,4	8,5	***
Totaal	32,6	54,0	42,2	***
Relatieproblemen	35,5	28,7	32,5	ns
Somatiek	2,4	8,5	5,1	**
Materieel	17,5	,8	10,0	***
Rest	12,1	8,1	10,3	*

* significant verschil tussen populaties (p<,05)
** significant verschil tussen populaties (p<,01)
*** significant verschil tussen populaties (p<,001)
ns geen significant verschil tussen populaties

In Tabel 3.6 is de prevalentie van de hulpvragen met intrapsychische problemen nader uitgesplitst. Ruim de helft van de RIAGG-respondenten presenteert een hulpvraag met intrapsychische problemen. Minder AMW-respondenten, ongeveer een derde, presenteren hulpvragen met intrapsychische problemen. RIAGG-respondenten presenteren vooral hulpvragen met 'Diagnostische labels', en hulpvragen met meervoudige intrapsychische problemen. Opmerkelijk is dat RIAGG en AMW-respondenten zich niet van elkaar onderscheiden in het aantal hulpvragen in het cluster 'Intrapsychisch: symptomen'.

Tabel 3.6 Intrapsychische hulpvragen van respondenten van AMW en RIAGG

Intrapsychische hulpvragen	AMW (%)	RIAGG (%)	Totaal (%)	
Symptomen:				
Dingen op een rijtje willen	2,4	1,8	2,1	
Levensvragen	,3	,7	,5	
Onzekerheid	4,4	4,0	4,3	
Gespannen, nerveus	5,3	5,1	5,2	
Concentratiegebrek	1,1	,5		
Moeite met rouwverwerking	3,6	,7	2,3	
Moeite met dagindeling	,3		,2	
Kan gevoelens slecht uiten	,9	1,1	1,0	
Anders intrapsychisch	7,1	9,9	8,4	
Diagnostische labels:				
Beleving sexualiteit	1,8	,8		
Incest-verwerking	,9	1,5	1,1	
Angsten, fobisch, paniek	1,5	5,1	3,1	
Psychiatrisch verleden	,6	,7	,7	
Depressie	1,2	4,0	2,5	
Hyperventilatie	,9	,4	,7	
Eetproblemen	,4	,2		
Verslaving	,3		,2	
Meervoudig intrapsychisch	3,0	15,4	8,5	
Totaal	32,6	54,0	42,2	***

***significant verschil tussen populaties (p<,001)

Onder AMW-respondenten komen relatief vaker hulpvragen rond enkelvoudige relatieproblemen voor (29% AMW en 19% RIAGG) (Zie Tabel 3.7). Dit onderscheid geldt niet voor de relatieproblemen waarbij de respondent zelf een psychische component formuleert. Deze laatste komen ongeveer even frequent voor (6% bij AMW en 10% bij RIAGG). Hulpvragen met enkelvoudige relatieproblematiek van de AMW-respondenten onderscheiden zich kwalitatief van die onder RIAGG-respondenten. Onder RIAGG-respondenten is de meest prevalente problematiek die tussen partners, terwijl onder AMW-respondenten problemen met relaties in het gezin of de familie en die op het werk relatief vaker voorkomen.

Tabel 3.7 Hulpvragen met relatieproblematiek van respondenten van AMW en RIAGG

Hulpvraag met relatieproblemen	AMW (%)	RIAGG (%)	Totaal (%)	
Enkelvoudige relatieproblematiek				
Eenzaamheid	1,2	1,5	1,3	
Problemen tussen partners	9,5	10,3	9,8	
Gezin of familie	11,5	2,9	7,7	
Anders, ook werk	7,1	4,4	5,9	
(Subtotaal	29,3	19,1	24,8	***)
Relatie- en intrapsychische problemen	6,2	9,6	7,7	ns
Totaal	35,5	28,7	32,5	ns

***significant verschil tussen populaties (p<,001)
ns geen significant verschil tussen populaties

Somatiek komt vaker voor bij de RIAGG (8,5%), bij AMW (2,4%) (zie Tabel 3.8).
De materiële hulpvraag komt nauwelijks voor bij de RIAGG (1%), en wel bij het AMW (18%) (Zie Tabel 3.8).

Tabel 3.8 Hulpvragen met somatische en materiële problemen van respondenten van AMW en RIAGG

Hulpvraag met somatische problemen	AMW (%)	RIAGG (%)	Totaal (%)	
Ziekte, handicap	,9	1,8	1,3	
Moeite met ziekte	,3	,7	,5	
Psychosomatiek	1,2	5,9	3,3	
Totaal	2,4	8,5	5,1	**

Hulpvraag met materiële problemen	AMW (%)	RIAGG (%)	Totaal (%)	
Financiële problemen	7,7		4,3	
Huisvestingsproblemen	3,6	,4	2,1	
Combi. van materiële problemen	,3		,2	
Materieel en relationeel	3,6		2,0	
Werk	,9	,4	,7	
Werkloosheid	,3		,2	
School of studie	,3		,2	
Formulieren	,3		,2	
Instanties	,6		,3	
Totaal	17,5	,8	10,0	***

** significant verschil tussen populaties (p<,01)
***significant verschil tussen populaties (p<,001)

Het ligt voor de hand de relatie te onderzoeken tussen hulpvraag en de mate van onwelbevinden. In Tabel 3.9 staan de gemiddelde scores op de screeningslijsten GHQ, BIOPRO en SCL-90 voor elk van de 8 hoofdcategorieën. Toetsing van de verschillen in de scores tussen deze hoofdcategorieën levert een beeld op dat voor de drie screeningsinstrumenten min of meer identiek is. Het hoogst scoren de categorieën met meervoudige problemen: 'relatieproblemen in combinatie met intrapsychische problemen' en 'meervoudige psychische problemen'. Daarna volgt een cluster van 4 categorieën: 'Intrapsychisch: symptomen', 'Somatisch', 'Intrapsychisch: diagnostische labels' en 'Relaties'. Als laatste volgt de categorie 'Materieel'. Opvallend is dat de respondenten met een hulpvraag met diagnostische labels geen hogere score op de screeningslijsten hebben dan de respondenten met een intrapsychische hulpvraag waar de symptomen centraal staan. Blijkbaar hangt het formele taalonderscheid niet samen met een onderscheid in de mate van onwelbevinden. Respondenten met een hulpvraag met meervoudige problemen (meervoudig intrapsychisch en de combinatie van relatieproblemen en intrapsychische problemen) scoren wel hoger op de screeningslijsten. Blijkbaar hangt een hulpvraag met meervoudige problemen wel samen met een hogere mate van onwelbevinden.
Voor elk van de 8 categorieën met hulpvragen is het verschil getoetst tussen scores van de respondenten van AMW en RIAGG op de screeningslijsten GHQ, BIOPRO en SCL-90. Slechts éénmaal was dit verschil significant. Gezien het grote aantal uitgevoerde toetsen (8*3=24) dient dit eenmalige verschil afgedaan te worden als een toevalstreffer.

Tabel 3.9 Gemiddelde scores op de screeningsvragenlijst voor 8 categorieën hulpvragen

Hulpvraag	GHQ	BIOPRO	SCL-90
Intrapsychisch			
Symptomen	16,3	6,3	2,2
Diagnostische labels	14,3	5,4	2,1
Meervoudig intrapsychisch	17,8	7,8	2,4
Relaties			
Enkelvoudig	14,6	6,2	1,9
+ Intrapsychisch	18,3	8,3	2,4
Somatiek	14,1	5,2	2,1
Materieel	13,1	5,1	1,7
Rest	16,3	8,1	2,4

Tabel 3.10 geeft de gemiddelde scores op de GHQ, SCL-90 en BIOPRO van respondenten met weglating van achtereenvolgens respondenten met materiële hulpvragen, meervoudige hulpvragen en beide soorten hulpvragen. Weglating van deze categorieën hulpvragen nivelleert het verschil in scores tussen respondenten van beide populaties. Zo sterk dat bij weglating van de materiële hulpvraag en de meervoudige hulpvraag, de beide respondentenpopulaties niet meer van elkaar verschillen in de mate van onwelbevinden. Het verschil tussen beide onderzoekspopulaties in hun scores op de screeningslijsten SCL-90 en BIOPRO kan volledig verklaard worden uit de verschillen in prevalentie van de materiële hulpvragen en de hulpvragen met meervoudige problemen.

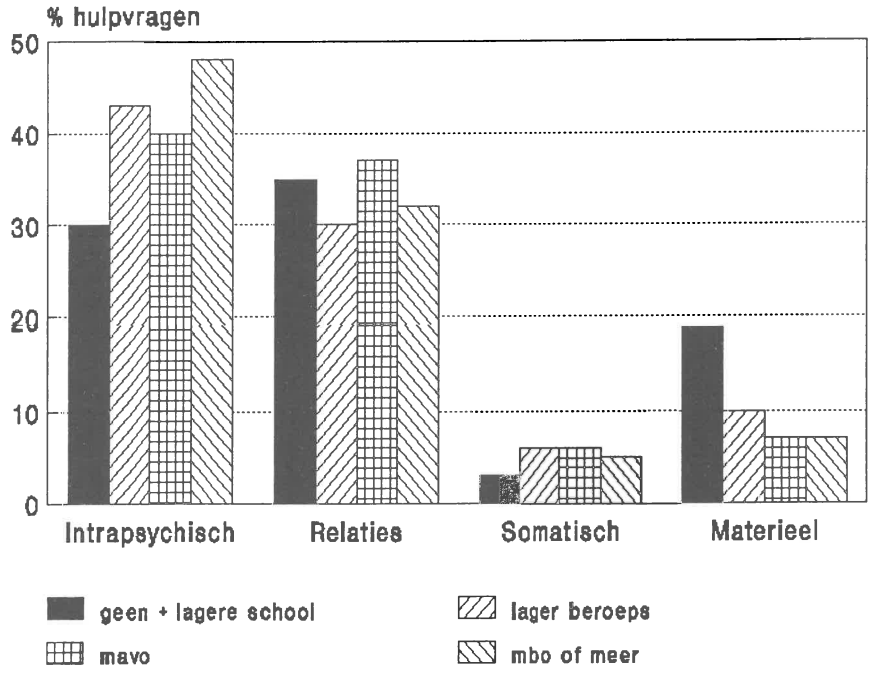
Tabel 3.10 Gemiddelde scores op de GHQ, SCL-90 en BIOPRO

Vragenlijst	AMW	RIAGG	
Alle respondenten:	N=366	N=293	
GHQ	15,2	16,1	ns
BIOPRO	6,1	7,0	***
SCL-90	2,0	2,2	***
Geen materiële hulpvraag:	N=263	N=267	
GHQ	15,8	15,9	ns
BIOPRO	6,4	6,9	ns
SCL-90	2,0	2,2	**
Geen meervoudige problematiek:	N=289	N=202	
GHQ	14,8	15,3	ns
BIOPRO	6,0	6,4	ns
SCL-90	2,0	2,1	**
Geen meervoudige problematiek of materiële hulpvraag:	N=232	N=200	
GHQ	15,3	15,3	ns
BIOPRO	6,3	6,4	ns
SCL-90	2,0	2,1	ns

De N van deze deelpopulaties wordt beïnvloed door partiële non-respons
ns geen significant verschil tussen beide populaties ($p >= 0,05$)
** significant verschil tussen beide populaties ($p < 0,01$)
*** significant verschil tussen beide populaties ($p < 0,001$)

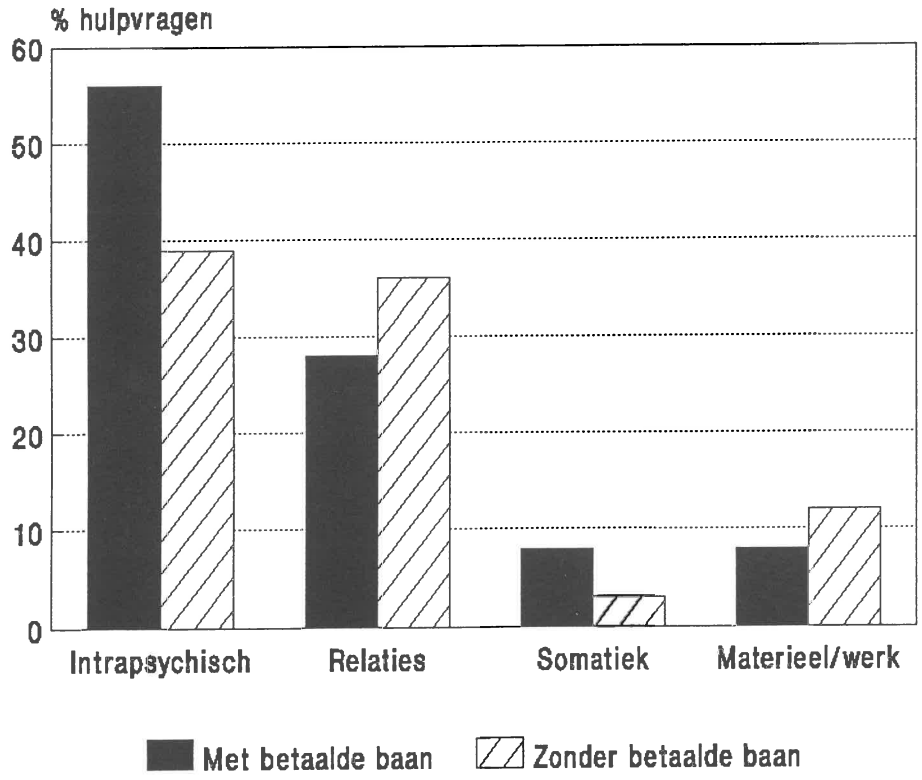
Naast verschillen tussen hulpvraagcategorieën in de scores op de GHQ, SCL-90 en BIOPRO zijn er ook verschillen in hulpvraagcategorieën voor verschillende opleidingsniveaus. In Figuur 3.4 is deze relatie weergegeven. Opvallend zijn vooral de respondenten met een lage opleiding: geen, of lager onderwijs. Zij presenteren relatief weinig intrapsychische hulpvragen en relatief veel hulpvragen met materiële problemen. Ook bestaan er verschillen voor wat betreft het wel of niet hebben van een betaalde baan.

Figuur 3.4 De relatie tussen hulpvraag en opleiding voor respondenten van RIAGG en AMW (N=659)



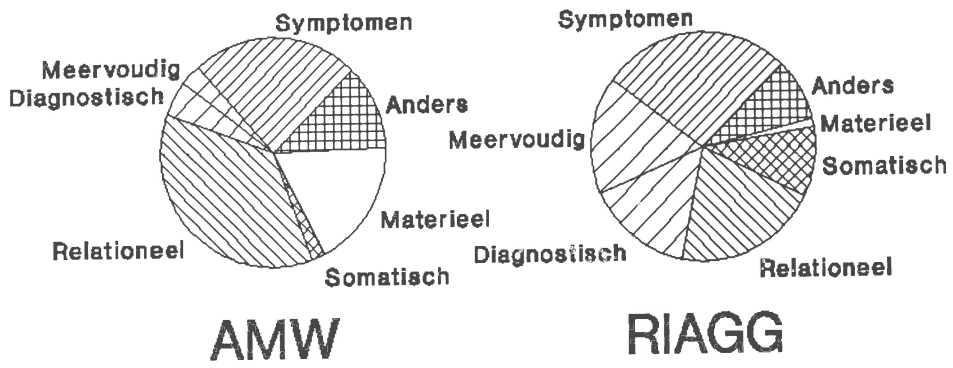
In Figuur 3.5 staat deze relatie weergegeven. respondenten zonder een betaalde baan presenteren minder vaak hulpvragen met intrapsychische problemen, en vaker hulpvragen met relatieproblemen en materiële hulpvragen (inclusief werk). In een nadere analyse is getest of weglating van de respondenten met een materiële hulpvraag leidt tot het opheffen van de verschillen in opleidingsniveau en het wel of niet hebben van een betaalde baan tussen RIAGG- en AMW-respondenten. Dit bleek niet het geval te zijn.

Figuur 3.5 De relatie tussen hulpvraag en het wel of niet hebben van een betaalde baan voor respondenten van RIAGG en AMW (N=659)



Geconcludeerd kan worden dat de analyse van de hulpvraag verschillen laat zien tussen hulpvragen van AMW-respondenten en RIAGG-respondenten. In Figuur 3.6 staat dit nog eens samengevat. Meer dan de helft van de hulpvragen van RIAGG-respondenten is ondergebracht in de categorie 'Intrapsychisch'. De hulpvragen van AMW-respondenten vallen minder vaak in deze categorie. RIAGG-respondenten maken vaker gebruik van diagnostische labels bij de presentatie van hun hulpvraag. AMW-respondenten doen dit minder vaak. Er is geen verschil in de mate van onwelbevinden wanneer de hulpvraag in diagnostische termen wordt geformuleerd in vergelijking met een formulering waar symptomen centraal staan. RIAGG-respondenten presenteren ook vaker een hulpvraag met meer problemen. Deze hulvragen gaan wel samen met hogere scores op GHQ, SCL-90 en BIOPRO. Een belangrijk aandeel in de hulpvragen van AMW-respondenten wordt gevormd door relatieproblemen. De materiële hulpvraag onder de AMW-respondenten is ruim vertegenwoordigd. Dit is niet het geval bij de RIAGG-respondenten. Hulpvragen met materiële problemen gaan samen met lagere scores op de screeningslijsten.
Respondenten die geen schoolopleiding afmaakten of de lagere school als hoogste opleiding hebben presenteren relatief minder intrapsychische problemen, maar vaker materiële problemen. Respondenten zonder betaalde baan presenteren minder vaak hulpvragen met intrapsychische problemen.

Figuur 3.6 Hulpvraag van de respondenten van RIAGG (N=366) en AMW (N=296)



3.5. Een gecombineerde analyse

In de vorige vier paragrafen zijn de verschillen onderzocht tussen AMW- en RIAGG-respondenten. In deze paragraaf wordt de vraag beantwoord welke informatie bijdraagt aan het onderscheid tussen RIAGG-respondenten en AMW-respondenten. Kenmerken die relevant lijken voor het onderscheid tussen AMW- en RIAGG-respondenten zijn de twee demografische kenmerken: 'werk' en 'opleiding', scores op de SCL-90 en de BIOPRO en de hulpvraag.

De analyse wordt uitgevoerd met behulp van logistische regressie. Hiermee is het mogelijk om in één analyse alle relevante verklarende variabelen te beschouwen. De analyse is stapsgewijs uitgevoerd. Eerst is per groep variabelen (demografie, screeningslijsten en hulpvraag) gezocht naar de meest optimale set variabelen. Onder optimaal werd het volgende verstaan. Gestreefd werd naar een zo passend mogelijke samenhang van de scores op de variabelen met de verdeling van de respondenten over AMW en RIAGG. Daarnaast werd er naar gestreefd om het aantal variabelen of categorieën dat wordt gebruikt in de analyse zo klein mogelijk te houden, zonder de eerste doelstelling te niet te doen. De resultaten van deze stapsgewijze analyse staan weergegeven in Bijlage 2.

In Tabel 3.11 staan de resultaten van deze stapsgewijze analyse kort samengevat. Het percentage correct voorspelde respondenten van AMW of RIAGG is als samenvattende grootheid gebruikt. Overwogen moet worden dat puur op basis van het toeval 52% van de respondenten op een correcte manier kunnen worden ingedeeld als AMW- of RIAGG-respondent. De percentages correct ingedeelden op basis van een score op een onafhankelijke variabele dienen aan deze 52% gerelateerd te worden.
De demografische variabelen opleiding en het wel of niet hebben van een betaalde baan geven voor 60% van de respondenten een juiste voorspelling van hun verdeling over AMW of RIAGG. Deze demografische variabelen verbeteren de toevalsvoorspelling dus met 8%.
De score op de SCL-90 bleek de best voorspellende screeningslijst te zijn. De GHQ en de BIOPRO voegen geen extra voorspellende informatie toe aan de SCL-90 (zie Tabel B.2). Op basis van de score op de SCL-90 bleek 56% van de respondenten correct in te delen. De toevalsvoorspelling voor AMW of RIAGG wordt dus voor 4% verbeterd door kennis van de SCL-90 score.

Tabel 3.11 De voorspellende kracht van demografische variabelen, hulpvraag en mate van onwelbevinden op de verdeling van de respondenten over AMW (N=366)en RIAGG (N=296)

Verklarende variabelen		% juist ingedeeld
Geen		52%
1. Demografische variabelen:	Wel of geen baan, Opleiding:	60%
2. Mate van onwelbevinden;	SCL-90:	56%
3. Hulpvraag;	8 categorieën:	67%
4. Demografie, Hulpvraag;	Wel of geen baan, Opleiding, 8 categorieën:	69%
5. Demografie, Hulpvraag, Onwelbevinden:	Wel of geen baan, Opleiding, 8 categorieën, SCL-90:	70%

De hulpvraag bleek met 8 categorieën een optimale voorspelling te geven van de verdeling van respondenten over AMW of RIAGG: 67%. Kennis van de hulpvraag voegt dus 15% toe aan de toevalsvoorspelling. De hulpvraag is daarmee de krachtigste voorspeller van de verdeling van respondenten over RIAGG en AMW. Informatie over de hulpvraag zorgt ervoor dat 15% van de respondenten correcter worden voorspeld, dan wanneer het toeval alleen een rol zou hebben gespeeld.

Een combinatie van de twee krachtigste variabelen: de respons op de hulpvraag en de demografische variabelen levert een percentage van 69% correct ingedeelde respondenten op. Dit is een significante verbetering ten opzichte van het gebruik van de hulpvraag alleen. Het hierna toevoegen van de scores op de SCL-90 levert een percentage van 70% op. Deze verbetering is niet significant. De score op de SCL-90 voegt nu geen informatie meer toe aan de informatie uit de demografische variabelen en de hulpvraag.

De hulpvraag lijkt de belangrijkste determinant voor de keuze van de respondenten of hun verwijzers voor RIAGG of AMW. Gecorrigeerd voor de verschillen tussen AMW- en RIAGG-respondenten in het wel of niet hebben van een baan, opleiding en SCL-90 scores, zijn er onder RIAGG-respondenten 4 * zoveel met meervoudige intrapsychische hulpvragen, 2,6 * zoveel met een hulpvraag met diagnostische labels en 2,8 * zoveel met een hulpvraag met somatiek. Voor RIAGG en AMW is er geen verschil in het voorkomen van de hulvragen met intrapsychische problemen, met relatieproblemen, de combinatie relaties met psychische problemen, en de restcategorie. Onder de AMW-respondenten zijn er 20 * zoveel met een materiële hulpvraag (Zie Tabel B.4).

Na de hulpvraag blijken twee demografische variabelen, het wel of niet hebben van een baan en het opleidingsniveau, belangrijke kenmerken van de verdeling van de respondenten over RIAGG en AMW te zijn. Onder RIAGG-respondenten komen vaker mensen met een baan en met een hogere opleiding voor, ook als gecorrigeerd wordt voor hulpvraag en score op de SCL-90.
Deze variabelen tezamen voorspellen op een juiste wijze de verdeling over RIAGG en AMW voor 70% van de respondenten. Dit is een verbetering ten opzichte van de voorspelling die op basis van het toeval gemaakt kan worden met 18%.

3.6. Tussentijdse samenvatting van de resultaten

In deze paragraaf worden de resultaten samengevat die tot nu toe gevonden zijn.

1 Ervaren problemen

De respondenten van zowel AMW als RIAGG ervaren veel problemen. De mate van onwelbevinden onder beide cliëntenpopulaties is zeer hoog. Werd in het regio-project voor slechts 7,4% van de respondenten een GHQ-score boven de 9 gevonden (19), in dit onderzoek ligt de gemiddelde GHQ-score op 15 en heeft ongeveer driekwart van de respondenten een GHQ-score van meer dan 9. De geschatte psychiatrische prevalentie onder RIAGG-respondenten is 72%.
Slechts 1% van beide populaties heeft géén BIOPRO-probleem, in tegenstelling tot de 25% die werd gevonden in het regio-project (19). In het regio-project had 60% maximaal 2 BIOPRO-problemen, tegen 9% onder RIAGG-respondenten en 14% onder AMW-respondenten in dit onderzoek. De meeste respondenten van zowel AMW als RIAGG ervaren veel BIOPRO-problemen gemiddeld 6-7. Problemen met het leven dat men leidt, relatieproblemen met de partner, vaak alleen zijn, sexuele problemen en de besteding van de vrije tijd zijn problemen die relatief vaak voorkomen onder respondenten van RIAGG en AMW. Zowel onder RIAGG-respondenten als onder AMW-respondenten is de fractie met enkele situatie-specifieke problemen gering.
De mate van onwelbevinden van de respondenten van zowel AMW als RIAGG is zeer hoog. De verschillen in de mate van onwelbevinden tussen de respondentenpopulaties zijn echter gering: Het is niet mogelijk om RIAGG-respondenten effectief te onderscheiden van AMW-respondenten naar de mate van onwelbevinden of situatiespecificiteit van de problemen die zij ervaren, wanneer rekening gehouden wordt met de invloed van demografische variabelen en de hulpvraag.

2 Demografische variabelen

Demografische variabelen blijken van invloed op de verdeling tussen RIAGG en AMW. Dit zijn de opleiding en het wel of niet hebben van een baan. Respondenten met een hogere opleiding en/of een betaalde baan komen vaker voor onder de RIAGG-respondenten dan onder de respondenten van het AMW. Het opleidingsniveau en het percentage met een betaalde baan onder RIAGG respondenten is vergelijkbaar met dat van de gemiddelde Nederlandse bevolking. Onder AMW-respondenten komen vooral de lager opgeleiden, en veel vaker mensen zonder baan voor. Kennis van het opleidingsniveau of de vraag of iemand een wel of niet betaalde baan heeft, levert een verbetering van 8% op in de voorspelling van de verdeling van respondenten over AMW of RIAGG.

Wat de sociaal-demografische variabelen betreft kan gesteld worden dat respondenten van RIAGG en AMW zich van elkaar onderscheiden in het wel of niet hebben van een betaalde baan (onder RIAGG-respondenten vaker wel) en het opleidingsniveau (RIAGG-respondenten hoger).

3 De hulpvraag

De door de respondent zelf geformuleerde hulpvraag blijkt de belangrijkste variabele te zijn voor het onderscheid tussen respondenten van AMW en RIAGG. Kennis van de hulpvraag levert een verbetering op in de voorspelling van de verdeling van de respondenten over RIAGG of AMW van 15%.

RIAGG-respondenten onderscheiden zich van AMW-respondenten in het grotere aantal hulpvragen met meervoudige intrapsychische problemen en somatiek. Daarnaast onderscheiden RIAGG-respondenten zich doordat zij vaker een hulpvraag formuleren gebruik makend van diagnostische labels. Hulpvragen met diagnostische labels verschillen echter niet van hulpvragen met intrapsychische symptomen in de psychiatrische prevalentie. Wat deze categorie hulpvragen betreft lijken RIAGG-respondenten zich vooral van AMW-respondenten te onderscheiden doordat zij hulpvragen anders verwoorden. AMW-respondenten onderscheiden zich van RIAGG-respondenten door het grotere aantal hulpvragen met materiële problemen.

Gemeenschappelijk hebben AMW- en RIAGG-respondenten hulpvragen met intrapsychische symptomen en relatieproblemen. Onder de RIAGG-respondenten is ongeveer de helft van de hulpvragen intrapsychisch en ruim een kwart heeft te maken met relatieproblemen. Onder de AMW-respondenten is ongeveer een derde intrapsychisch en een ander derde heeft te maken met relatieproblemen. Opmerkelijk is dat de relatieproblemen van AMW-respondenten zich lijken te onderscheiden van de relatieproblemen van RIAGG-respondenten. Onder AMW respondenten komen vaker relatieproblemen met niet-partners voor. De grootste categorie relatieproblemen onder RIAGG-

respondenten is die van de relatieproblemen tussen partners en de combinatie van relatie- en intrapsychische problematiek. AMW-respondenten presenteren vaker relatieproblemen die betrekking hebben op een groter sociaal netwerk dan de RIAGG-respondenten.
RIAGG-respondenten onderscheiden zich van AMW-respondenten doordat zij vaker hulpvragen presenteren met meervoudige intrapsychische problemen en somatiek. Daarnaast gebruiken RIAGG-respondenten vaker diagnostische labels uit de psychiatrie voor de presentatie van intrapsychische problematiek. AMW-respondenten onderscheiden zich van RIAGG-respondenten doordat zij vaker hulpvragen met materiële problematiek presenteren. Hulpvragen met intrapsychische symptomen en relatieproblemen presenteren de respondenten in grote mate bij zowel RIAGG als AMW.

Tot nu toe zijn alle respondenten van AMW en RIAGG als één groep geanalyseerd: de aanspreekbare volwassen cliënten van AMW en RIAGG met uitzondering van de cliënten van de crisisdienst van de RIAGG en de 7*24 uursbereikbaarheidsdienst van het AMW, en de cliënten die het Nederlands onvoldoende beheersten om de vragenlijsten in te kunnen vullen dan wel hiervoor te verward waren. De samenvatting van de resultaten van deze analyses is hierboven weergegeven.

In de volgende paragrafen zal onderzocht worden of de onderzoeksresultaten wellicht genuanceerd moeten worden.
Verondersteld zou kunnen worden dat de intakefase invloed heeft op de verdeling van de respondenten. Deze veronderstelling wordt getoetst in paragraaf 3.7.
Ook kan verondersteld worden dat huisartsen hun verwijzing laten afhangen van de mate van onwelbevinden of de situatiespecificiteit van de problemen. Deze veronderstelling wordt getoetst in paragraaf 3.8. Geconstateerd is dat onder RIAGG-respondenten zich relatief weinig gehuwden bevinden. In paragraaf 3.9 wordt de invloed van het wel of niet gehuwd zijn op de resultaten onderzocht.
Als laatste kan verondersteld worden dat de regio's onderling verschillen, en dat de resultaten niet te generaliseren zijn voor alle regio's. De mate waarin de regio's onderling verschillen wordt beschreven in paragraaf 3.10.

3.7. Wat gebeurt er tijdens de intake

In Tabel 3.12 staan de uitkomsten van het eerste gesprek of de intake weergegeven. Van de respondenten van het AMW is 10% tijdens het eerste gesprek geholpen, terwijl dit voor de RIAGG-respondenten 4% is. Het aantal respondenten dat wordt verwezen naar een andere hulpverlener is bij het AMW klein (4%). Door de RIAGG wordt vaker verwezen (22%), waarbij verwijzingen naar het AMW een belangrijke plaats innemen. Verwijzingen die in de tabel staan onder 'anders' zijn verwijzingen naar de sociale dienst, bank, tehuis voor daklozen, advocaat, rutgerstichting, raadsman, woonruimtezaken, logopedist, GAK, fysiotherapeut en relaxatie. Het merendeel van de respondenten van zowel RIAGG als AMW wordt na de intake verder behandeld.

Tabel 3.12 De uitkomst van het eerste gesprek/de intake voor respondenten van AMW (N=366) en RIAGG (N=296)

Mogelijke uitkomsten	AMW	RIAGG	Totaal	
Uitkomst eerste contact (%)				
Cliënt is geholpen	10	4	7	***
Cliënt wordt behandeld	86	74	82	
Cliënt wordt verwezen	4	22	11	
Verwijzingen (absolute aantallen)				
huisarts	0	1		
psychiater/PAAZ	0	1		
RIAGG/AMW	6	15		
Anders	2	9		

***significant verschil tussen beide populaties (p<,001)

In Tabel 3.13 staan de gemiddelde scores op de screeningslijsten van die respondenten die onderling werden doorverwezen. De respondenten die het AMW doorverwijst naar de RIAGG hebben een hogere GHQ-score en een hogere SCL-90 score dan de respondenten die de RIAGG doorverwijst naar het AMW. Voor de BIOPRO geldt het omgekeerde. De verschillen zijn echter niet significant, door het kleine aantal wederzijdse verwijzingen, van AMW naar RIAGG slechts 6 en van RIAGG naar AMW slechts 15. Deze geringe aantallen leiden tot de conclusie dat wederzijdse verwijzingen de verdeling van respondenten over AMW of RIAGG niet beïnvloeden.

Tabel 3.13 Scores op de screeningslijsten en het opleidingsniveau voor de verschillende (intern) verwezen respondenten-populaties

	Gemiddelde scores op de screeningslijsten, en opleiding			
Verwijzingen van	GHQ	SCL-90	BIOPRO	Opleiding
AMW naar RIAGG (N=6)	18,4	2,09	5,2	
RIAGG naar AMW (N=15)	12,9	1,86	6,7	
	ns	ns	ns	
AMW-Cliënten:				
Geholpen in 1 gesprek (N=35)	9,2	1,55	4,6	3,5
Langduriger contact (N=311)	15,9	2,07	6,2	3,9
	***	***	**	ns
Interne RIAGG-verwijzing naar:				
Afd. psychotherapie (N=44)	13,3	2,01	6,76	5,6
Basis afdeling/Sociale psychiatrie (N=78)	17,6	2,36	7,27	4,3
	*	**	ns	***

ns geen significant verschil tussen beide populaties (p> =0,05)
* significant verschil tussen beide populaties (p<0,05)
** significant verschil tussen beide populaties (p<0,01)
*** significant verschil tussen beide populaties (p<0,001)

In Tabel 3.13 staan ook de scores op de screeningslijsten van de belangrijkste interne cliëntenstromen van beide instellingen weergegeven. Bij de vragenlijst van de RIAGG-respondenten was het mogelijk aan te geven naar welke afdeling de respondent intern verwezen is. Van 185 intern verwezen respondenten is dit gegeven bekend: 56 (30%) werden verwezen naar de afdeling psychotherapie, 92 (50%) naar de afdeling sociale psychiatrie/dan wel basiseenheid en 37 (20%) naar de afdeling LGV. Deze laatsten waren allen voor rekening van Rotterdam-Zuid. Wanneer Rotterdam-Zuid buiten beschouwing gelaten wordt betekent dit dat 36% van de respondenten van de 3 overige RIAGG's intern verwezen wordt naar de afdeling psychotherapie.

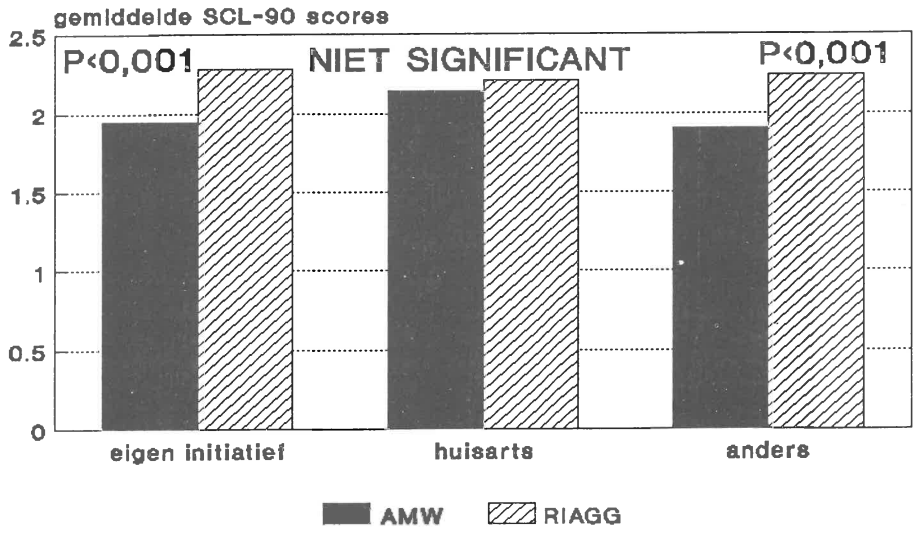
In Tabel 3.13 staan de gemiddelde scores op de GHQ, SCL-90 en BIOPRO van de doorverwezen respondenten weergegeven. De mate van onwelbevinden van respondenten die verwezen zijn naar de afdeling psychotherapie ligt lager dan die van de andere intern verwezen RIAGG-respondenten. De prevalentie van psychiatrische problematiek onder psychotherapierespondenten is 64%, en onder respondenten van de afdeling Sociale Psychiatrie 82%. Onder de LGV-respondenten van de RIAGG Rotterdam-Zuid is de psychiatrische prevalentie van 87%. De scores van de AMW-respondenten die slechts één gesprek hadden liggen duidelijk onder die van de AMW-respondenten die meer dan één gesprek ontvingen. De SCL-90 scores van AMW-respondenten die meer dan één gesprek ontvingen liggen op hetzelfde niveau als van de respondenten die naar de afdeling psychotherapie werden verwezen. De SCL-90 scores van de AMW-respondenten met meer dan één gesprek liggen lager dan die van de respondenten die werden verwezen naar de afdeling Sociale Psychiatrie.
In Tabel 3.13 staan ook de gemiddelde opleidingsniveaus van de 4 subpopulaties aangegeven (binnen een mogelijke range van 1 t/m 8). Het opleidingsniveau van respondenten verwezen naar de afdeling psychotherapie is significant hoger dan de opleidingsniveaus van de andere 4 categorieën.

Wordt door wederzijdse verwijzing tussen AMW en RIAGG de verdeling van de respondenten over AMW en RIAGG nauwelijks beïnvloed, de interne differentiatie van cliëntenstromen is daarentegen groot en hangt samen met de scores van de cliënten op de screeningslijsten.
Respondenten die verwezen zijn naar de afdeling Sociale Psychiatrie onderscheiden zich van de respondenten die verwezen zijn naar de afdeling psychotherapie en van de AMW-respondenten door de hogere mate van onwelbevinden. Respondenten die werden verwezen naar de afdeling psychotherapie onderscheiden zich niet van de AMW-respondenten die meer dan één gesprek krijgen, in de mate van onwelbevinden. Deze psychotherapierespondenten onderscheiden zich van alle andere respondenten in hun hogere opleidingsniveau. Het laagste opleidingsniveau en mate van onwelbevinden werd gevonden onder de AMW-respondenten die met slechts 1 gesprek geholpen werden.

3.8. De invloed van de huisarts

In Figuur 3.7 staan de SCL-90 scores weergegeven van de respondenten van AMW en RIAGG, uitgesplitst per verwijzer. De linker kolom geeft de SCL-90 scores voor het eigen initiatief weer. Respondenten die op eigen initiatief bij het AMW of de RIAGG om hulp komen onderscheiden zich van elkaar op hun SCL-90 score. De respondenten van de andere verwijzers vertonen hetzelfde patroon. Bij de respondenten die via de huisarts verwezen worden is dit patroon echter niet terug te vinden: de respondenten die naar AMW of RIAGG worden verwezen verschillen niet in hun SCL-90 score. Dit ontbreken van verschil wordt vooral veroorzaakt doordat de gemiddelde SCL-90 score van de verwijzingen naar het AMW hoger ligt bij de respondenten die een huisarts verwijst, dan bij de andere bronnen van respondenten en niet doordat de gemiddelde SCL-90 score van de verwijzingen naar de RIAGG lager zou liggen. Analyse van de scores op de GHQ en de BIOPRO bevestigt dit resultaat.

Figuur 3.7 SCL-90 scores van respondenten van AMW en RIAGG, per verwijzer



Het opleidingsniveau van de respondenten die verwezen zijn door de huisarts ligt hoger dan het opleidingsniveau van de respondenten die op eigen initiatief contact zochten met RIAGG of AMW, terwijl het aantal door de

huisarts verwezen respondenten met een betaalde baan ook hoger ligt dan onder de respondenten die op eigen initiatief contact zochten met AMW of RIAGG. Driekwart van de respondenten die op eigen initiatief contact zochten met het AMW had geen betaalde baan, terwijl dit voor de respondenten met een verwijzing van de huisarts 53% was (het verschil is significant, $p<0,001$). Daarnaast was het opleidingsniveau van de respondenten die op eigen initiatief naar het AMW kwamen ook lager dan het opleidingsniveau van de respondenten die verwezen waren door de huisarts (significant, $p<0,05$). Het opleidingsniveau noch het percentage respondenten met een betaalde baan onder RIAGG-respondenten hing samen met de vraag of de verwijzing tot stand was gekomen door een huisarts dan wel op eigen initiatief.
De huisarts lijkt zich bij de verwijzing naar AMW of RIAGG niet te laten leiden door de sociaal-demografische status van de cliënt. Voor een deel wordt dit veroorzaakt doordat minder respondenten met een lagere opleiding of zonder baan door de huisarts werden doorverwezen.

In Tabel 3.14 staat de verdeling weergegeven van de hulpvragen van respondenten van AMW en RIAGG naar verwijzer: de huisarts of eigen initiatief. De materiële hulpvragen bij het AMW komen vooral tot stand doordat cliënten hiermee op eigen initiatief bij het AMW komen. De huisarts is nauwelijks een verwijzer van materiële hulpvragen. De verhouding in de hulpvragen met intrapsychische problemen en relatieproblemen van de respondenten die op eigen initiatief contact zochten met het AMW of RIAGG verschilt voor AMW of RIAGG. Meer respondenten die op eigen initiatief contact zoeken, komen met een hulpvraag met relatieproblemen bij het AMW dan met een hulpvraag met intrapsychische problemen. Respondenten die op eigen initiatief contact zoeken met de RIAGG doen dit vaker met intrapsychische hulpvragen. Onder de respondenten die werden verwezen door de huisarts is deze trent nauwelijks aanwezig. De intrapsychische hulpvraag is de meest voorkomende hulpvraag van respondenten die werden verwezen door de huisarts naar het AMW en de RIAGG. Minder vaak komt de hulpvraag met relatieproblemen voor.
Het beeld van de huisarts die zich bij het verwijzen niet of nauwelijks laat leiden door kenmerken van de cliënt, houdt door deze cijfers geen stand. Huisartsen verwijzen nauwelijks materiële hulpvragen. Deze hulpvragen worden vooral bij het AMW gesteld, en gaan samen met lagere scores op de screeningslijsten. Hierdoor ligt de gemiddelde score op de BIOPRO, SCL-90 en GHQ hoger onder de AMW-respondenten die de huisarts heeft verwezen. Hierdoor bestaat er geen verschil in de scores van de respondenten die verwezen werden door de huisarts naar AMW of RIAGG.

Tabel 3.14 De verdeling van hulpvragen voor respondenten die verwezen zijn door de huisarts of die op eigen initiatief contact opnamen met RIAGG of AMW

	AMW (%)		RIAGG (%)	
Hulpvragen	huisarts verwees	eigen initiatief	huisarts verwees	eigen initiatief
Intrapsychisch				
symptomen	31	20	22	30
diagnostische labels	7	2	15	8
meervoudig	5	2	15	8
Totaal	43	24	52	46
Relaties				
enkelvoudig	28	30	20	22
+ intrapsychisch	8	7	11	16
Totaal	36	37	31	38
Somatiek	5	0	9	3
Materieel, werk,	4	26	1	0
Rest	11	14	7	14

3.9. De invloed van burgerlijke staat op de mate van onwelbevinden

Onder de respondenten van de RIAGG is het percentage gehuwden relatief ondervertegenwoordigd (46%), vergeleken met de registratiegegevens van de cliënten van de RIAGG (60%). Deze selectie zou van invloed kunnen zijn op de onderzoeksresultaten. Daarom wordt in deze paragraaf de mogelijke invloed van dit selectie-effect onderzocht. In tabel 3.15 staan de resultaten van deze analyse weergegeven. Alleen voor de BIOPRO wordt een daling van de score voor de RIAGG-respondenten gevonden. Hierdoor wordt het verschil in de score op de BIOPRO van RIAGG-respondenten en AMW-respondenten kleiner. In de multivariate analyses speelt de BIOPRO geen rol, na correctie zou dit ook niet het geval zijn.

Ook is de invloed van het wel of niet gehuwd zijn voor RIAGG-respondenten op de hulpvraag bestudeerd. In Tabel 3.16 is weergegeven wat de verdeling van de hulpvragen zou zijn onder de RIAGG-respondenten wanneer 60% van hen gehuwd zou zijn. Het grootste verschil wordt gevonden in de somatische

hulpvragen: 10% van het gecorrigeerde RIAGG bestand komt met somatische hulpvragen, tegen 6% in het uitgangsbestand. Andere verschillen zijn kleiner dan 2%.

Tabel 3.15 Gemiddelde scores op de GHQ, BIOPRO en SCL-90 voor respondenten van RIAGG #

	RIAGG Ongecorrigeerd	RIAGG Gecorrigeerd	AMW
GHQ	16,1	16,1	15,2
BIOPRO	7,0	6,8	6,1
SCL-90	2,2	2,2	2,0

De RIAGG-cijfers in de tweede kolom zijn gecorrigeerd voor het percentage gehuwden van 60

Tabel 3.16 Prevalentie van hulpvragen van respondenten van RIAGG #

Hulpvraag	RIAGG (%) ongecorrigeerd	RIAGG (%) gecorrigeerd	AMW (%)
Intrapsychisch			
Symptomen	24,6	23,4	24,3
Diagnostische labels	14,0	13,8	5,3
Meervoudig	15,4	15,5	3,0
Relatieproblemen			
Relaties enkelvoudig	19,1	21,0	29,3
Relaties + Psychisch	9,6	8,1	6,2
Somatiek	5,9	9,6	1,2
Materieel	0,8	1,0	17,5
Rest	8,1	7,5	12,1

De RIAGG-cijfers in de tweede kolom zijn gecorrigeerd voor het percentage gehuwden van 60

Door correctie van het aantal gehuwden onder de RIAGG-respondenten naar de cijfers van de landelijke RIAGG-gegevens blijkt voor het onderscheid tussen RIAGG en AMW het belang van de screeningslijsten niet groter te worden. De gecorrigeerde RIAGG populatie presenteert iets meer somatische hulpvragen.

3.10. Regionale verschillen

Tabel 3.17 geeft een overzicht van de verschillen tussen respondenten van RIAGG en AMW in de vier afzonderlijke regio's.

In geen van de regio's verschillen AMW-respondenten van RIAGG-respondenten in het percentage dat eerder contact had met het AMW. RIAGG-respondenten uit Oost-Gelderland en Rotterdam-Zuid hebben wel vaker contact gehad met de RIAGG, dan de AMW-respondenten uit deze regio's. Opmerkelijk zijn de verschillen in het percentage respondenten dat minimaal 1x eerder contact had met een GGZ-instelling. In Oost-Gelderland hebben de RIAGG-respondenten vaker dan AMW-respondenten eerder een GGZ- of AMW-contact gehad, in Nijmegen e.o. is er geen verschil en in Deventer e.o. en Rotterdam-Zuid hebben de AMW-respondenten juist eerder een GGZ contact gehad.

In de meeste regio's zijn de verschillen in de scores op de GHQ, SCL-90 en BIOPRO tussen AMW- en RIAGG-respondenten niet of nauwelijks significant. Een uitzondering vormt Rotterdam-Zuid, waar met name de GHQ- en de SCL-90-scores van de RIAGG-respondenten relatief hoog liggen. In de regio Deventer e.o. is ook een verschil in BIOPRO- en SCL-90 scores te zien. Dit verschil lijkt vooral veroorzaakt door de relatief lage waardes onder de AMW-respondenten in deze regio.

In de regio Oost-Gelderland zijn er geen verschillen voor het opleidingsniveau en het wel of niet hebben van een baan te constateren. In Deventer e.o. zijn beide verschillen te constateren. Met name het opleidingsniveau van de AMW-respondenten lijkt aan de lage kant, terwijl het aantal RIAGG-respondenten met een baan juist aan de hoge kant is. In de regio Nijmegen e.o. komen onder de RIAGG-respondenten relatief veel respondenten voor met een hoge opleiding. In Rotterdam-Zuid zijn er geen verschillen in het opleidingsniveau: beide zijn laag. Wel hebben AMW-respondenten minder vaak een baan, ook in vergelijking met de AMW-respondenten in de andere regio's.

De AMW-respondenten in alle regio's presenteren relatief vaak een materiële hulpvraag. Alleen in de regio's Deventer e.o. en Rotterdam-Zuid is een sterk significant verschil tussen AMW- en RIAGG-respondenten voor wat betreft de meervoudige psychische hulpvraag.

Geconstateerd kan worden dat er regionale verschillen zijn in de kenmerken van RIAGG- en AMW-respondenten.
In Oost-Gelderland zijn de verschillen tussen AMW en RIAGG het kleinst.
In Nijmegen spelen de mate van onwelbevinden en de hulpvraag nauwelijks een rol, en is alleen een verschil in het opleidingsniveau te constateren: met name het relatief grote aantal hoog opgeleide RIAGG-respondenten valt op.
In Deventer e.o. blijken de demografische variabelen een grote rol te spelen, naast de mate van onwelbevinden en de hulpvraag.
In Rotterdam-Zuid speelt de mate van onwelbevinden de grootste rol: met name door de relatief hoge niveaus van onwelbevinden onder RIAGG-respondenten. Maar ook het wel of niet hebben van een baan en de hulpvraag zijn verschillend voor AMW- en RIAGG-respondenten in Rotterdam-Zuid.

Een verklaring voor deze verschillen lijkt mogelijk. De regio Oost-Gelderland is het meest uitgestrekt van alle regio's. Een instelling voor AMW is dan altijd in de buurt, terwijl de RIAGG-vestiging vaak ver weg is. Dit kan een verklaring zijn van het ontbreken van verschillen tussen AMW- en RIAGG-respondenten: zelfs wat betreft hun opleiding en het wel of niet hebben van een baan.
De regio Rotterdam-Zuid is vrijwel geheel een sociaal zwakkere regio. Dit blijkt ook uit het relatief lage opleidingsniveau van zowel RIAGG- als AMW-respondenten. Opvallend is wel de hoge psychiatrische prevalentie (82%) onder de respondenten van de RIAGG in Rotterdam-Zuid. De regio's Deventer e.o. en Nijmegen e.o. lijken een tussenpositie in te nemen. In deze regio's is een brede spreiding van het opleidingsniveau van de bevolking, terwijl de ruimtelijke beperkingen die in Oost-Gelderland een rol lijken te spelen hier niet spelen. In beide regio's is een groot verschil te constateren in de sociaal-economische status van RIAGG- en AMW-respondenten. In de regio Deventer gaat dit samen met een geringe mate van onwelbevinden voor AMW-respondenten, terwijl in de regio Nijmegen de mate van onwelbevinden geen onderscheidend criterium blijkt te zijn.

Tabel 3.17 Enkele kenmerken van respondenten van AMW en RIAGG per regio

Kenmerken:	Oost-GELDERLAND AMW N=122	RIAGG N=59		Deventer e.o. AMW N=74	RIAGG N=77	
Eerdere GGZ of AMW contacten:						
AMW (%)	34	26	ns	37	24	ns
RIAGG (%)	18	39	**	21	22	ns
Minimaal 1 contact	51	68	*	51	34	*
Verwijzer:						
Eigen Initiatief (%)	42	25	*	38	26	ns
Huisarts (%)	37	47	ns	27	56	***
Screeningslijsten:						
GHQ (gemiddeld)	16	17	ns	13	15	ns
BIOPRO (gemiddeld)	6	7	ns	5	6	*
SCL (gemiddeld)	2,0	2,3	*	1,8	2,0	**
Psychiatrische prevalentie (%)		77			70	
Opleiding:						
Geen- LBO	45	45		55	30	
MAVO/MBO	33	41	ns	33	40	***
HAVO - WO	22	14		12	30	
Baan (%):						
Met baan	47	41	ns	35	64	***
Hulpvraag (%):						
Intrapsychisch:						
Symptomen	25	26	ns	17	23	ns
Diagnostische labels	9	9	ns	2	14	**
Meervoudig		5	11	ns		19***
Relatieproblemen:						
Enkelvoudig	29	26	ns	38	23	ns
Relaties + intrapsych.	7	7	ns	5	9	ns
Somatisch	2	12	**		8	*
Materieel	11		**	35	2	***
Rest	12	9	ns	5	2	ns

* significant verschil tussen beide populaties ($p<0,05$)
** significant verschil tussen beide populaties ($p<0,01$)
*** significant verschil tussen beide populaties ($p<0,001$)
ns significant verschil tussen beide populaties

Kenmerken:	Nijmegen e.o. AMW N=80	RIAGG N=68		Rotterdam-Zuid AMW N=84	RIAGG N=92	
Eerdere GGZ of AMW contacten:						
AMW (%)	38	30	ns	27	22	ns
RIAGG (%)	23	29	ns	23	39	*
Minimaal 1 contact	59	64	ns	53	33	**
Verwijzer:						
Eigen Initiatief (%)	41	18	**	44	20	***
Huisarts (%)	47	67	*	39	57	**
Screeningslijsten:						
GHQ (gemiddeld)	15	13	ns	15	19	**
BIOPRO (gemiddeld)	7	8	ns	6	7	*
SCL (gemiddeld)	2,1	2,2	ns	2,1	2,4	**
Psychiatrische prevalentie (%)		64			82	
Opleiding:						
Geen- LBO	50	21		65	55	
MAVO/MBO	31	34	***	23	29	ns
HAVO - WO	19	45		12	16	
Baan (%):						
Met baan	33	46	ns	27	56	***
Hulpvraag (%):						
Intrapsychisch:						
Symptomen	24	24	ns	30	25	ns
Diagnostische labels	5	11	ns	3	20	**
Meervoudig	5	17	*		15	***
Relatieproblemen:						
Enkelvoudig	25	17	ns	27	13	*
Relaties + intrapsych.	9	15	ns	3	7	ns
Somatisch	4	5	ns	3	9	ns
Materieel	11	2	*	20		***
Rest	17	11	ns	14	11	ns

3.11. Samenvatting van de resultaten van het onderzoek onder de respondenten van RIAGG en AMW

In de voorgaande paragrafen zijn de belangrijkste resultaten duidelijk geworden. De mate van onwelbevinden van respondenten van RIAGG en AMW is hoog. De verdeling van de respondenten over RIAGG en AMW wordt nauwelijks beïnvloed door deze mate van onwelbevinden. Wat de mate van onwelbevinden betreft is er sprake van een zeer grote overlap tussen beide respondentengroepen.
Ook ervaren de meeste respondenten van zowel RIAGG als AMW problemen in verschillende situaties: de problemen zijn overwegend gegeneraliseerd over verschillende situaties en niet situatiespecifiek. De mate van situatiespecificiteit van de problemen is geen goede voorspeller voor de verdeling van de respondenten over AMW of RIAGG. Beide respondentenpopulaties onderscheiden zich nauwelijks van elkaar in de mate van situatiespecificiteit van de ervaren problemen.
Het blijkt niet mogelijk te zijn uitspraken te doen over de psychiatrische prevalentie onder AMW-respondenten. Onder AMW-respondenten heeft de mate van onwelbevinden en de kans op psychiatrische problematiek geen onderling verband. Wel doet zich psychiatrische problematiek voor onder AMW-cliënten. Voor RIAGG-respondenten bestaat het verband tussen onwelbevinden en kans op psychiatrische problematiek wel. Hierdoor is het mogelijk om de psychiatrische prevalentie in de RIAGG-populatie te schatten op 74%.
Het opleidingsniveau van de respondenten en de vraag of zij een betaalde baan hebben draagt relatief sterk bij aan het onderscheid tussen de respondenten van AMW en RIAGG. RIAGG-respondenten zijn hoger opgeleid (vergelijkbaar met het niveau onder de Nederlandse bevolking) en hebben relatief vaker een betaalde baan (ook vergelijkbaar met het niveau onder de Nederlandse bevolking) vergeleken met de AMW-respondenten.
De grootste invloed op de verdeling van respondenten over AMW of RIAGG gaat uit van de geformuleerde hulpvraag. RIAGG-respondenten onderscheiden zich van AMW-respondenten door relatief veel hulpvragen met meervoudige intrapsychische problemen (15%) en somatiek (9%). RIAGG-respondenten onderscheiden zich ook door het relatief grote aantal hulpvragen waarbij gebruik gemaakt wordt van diagnostische labels uit de psychiatrie (14%), zonder dat dit samengaat met de te verwachten hogere psychiatrische prevalentie. AMW-respondenten hebben relatief vaak een hulpvraag met materiële problemen (18%). Hulpvragen met intrapsychische problemen worden gepresenteerd door respondenten van de RIAGG (54%) en ook het AMW (33%). Hulpvragen met relatieproblemen worden aangeboden bij RIAGG (33%) en AMW (36%). Opvallend is dat de hulpvragen met

relationele problemen van AMW respondenten vaker betrekking hebben op het grotere netwerk van relaties dan onder RIAGG-respondenten waar de meeste hulpvragen met relatieproblemen betrekking hebben op de relatie met de partner dan wel de combinatie van relatieproblemen met intrapsychische problemen.

Wederzijdse verwijzingen beïnvloeden de verdeling van de respondenten over de beide instellingen niet. Wel blijkt het interne verwijzingsbeleid een relatie te vertonen met de mate van onwelbevinden van de respondent. AMW-respondenten die middels één gesprek geholpen worden hebben een lager niveau van onwelbevinden dan AMW-respondenten die verder behandeld worden, terwijl RIAGG-respondenten die verwezen worden naar de afdeling psychotherapie zich minder onwel bevinden dan RIAGG-respondenten die verwezen worden naar de afdeling sociale-psychiatrie. Deze sub-populaties onderscheiden zich daarmee van elkaar ook in de psychiatrische prevalentie. De geschatte psychiatrische prevalentie onder psychotherapie-respondenten is 64% en onder respondenten die verwezen werden naar de afdeling sociale-psychiatrie is een psychiatrische prevalentie van 82%. Respondenten die werden verwezen naar de afdeling psychotherapie waren hoger opgeleid en hadden vaker een baan dan degenen die werden verwezen naar de afdeling sociale psychotherapie.
AMW-respondenten die verder behandeld worden en RIAGG-respondenten die verwezen worden naar de afdeling psychotherapie verschillen niet in de mate van onwelbevinden.

Voor wat betreft de verwijzingen door de huisarts kon geen onderscheid gemaakt worden in de mate van onwelbevinden tussen RIAGG- en AMW-respondenten. De AMW-respondenten die door de huisarts zijn verwezen hebben een relatief hoge score op de screeningslijsten. Het lijkt erop dat de huisarts vooral patiënten met veel problemen doorverwijst naar RIAGG of AMW. De huisarts lijkt daarbij voor het onderscheid tussen AMW en RIAGG niet af te gaan op de mate van onwelbevinden van de cliënt dan wel de situatiespecificiteit van de problemen.

Correctie van het bestand met RIAGG-respondenten voor het percentage gehuwden blijkt een beperkte invloed te hebben. Alleen het aandeel somatische hulpvragen onder RIAGG-respondenten blijkt iets groter na correctie.

De analyses van de verschillende regio's laat regionale verschillen zien. In de regio Nijmegen is geen verband gevonden tussen de score op de GHQ, SCL-90 en de BIOPRO en de verdeling van de respondenten over AMW en

RIAGG, terwijl in Rotterdam-Zuid scores op de drie lijsten significant samenhangen met de verdeling van de respondenten over AMW en RIAGG.
De analyse van de regionale verschillen werpt ook een aantal suggesties op over andere mogelijke factoren die de verdeling van cliënten over RIAGG en AMW zouden kunnen beïnvloeden. Zo lijkt er een invloed te zijn van een uitgestrekt werkgebied: het resulteert in geringere verschillen tussen AMW- en RIAGG-respondenten. Een minder uitgestrekt werkgebied lijkt te leiden tot een groter onderscheid tussen respondenten van AMW of RIAGG.

4. DISCUSSIE

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een discussie gevoerd over de representativiteit van de onderzochte populaties voor de volwassen cliënten van AMW en RIAGG. Daarna wordt ingegaan op de mate waarin de meetinstrumenten geschikt bleken om de onderzoeksvragen te beantwoorden, en wordt ingegaan op de consequenties voor de onderzoeksresultaten van het tijdstip waarop de interviews zijn afgenomen. Dit geheel zal worden samengevat aan het einde van dit hoofdstuk.

4.1. Representativiteit

Hoe representatief zijn de onderzoeksresultaten voor de volwassen cliëntèle van AMW en RIAGG. Dit is een belangrijke vraag bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten voor de beleidsvorming. De representativiteit van de onderzoeksresultaten kan vanuit drie invalshoeken worden besproken.

Ten eerste is er de vergelijking van enkele demografische kenmerken van de respondenten in deze studie met die van de registratiegegevens van AMW en RIAGG. In paragraaf 3.1 werd gesteld dat de onderzoekspopulatie niet sterk afwijkt van de cliëntenpopulaties van RIAGG en AMW. Alleen behoorden tot de onderzoekspopulatie relatief meer vrouwen. De invloed van het geslacht is dan ook intensief in de analyse van de onderzoeksgegevens betrokken en bleek geen belangrijke invloed te hebben op de onderzoeksresultaten. Daarnaast was de fractie gehuwden onder de RIAGG-respondenten kleiner dan die onder RIAGG-cliënten is. Correctie voor dit selectie-effect leidde niet tot wezenlijk andere resultaten. Daarom kan gesteld worden dat de onderzoeksresultaten representatief zijn voor de cliënten van AMW en RIAGG, wat hun demografische kenmerken betreft.

Een tweede invalshoek is de selectie die is opgetreden doordat bepaalde cliëntengroepen niet in het onderzoek zijn opgenomen. Zo waren van het onderzoek uitgesloten cliënten die niet in staat zouden zijn de vragenlijsten in te vullen doordat ze niet kunnen lezen of schrijven, dan wel het Nederlands niet machtig zijn. Op basis van de registratie door hulpverleners kan niet geconcludeerd worden dat dit selectie-effect verschillend heeft gewerkt voor RIAGG of AMW. Ook zijn cliënten in een crisis-situatie uitgesloten van het

onderzoek. Het gaat hierbij voor een deel om de 'crisisdiensten' van de RIAGG en de 24 uurs bereikbaarheidsdiensten van het AMW. De onderzoeksresultaten hebben hier dan ook geen betrekking op. Het gaat voor een ander deel om cliënten die zich tijdens het eerste gesprek in een crisis-situatie bevinden, dan wel die cliënten die zo verward zijn dat ze geen vragenlijst kunnen invullen. Uit de registraties door hulpverleners blijkt dat er bij zowel RIAGG als AMW verwarde cliënten waren die daardoor geen vragenlijst konden invullen. Daarom geldt dat het onderzoek ook geen betrekking heeft op de mogelijke cliënten van zowel AMW als RIAGG in crisis-situaties of op cliënten die te verward zijn om een vragenlijst in te vullen.
Ook geldt dat hulpverleners zich niet altijd gehouden zullen hebben aan het protocol. De mate waarin dit gebeurd is, is niet bekend. Verondersteld zou kunnen worden dat het aandeel van de eenmalige contacten bij het AMW ondervertegenwoordigd is. Volgens AMW-registratiegegevens (43) duurt 10% van de AMW-hulpverleningscontacten minder dan een week. Het aantal middels één gesprek afgesloten hulpcontacten bij het AMW in dit onderzoek is ook 10%. Het is daarom niet waarschijnlijk dat hier selectie is opgetreden. De geregistreerde non-respons, tot slot, is 14%. Dit is een lage waarde. Deze non-respons zal zeker geen aanleiding zijn tot grootse verschuivingen in conclusies.

Een derde invalshoek is de selectie als gevolg van de keuze voor de te onderzoeken instellingen. In paragraaf 3.9 is aangetoond dat er regionale verschillen zijn. Hiermee is de keuze van de regio's een serieuze selectiecomponent. Bij de keuze voor de instellingen is met nadruk gezocht naar instellingen die veel van elkaar verschillen. De verschillen tussen de instellingen zullen daarom een redelijke afspiegeling zijn van de variabiliteit die er bestaat tussen andere instellingen in Nederland. De regio met de resultaten die het meest liggen in de lijn van de nota· Bouwstenen is Rotterdam-Zuid. Maar ook hier gaan de algemene conclusies uit dit onderzoek op. Dit leidt tot de conclusie dat de keuze voor de instellingen niet tot resultaat zal hebben gehad dat de onderzoeksresultaten niet gelden voor de Nederlandse situatie.

Gesteld kan worden dat dit onderzoek een beeld geeft van de volwassen cliëntenpopulaties van RIAGG en AMW, met dien verstande dat mensen die niet of moeilijk kunnen lezen of schrijven en cliënten van de RIAGG-crisisdienst en de 7*24 bereikbaarheidsdienst van het AMW niet in het onderzoek voorkomen, terwijl cliënten die zo verward waren dat ze geen vragenlijst konden invullen ook niet bij hebben gedragen aan de onderzoeksresultaten. De onderzoekspopulaties blijken wat demografie betreft niet essentieel af te wijken van de cliënten van RIAGG en AMW.

4.2. Discussie over de meetinstrumenten

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van drie verschillende typen meetinstrumenten om de problemen, hulpvraag en problematiek van cliënten van AMW en RIAGG te karakteriseren. Als eerste is gebruik gemaakt van gestandaardiseerde en gevalideerde meetinstrumenten die (inter-)nationaal veel gebruikt zijn: de GHQ, de SCL-90. Deze meetinstrumenten zijn gebruikt om het begrip 'mogelijke psychopathologie' uit de nota Bouwstenen (9) te operationaliseren. De BIOPRO is gebruikt om vast te stellen of er sprake is van situatie-specificiteit van de problemen. Daarnaast zijn de onderzoeksresultaten gebaseerd op de hulpvragen die door de cliënten zelf zijn geformuleerd.

Onderzoek naar de relatie tussen de scores op de GHQ en de resultaten van een gestructureerd psychiatrisch interview (DIS) leverde onverwachte resultaten op. In de (inter-)nationale literatuur wordt doorgaans een nauwe relatie gevonden tussen scores op de GHQ en de aan- of afwezigheid van psychiatrische problematiek. In ons onderzoek bleek deze relatie niet te gelden voor cliënten van de instellingen voor AMW, maar wel voor de cliënten van de RIAGG's.
Voor de hand ligt een eerste mogelijke verklaring: het onderzoek is misschien niet goed uitgevoerd. Deze verklaring is echter niet bevredigend. Het onderzoek is uitgevoerd door interviewers die werden getraind door vertegenwoordigers van de Nederlandse werkgroep DIS. De interviews zijn uitgevoerd conform deze training. De GHQ-vragenlijst is ingevuld door de respondent in dezelfde interviewsessie als, maar voorafgaand aan, het DIS-interview. Het ontbreken van een relatie tussen GHQ en DIS is daarom niet te wijten aan een verloop van de problematiek in de tijd. De mogelijke verklaring van een fout in de onderzoeksprocedure wordt vooral onbevredigend wanneer overwogen wordt dat wèl een relatie gevonden werd tussen het DIS-interview en de score op de GHQ van RIAGG-cliënten. De DIS-interviews werden door dezelfde interviewers uitgevoerd, met dezelfde procedures van werving en interviewen. Een andere verklaring dient daarom gezocht te worden.
Deze andere verklaring is de volgende. Laten we uitgaan van de overweging dat de GHQ de mate van onwelbevinden meet (14,15,36,37). Dohrenwend e.a. (36) stellen dat de score op lijsten als de GHQ te vergelijken is met de temperatuur op een koorts-thermometer. Een hoge temperatuur wijst erop dat er iets mis is, dit kan van alles zijn. Een hoge GHQ-score wijst erop dat er iets mis is. Dit kan van alles zijn.

Een GHQ-score zou een indicator zijn voor de aan- of afwezigheid van psychiatrische problematiek. Bij de ontwikkeling van de GHQ heeft Goldberg zich gebaseerd op de respons van drie groepen respondenten: "normals, mildly ill and severely ill psychiatric patients" (12). De hoogste GHQ-scores werden gevonden onder de zwaardere psychiatrische patiënten, lagere scores onder de minder zware psychiatrische patiënten, en de laagste scores onder de 'normalen'. Een hoge score wijst erop dat er iets mis is. In dit geval gaat een hoge GHQ samen met het vaak hebben van psychiatrische problematiek. Een hierop volgend valideringsonderzoek vond plaats onder een selecte groep (geselecteerd op GHQ-score) van 200 patiënten van een huisarts. Bij hen werd een gestandaardiseerd psychiatrisch interview afgenomen door Dr. Goldberg, resulterend in het benoemen van psychiatrische gevallen. Sensitiviteit en specificiteit van de GHQ waren 95,7% respectievelijk 87,7%. Een onderzoek door andere onderzoekers in de VS leverde cijfers voor sensitiviteit en specificiteit op van respectievelijk 85% en 79,5%. Dit zijn respectabele waardes en maken de GHQ zeker geschikt als screeningsinstrument voor een redelijk prevalent fenomeen als (mogelijk) psychiatrische problematiek onder patiënten van een huisarts (12). Tegelijkertijd laten deze cijfers zien dat het mogelijk is om een hoge GHQ-score te hebben, terwijl er géén sprake is van psychiatrische problematiek (de specificiteit is geen 100%). Ook de analyses uit het Regio-project naar de overlap tussen psychosociale problemen en psychiatrische problematiek laten zien dat psychosociale problemen en psychiatrische problematiek niet tot één dimensie behoren, maar dat het mogelijk is psychosociale problemen te ervaren zonder psychiatrische problematiek en ook kan er sprake zijn van psychiatrische problematiek zonder de aanwezigheid van psychosociale problemen (10). Blijkbaar zijn er andere kenmerken van patiënten dan de aanwezigheid van psychiatrische problematiek die ertoe kunnen bijdragen dat iemand hoog scoort op de GHQ, zich onwelbevindt.
De respondenten van AMW scoren gemiddeld hoog op de GHQ: er is dus iets mis, dit kan van alles zijn. In eerste instantie gingen we ervan uit dat hoge GHQ-scores en hoge kans op psychiatrische problematiek nauw samenhangen. Dit bleek niet op te gaan. Bij de AMW-respondenten is mogelijk een andere factor werkzaam, die hoge GHQ-scores veroorzaakt. Deze factor 'moeilijke omstandigheden' te noemen, lijkt geen onlogische gedachte. De problemen die AMW-cliënten ervaren kunnen voortkomen uit minder adequaat intrapsychisch functioneren, maar ook uit de omstandigheden. Dit wordt des te aannemelijker als overwogen wordt dat AMW-cliënten veel lager opgeleid zijn dan het gemiddelde opleidingsniveau van de Nederlandse bevolking en dat ze minder vaak een betaalde baan hebben. AMW-cliënten zijn maatschappelijk gezien slechter af dan de gemiddelde Nederlander. Dat zij hierdoor in de problemen zijn gekomen, zonder dat dit

voornamelijk te wijten is aan intrapsychisch disfunctioneren, lijkt goed mogelijk. Een hoge GHQ-score onder cliënten van AMW wijst er op dat er iets mis is: ze ervaren veel problemen. De oorzaak van deze problemen kan intrapsychisch zijn, maar ook liggen in moeilijke leefomstandigheden.
De geldigheid van deze overwegingen is overigens nog niet bewezen: het lijkt echter zeer aannemelijk om te veronderstellen dat het ontbreken van een nauwe relatie tussen GHQ en DIS-interview verklaard kan worden middels bovengaande redenering.

De consequentie van deze redenering is evenwel dat een score op de GHQ niet gezien mag worden als een goede indicator voor psychiatrische problematiek onder AMW-cliënten. De poging om middels de GHQ dus iets te zeggen over een verschil in prevalentie van psychiatrische problemen tussen cliënten van RIAGG en AMW is hiermee gestrand. Dit maakt het er overigens niet makkelijker op. Een huisarts die wil beslissen of een patiënt verwijzing behoeft naar AMW of RIAGG kan zich niet baseren op een GHQ-score. En een AMW-intaker kan zich ook niet baseren op de GHQ-score om te beslissen of er sprake is van psychiatrische problematiek.
De SCL-90 is ook een indicator voor (mogelijk) psychiatrische problematiek. De SCL-90 meet dit concept op in principe vergelijkbare wijze als de GHQ (12). Daarom is het niet duidelijk of de SCL-90 wèl betrouwbaar is als indicator voor mogelijk psychiatrische problematiek onder respondenten van AMW. Tegelijk met het DIS-interview werd een extra GHQ afgenomen. Om het interview niet te zwaar te maken werd geen extra SCL-90 interview afgenomen. Daarom is het niet mogelijk de relatie tussen de score op de SCL-90 en het DIS-interview empirisch te toetsen.

De nota Bouwstenen (9) draagt nog een ander eigenstandig en hard criterium aan voor het onderscheid tussen cliënten van AMW en RIAGG. Cliënten met situatie-specifieke problemen horen thuis bij het AMW en cliënten met problemen die voorkomen in verschillende situaties horen thuis bij de RIAGG. De BIOPRO (18) is gebruikt ter operationalisering van dit concept. De BIOPRO-score is geen indicator voor een fenomeen als (mogelijk) psychiatrische problematiek. Met de BIOPRO wordt direct het aantal probleemsituaties gemeten. De BIOPRO is een betrouwbaar instrument op basis waarvan uitspraken gedaan kunnen worden over de situatie-specificiteit van problemen, en daarmee over de mate waarin de werkelijke verdeling van cliënten van AMW en RIAGG zich verhoudt tot de gewenste verdeling.

De afspraken over afstemming tussen AMW en RIAGG in de nota Bouwstenen (9) zijn gebaseerd op de problemen en de problematiek van de cliënten. In dit onderzoek werd de hulpvraag onafhankelijk van 'de proble-

matiek' onderzocht. Doordat uitgegaan is van formuleringen van cliënten zelf, en door de hoge mate van inter-beoordelaars overeenkomst over de classificering van deze respons, kan de kwaliteit van de meting en analyse van de hulpvraag positief worden beoordeeld.

Variabelen die een grote rol lijken te spelen bij de verdeling van cliënten over AMW en RIAGG zijn het opleidingsniveau en het wel of niet hebben van een baan. Dit zijn beide indicatoren van het, bredere, begrip 'sociaal-economische status'. Omdat dit onderzoek niet is opgezet om de invloed van sociaal-economische status op de verdeling van cliënten over AMW of RIAGG vast te stellen, is de operationalisatie van dit begrip niet uitputtend. De twee kenmerken moeten gezien worden als ruwe indicatoren. De vastgestelde invloed van deze twee indicatoren op de verdeling van cliënten over beide instellingen is daarom een onderschatting of in ieder geval een ondergrens van de waarschijnlijke invloed van de sociaal-economische status op de verdeling van cliënten over AMW of RIAGG.

Voor beide onderzoekspopulaties zijn op betrouwbare wijze de situatiespecificiteit van de problemen van en de mate van onwelbevinden onder cliënten van AMW en RIAGG vastgesteld. De psychiatrische prevalentie kan om methodologische redenen in de AMW populatie niet worden geschat, in de RIAGG populatie kan dit wel.

4.3. Meettijdstip

Het onderzoek is uitgevoerd onder cliënten die net een eerste gesprek voerden met een hulpverlener over hun problemen. Veel van deze gesprekken zullen in het teken hebben gestaan van probleemverheldering, ten dienste van de hulpverlener om een betere intake-beoordeling te kunnen maken, dan wel ten dienste van de cliënt als eerste stap in het hulpverleningsproces, dan wel beide. Het tijdstip waarop de interviews zijn afgenomen kan de respons van de cliënten hebben beïnvloed.
De scores op de screeningslijsten zullen hierdoor relatief hoog zijn. Deze veronderstelling wordt ondersteund door het volgende feit. De GHQ-scores van respondenten bij wie enige tijd na het eerste gesprek een DIS-interview werd afgenomen was gemiddeld 4 gedaald. Als dit gegeven gebruikt zou worden ter correctie van de GHQ-scores van de respondenten dan zou de gemiddelde GHQ-score dalen tot 11-12. Dit is nog steeds een zeer hoge waarde vergeleken met de waardes gevonden in onderzoek onder bijvoorbeeld huisartsenpatiënten. Overigens is het de vraag of deze correctie wel relevant is. Het is niet onwaarschijnlijk dat cliënten kort vóór het eerste

gesprek ook hoog zullen scoren, en dat de afname van de GHQ-score wijst op een verbetering van de situatie. Overigens kan de formulering van de hulpvraag ook beïnvloed zijn door het feit dat de respondent de vragenlijst invulde na het eerste gesprek.

5. CONCLUSIES

Inleiding

De algemene probleemstelling voor dit onderzoek was: In hoeverre is er sprake van een overlap in de hulpvragen van de cliëntenpopulaties van AMW en RIAGG. In hoeverre kan een analyse van deze overlap de instellingen van AMW en RIAGG behulpzaam zijn bij het ontwikkelen van een onderlinge taakafbakening en doorverwijsbeleid. Hieruit vloeiden een zestal onderzoeksvragen voort. De eerste vier onderzoeksvragen hebben betrekking op de grootte van de overlap, de vijfde heeft betrekking op de mogelijkheden om de taakafbakening tussen AMW en RIAGG te verbeteren en de zesde heeft betrekking op het verloop van de problemen in de hulpverleningsperiode. Het antwoord op deze laatste twee vragen is het onderwerp van een tweede rapport, waarin het verloop van de problemen centraal staat.

In dit hoofdstuk worden als eerste de vier onderzoeksvragen beantwoord. Een beantwoording van alleen deze vier onderzoeksvragen zou echter geen recht doen aan de veelheid van onderzoeksresultaten. Daarom worden na het beantwoorden van de vier onderzoeksvragen enkele additionele conclusies geformuleerd. In dit hoofdstuk wordt ook teruggekomen op de afspraken tussen AMW en RIAGG uit de nota Bouwstenen. De onderzoeksresultaten laten zien dat de afspraken uit de nota Bouwstenen niet blijken te kloppen met de werkelijkheid.

Bij de analyse van de overlap in de hulpvraag tussen AMW en RIAGG is gebruik gemaakt van een drietal begrippen. Deze begrippen zijn 'problemen', 'hulpvraag' en 'problematiek'. Deze begrippen werden geïntroduceerd in hoofdstuk 1.
Problemen worden ervaren door cliënten van AMW en RIAGG. Ze kunnen de aanleiding zijn om te vragen om hulp. De hulpvraag is de formulering van de vraag om hulp door de cliënt zelf. Beide begrippen hebben betrekking op de ervaringswereld van de cliënt. Het begrip 'problematiek' verwijst naar een deskundigen-oordeel over problemen van een cliënt. Het begrip 'psychiatrische problematiek' of 'psychopathologie' verwijst naar het deskundige oordeel van de psychiater over de problemen van een cliënt.
In de nota Bouwstenen staan twee concepten centraal: de mate waarin problemen zijn gegeneraliseerd over verschillende situaties (een begrip dat aansluit bij de ervaringswereld van de cliënt) en de mate van psychopathologie (een begrip dat verwijst naar het referentiekader van de psychiater). De

'hulpvraag' zoals deze is geformuleerd door de cliënt zelf, is niet te karakteriseren naar de mate van 'situatie-specificiteit' of 'psychopathologie'. Dit komt doordat deze concepten niet het belangrijkste zijn voor de cliënt bij het formuleren van de hulpvraag. Een cliënt heeft wel wat anders aan zijn hoofd. Bij het formuleren van de conclusies zal consequent gebruik gemaakt worden van deze drie beschreven begrippen.

5.1. Beantwoording van de eerste vier onderzoeksvragen

In deze paragraaf zullen de eerste vier onderzoeksvragen beantwoord worden. De antwoorden op deze vragen zijn gebaseerd op de onderzoeksresultaten en op de resultaten van de discussie in hoofdstuk 4.
De resultaten hebben betrekking op de aanspreekbare volwassen cliëntenpopulaties van RIAGG en AMW, met dien verstande dat mensen die niet of moeilijk kunnen lezen of schrijven en cliënten van de RIAGG-crisisdienst en de 7*24 bereikbaarheidsdienst van het AMW niet in het onderzoek voorkomen, terwijl cliënten die zo verward waren dat ze geen vragenlijst konden invullen ook niet bij hebben gedragen aan de onderzoeksresultaten.

Om de beantwoording van de onderzoeksvragen niet te versnipperen worden de vier onderzoeksvragen niet afzonderlijk, maar als één geheel beantwoord. De vier onderzoeksvragen waren:

VRAAG 1: In hoeverre laat de hulpvraag van cliënten van RIAGG en AMW zich karakteriseren als situatie-specifiek, en in hoeverre laat deze vraag zich karakteriseren als (dreigend) psychopathologisch.

VRAAG 2: Is er sprake van een overlap tussen de hulpvragen van beide instellingen.

VRAAG 3: Is het mogelijk om de verdeling van cliënten over beide instellingen te voorspellen aan de hand van de twee kenmerken: (dreigende) psychopathologie en situatiespecificiteit van de problemen.

VRAAG 4: In hoeverre spelen andere cliëntkenmerken, bijvoorbeeld sociaal-demografische kenmerken, een rol bij de verdeling van de cliënten.

De hulpvraag van de cliënten van zowel RIAGG als AMW is te karakteriseren als 'niet situatiespecifiek'. Cliënten van beide instellingen ervaren over het algemeen problemen in veel verschillende situaties, cliënten met slechts één

probleem zijn een uitzondering. De verdelingen van RIAGG-cliënten en AMW-cliënten overlappen elkaar wat dit betreft vrijwel volledig.
Het bleek, op methodologische gronden, niet mogelijk te beoordelen in welke mate de hulpvraag van AMW-cliënten te karakteriseren is als (dreigend) psychopathologisch. Wel is het zo dat bij het AMW cliënten komen met psychiatrische problematiek. Onder RIAGG-cliënten kon de prevalentie van psychiatrische problematiek betrouwbaar geschat worden op 74%.

Kennis van de mate van situatie-specificiteit van de problemen van cliënten draagt niet bij aan een betrouwbare voorspelling van de verdeling van deze cliënten over AMW of RIAGG.

Sociaal-demografische kenmerken.
Sociaal-demografische kenmerken blijken een belangrijke rol te spelen bij de verdeling van de cliënten over AMW en RIAGG. AMW-cliënten hebben minder vaak een betaalde baan en zijn doorgaans lager opgeleid dan RIAGG-cliënten. Het opleidingsniveau van AMW-cliënten ligt lager dan dat van de Nederlandse bevolking, dat van de RIAGG-cliënten ligt vrijwel op hetzelfde niveau. RIAGG-cliënten hebben ongeveer net zo vaak een betaalde baan als de gemiddelde Nederlandse bevolking.
Deze sociaal-demografische variabelen blijken enigszins onderscheidend te zijn voor de cliënten van AMW en RIAGG. Kennis van deze sociaal-demografische kenmerken levert een 8% betere voorspelling op van de verdeling van cliënten over AMW en RIAGG, ten opzichte van de toevalsverdeling. In hoofdstuk 4 wordt gesteld dat het geregistreerde belang van deze sociaal-demografische variabelen kleiner is dan of een ondergrens is van de mogelijke werkelijke invloed van sociaal demografische factoren.

De vraag in hoeverre het onderscheid tussen AMW en RIAGG op basis van sociaal-demografische kenmerken een wenselijke is, lijkt verschillend beantwoord te kunnen worden. Als eerste staat daar de uitspraak in de Nieuwe Nota (44) dat bij de toegang tot de GGZ in beginsel geen positieve selectie mag worden toegepast voor cliënten die beter opgeleid zijn en daardoor meer ontvankelijk zijn voor verbale therapievormen. Hier tegenover staan onderzoeksgegevens die erop wijzen dat overeenkomst in sociaal-demografische kenmerken tussen cliënt en hulpverlener een positieve invloed heeft op de effectiviteit van een therapeutische behandeling (45).

Onwelbevinden.
De mate van onwelbevinden van cliënten van zowel AMW als RIAGG is zeer hoog. Dit niveau ligt bij RIAGG-cliënten iets hoger dan onder AMW-cliënten.

Dit verschil is echter minimaal in verhouding tot de hoge niveaus die werden gevonden onder beide populaties. Cliënten die om hulp komen bij beide instellingen ervaren veel problemen.
De verschillen in onwelbevinden zijn niet groot genoeg om de verdeling van de cliënten over beide instellingen te voorspellen op basis van de mate van onwelbevinden.

Door de cliënt zelf geformuleerde hulpvragen.
De hulpvraag zoals deze door de cliënt zelf werd geformuleerd speelt een relatief belangrijke rol bij het maken van een onderscheid tussen cliënten van RIAGG en AMW.
RIAGG-cliënten presenteren vaker dan AMW-cliënten hulpvragen met intrapsychische problemen. RIAGG-cliënten presenteren vooral veel hulpvragen met meervoudige intrapsychische problemen (15% voor RIAGG cliënten tegen 3% voor AMW-cliënten). Deze hulpvragen gaan samen met de hoogste mate van onwelbevinden. RIAGG-cliënten presenteren meer hulpvragen met somatische problemen (9%, tegen 2% onder AMW-cliënten). RIAGG-cliënten onderscheiden zich ook door het relatief grote aantal hulpvragen waarbij gebruik gemaakt wordt van diagnostische labels uit de psychiatrie (14%, tegen 5% onder AMW-cliënten). Opvallend is het ontbreken van een hogere psychiatrische prevalentie voor hulpvragen van RIAGG-cliënten die gebruik maakten van diagnostische labels uit de psychiatrie, vergeleken met de RIAGG-cliënten met intrapsychische problemen die hun vraagformulering meer baseerden op symptomen.
AMW-cliënten hebben relatief vaak een hulpvraag met materiële problemen (18%, tegen 1% onder RIAGG-cliënten). Deze hulpvragen gaan gepaard met een relatief lagere mate van onwelbevinden. Hulpvragen met relatieproblemen komen vaker voor onder cliënten van het AMW dan onder cliënten van de RIAGG (36% tegen 29%).

De hulpvraag bleek de 'beste' voorspeller te zijn voor de verdeling van de cliënten over RIAGG en AMW: Kennis van de hulpvraag van een cliënt maakt een 15% betere verdeling van cliënten over AMW en RIAGG mogelijk, dan een verdeling op basis van het toeval. De hulpvraag is daarmee geen zuiver onderscheidend criterium.

De hulpvragen van de cliënten van AMW en RIAGG blijken samen te hangen met de opleiding en het wel of niet hebben van een betaalde baan. Cliënten zonder afgeronde opleiding of met lagere school, dan wel zonder betaalde baan presenteren relatief vaak een materiële hulpvraag en minder vaak een intrapsychische hulpvraag. Cliënten zonder een betaalde baan presenteren ook minder vaak een intrapsychische hulpvraag.

De vraag is gerechtvaardigd of het gemiddeld lagere opleidingsniveau onder AMW-cliënten en het geringere aantal AMW-cliënten met een betaalde baan, veroorzaakt wordt door juist deze categorie hulpvragen.
Een vergelijking van het gemiddelde opleidingsniveau en de fractie met een betaalde baan tussen cliënten van AMW en RIAGG, met weglating van de materiële hulpvragen laat echter nog steeds significante verschillen zien in het opleidingsniveau tussen cliënten van AMW en RIAGG. Ook voor hulpvragen met intrapsychische problemen en relatie-problemen kent het AMW een relatieve oververtegenwoordiging van cliënten met een lage opleiding en cliënten zonder betaalde baan.

De beste voorspelling van de verdeling van cliënten over AMW en RIAGG.
De belangrijkste onderscheidende cliëntenkenmerken zijn de hulpvraag, het opleidingsniveau en het wel of niet hebben van een baan. Deze variabelen tezamen verbeteren een voorspelling van de verdeling van de cliënten op basis van het toeval met 18%. Kennis van de mate van situatie-specificiteit van de problemen, noch van de mate van onwelbevinden, kunnen de kwaliteit van deze voorspelling verbeteren.

5.2. De invloed van de huisarts op de verdeling van cliënten over AMW of RIAGG

Voor bijna de helft van de cliënten wordt de keuze voor RIAGG of AMW bepaald door de huisarts, terwijl bijna de andere helft deze keuze zelf maakt. Voor de cliënten die verwezen waren door een huisarts tussen AMW en RIAGG werden geen verschillen gevonden in de scores op de screeningslijsten.
Opvallend was de hoge gemiddelde score van de verwezen AMW-cliënten veroorzaakt door het feit dat huisarts nauwelijks cliënten verwijst met materiele hulpvragen.
Cliënten die zelf het initiatief namen voor het contact met RIAGG of AMW onderscheiden zich wel onderling: de mate van onwelbevinden van deze AMW-cliënten is lager dan die van deze RIAGG-cliënten, terwijl de laatsten ook meer problemen ervaren. Dit wordt vooral veroorzaakt doordat een kwart van deze AMW-cliënten een materiële hulpvraag heeft.

5.3. Wederzijdse en interne cliëntenstromen

Het aantal wederzijdse verwijzingen is relatief klein: 6 van de 366 AMW-respondenten werden verwezen naar de RIAGG, en 15 van de 296 RIAGG-respondenten naar het AMW. Opvallend is het dat deze wederzijdse verwijzingen een relatie lijken te vertonen met de scores op de screeningslijsten, geheel conform de verwachtingen en de afspraken in de nota Bouwstenen. Het beperkte aantal verwijzingen laat harde uitspraken hierover echter niet toe.
Opvallend is dat de interne cliëntenstromen zich van elkaar onderscheiden in mate van onwelbevinden en meervoudigheid van de ervaren problemen. De mate van onwelbevinden en situatie-specificiteit van de problemen onderscheidde RIAGG-cliënten en AMW-cliënten nauwelijks. De cliëntenstromen binnen de twee instellingen verschillen daarentegen significant en veel. Zo ervaren AMW-cliënten die middels één gesprek geholpen worden aanzienlijk minder problemen, dan de AMW-cliënten waar een langduriger contact mee zal worden opgebouwd. Blijkbaar 'zegt' de score op de screeningslijsten iets over de zorgbehoefte zoals deze werd vastgesteld in het gesprek tussen hulpverlener en cliënt bij het AMW. Eenzelfde fenomeen doet zich voor onder RIAGG-cliënten. RIAGG-cliënten die intern worden verwezen naar de afdeling Sociale Psychiatrie ervaren meer problemen dan zij die verwezen worden naar de afdeling Psychotherapie. Ook bij de RIAGG geldt dat de mate van onwelbevinden relevant blijkt voor de uitkomst van het intake-gesprek. Deze uitspraken zijn gebaseerd op verschillen die statistisch significant waren, ondanks de relatief kleine aantallen betrokken respondenten.
De geschatte psychiatrische prevalentie onder RIAGG-cliënten die verwezen zijn naar de afdeling psychotherapie is rond de 64%, terwijl voor cliënten verwezen naar de sociale psychiatrie deze prevalentie rond de 82% ligt. Met name onder psychotherapie-cliënten is er dus een deel waarbij géén sprake is van psychiatrische problematiek.

De resultaten van de analyse van de interne verwijzingen werpen ook een genuanceerder licht op de hoofdconclusies van het onderzoek. Het lijkt erop dat het ontbreken van een verschil in mate van onwelbevinden en de meervoudigheid van de problemen tussen cliënten van AMW en RIAGG vooral veroorzaakt wordt doordat RIAGG-cliënten die werden verwezen naar de afdeling Psychotherapie zich niet onderscheiden van de AMW-respondenten, in de mate van onwelbevinden en situatie-specificiteit van de problemen. RIAGG-cliënten die verwezen zijn naar de afdeling Sociale Psychiatrie onderscheiden zich duidelijk van de AMW-respondenten in een hogere mate van onwelbevinden en meervoudigheid van de problemen. Overigens kan geconstateerd worden dat de invloed van de sociaal-economische status op

de verdeling van cliënten tussen AMW en RIAGG, ook terug te vinden is op de verdeling van cliënten tussen psychotherapie en sociale psychiatrie: cliënten die werden verwezen naar de afdeling psychotherapie zijn doorgaans hoger opgeleid. De rationale achter deze verschillen is niet geheel duidelijk. Waarom is de psychiatrische prevalentie onder RIAGG-cliënten die werden verwezen naar de afdeling psychotherapie lager dan onder RIAGG-cliënten die werden verwezen naar de afdeling sociale-psychiatrie. Waarom zijn de psychotherapie-cliënten doorgaans hoger opgeleid? Is hier sprake van een positieve selectie van cliënten met een betere opleiding die daardoor ontvankelijker zijn voor psychotherapie?

5.4. Eerdere contacten met GGZ EN AMW

Meer dan de helft van de onderzochte cliënten heeft ooit eerder contact gehad met een GGZ-instelling of een AMW-instelling. Ongeveer een derde van de cliënten van zowel AMW als RIAGG heeft ooit eerder contact gehad met een GGZ-instelling. Ongeveer een kwart van de AMW-cliënten heeft reeds eerder contact met de RIAGG, terwijl ook ongeveer een kwart van de RIAGG-cliënten ooit eerder contact had met het AMW. Deze cijfers laten zien dat een belangrijk deel van de cliënten van AMW en RIAGG 'gezamenlijke' cliënten zijn. Dat ongeveer de helft van de cliënten van beide instellingen eerder contact had met een GGZ-instelling of het AMW wijst op een structureel of in ieder geval weerkerend karakter van problemen. Dit gegeven ondersteunt de eerder geformuleerde signalering dat de problemen van de cliënten van beide populaties ernstig genoemd mogen worden. Niet alleen cliënten met één probleem zijn in de minderheid, maar ook het aantal cliënten dat al vaker problemen heeft ervaren en hiervoor hulp heeft gezocht, en naar alle waarschijnlijkheid ook in de toekomst weer hulp zal zoeken is groot. Deze constatering gaat in gelijke mate op voor beide cliëntenpopulaties.

5.5. Regionale verschillen

Tussen de vier regio's waar dit onderzoek is uitgevoerd blijken verschillen te bestaan. Zo onderscheiden de RIAGG-respondenten uit Rotterdam-Zuid zich van de AMW-respondenten in deze regio, maar ook van de RIAGG-respondenten in de andere regio's wat betreft de ernst en meervoudigheid van de problemen. Ook zijn in Rotterdam-Zuid de grootste verschillen te vinden in de hulpvragen van RIAGG-respondenten versus AMW-respondenten. In Rotterdam-Zuid lijkt de verdeling tussen AMW en RIAGG nog het meest

conform de nota Bouwstenen. Hulpvragen van RIAGG-cliënten in Rotterdam-Zuid zijn vooral psychiatrisch geformuleerd, of meervoudig. Hulpvragen van AMW-cliënten in Rotterdam-Zuid hebben vooral betrekking op materiële problemen en op relatieproblemen. Relatieproblemen komen echter ook voor onder RIAGG-cliënten in Rotterdam-Zuid. De intrapsychische hulpvragen komen bij beide instellingen in ruime mate voor. Het andere uiterste is de regio Oost-Gelderland. Hier werden nauwelijks verschillen tussen AMW- en RIAGG-respondenten gevonden wat betreft de mate van onwelbevinden en de meervoudigheid van de problemen, en ook wat betreft de hulpvraag konden nauwelijks verschillen gevonden worden. Deze twee uitersten gaan samen met de twee uitersten in geografische reikwijdte van de werkgebieden. Het lijkt erop dat de geografische afstand (de afstand van het huis van een cliënt tot een RIAGG-vestiging) een belangrijke factor is die de verdeling van cliënten over de beide instellingen beïnvloedt.

Een consequentie van deze constatering zou kunnen zijn te streven naar een fijnmaziger netwerk van 'loketten' met toegang tot RIAGG-hulpverlening in gebieden met grote afstanden tussen RIAGG-vestigingen. Wellicht dat samenwerking met instellingen voor AMW, die immers beschikken over een zeer fijnmazig netwerk van 'loketten', hier een optie is.

Als laatste dient opgemerkt te worden dat er tussen de verschillende regio's een redelijk grote spreiding bestaat wat betreft de prevalentie van psychiatrische problematiek onder RIAGG-cliënten. De minst prevalente situatie doet zich voor in Nijmegen, met een geschatte psychiatrische prevalentie van 64%. De meest prevalente situatie doet zich voor in Rotterdam-Zuid met een geschatte psychiatrische prevalentie van 82%.

5.6. De nota Bouwstenen wordt in de praktijk niet waargemaakt

In de nota Bouwstenen wordt het beeld geschetst dat het met een redelijke precisie mogelijk zou zijn om cliënten van AMW en RIAGG te onderscheiden. Weliswaar wordt gesteld dat de overgang tussen eerstelijns- en tweedelijnsproblemen vloeiend is. Maar, uit de nota valt op te maken dat de grootte van dit overgangsgebied relatief klein zou zijn ten opzichte van de goed te onderscheiden gebieden. Dit beeld wordt in de praktijk niet waargemaakt.

De cliënten-populatie van het AMW bestaat niet voornamelijk uit mensen met situatie-specifieke problemen. Blijkbaar is het ervaren van problemen in één situatie voor de meeste mensen geen aanleiding om naar het AMW te

stappen om hulp. Hier lijkt meer voor nodig: bij de meeste AMW-cliënten doen zich problemen voor in verschillende situaties. AMW-cliënten onderscheiden zich wat dit betreft in de verste verte niet van RIAGG-cliënten. Alleen AMW-cliënten met een materiële hulpvraag lijken nog enigszins te voldoen aan de geformuleerde 'eis' van enkelvoudigheid van problemen. Hun scores op de BIOPRO liggen lager dan die van de cliënten met andere hulpvragen. Deze categorie betreft echter een klein deel van de hulpvragen van het AMW, en heeft sterk betrekking op mensen met een lagere opleiding en mensen zonder betaalde baan. Het gaat in dit geval vooral om directe maatschappelijke dienstverlening, die vaak van korte duur is. Voor de meerderheid van de cliënten van het AMW gaat dit niet op.

De mate waarin de problemen als psychopathologisch gekenmerkt kunnen worden kon alleen vastgesteld worden onder RIAGG-cliënten. De prevalentie van psychopathologie onder deze cliënten is 74%. Op methodologische gronden was het niet mogelijk de psychiatrische prevalentie onder AMW-cliënten vast te stellen. Dit methodologische probleem heeft echter niet alleen consequenties voor deze studie, maar ook voor de aard van de afspraken die AMW en RIAGG kunnen maken over de afstemming van hun cliëntenpopulaties. In de volgende paragraaf wordt hierop ingegaan.

5.7. Een fundamenteel probleem bij het maken van afspraken over de afstemming van de cliëntenpopulaties van RIAGG EN AMW

In de psychiatrische epidemiologie wordt doorgaans een relatie gevonden tussen de mate van onwelbevinden van respondenten en de kans op psychiatrische problematiek (zie o.a. 12, 25, 14). De verklaring voor dit gegeven is dat psychiatrische problematiek vaak leidt tot een hoge mate van onwelbevinden. In de nota Bouwstenen wordt een analoge redenering gevolgd: wanneer mensen in verschillende situaties problemen ervaren, dan is dit te wijten aan een minder goed intrapsychisch functioneren. Ook hier wordt een relatie gelegd tussen het vóórkomen van veel (verschillende) problemen en de mate waarin iemand psychisch niet goed functioneert.

Uit deze studie blijkt dat deze redenering niet geldt voor de cliënten van het AMW, maar wel voor de cliënten van de RIAGG. Een hoge mate van onwelbevinden onder RIAGG-cliënten gaat samen met psychopathologie, maar een hoge mate van onwelbevinden onder AMW-cliënten blijkt minder eenduidig van oorzaak. De cliëntenpopulatie van het AMW wordt gekenmerkt door een diversiteit aan mogelijke achtergronden van de problemen van deze cliënten,

terwijl onder RIAGG-cliënten de relatie met psychiatrische problematiek eenduidig gelegd kan worden.

Middels dit onderzoek hebben we aangetoond dat de twee afspraken over de afstemming tussen RIAGG en AMW wat betreft de cliënten-populaties niet houdbaar zijn. De veronderstelling dat AMW-cliënten slechts problemen zouden ervaren in enkele situaties sluit niet aan bij de werkelijkheid. De veronderstelling dat het ervaren van veel problemen wijst op intrapsychisch disfunctioneren blijkt voor AMW-cliënten niet op te gaan. Het criterium van situatiespecificiteit blijkt geen onderscheid op te leveren tussen cliënten van AMW en RIAGG, maar tevens ontbreekt de theoretische basis aan dit criterium. Generalisatie van problemen in meerdere situaties komt niet alleen voort uit intrapsychisch disfunctioneren.
Het andere criterium, de vraag of er sprake is van psychiatrische problematiek, is voor een maatschappelijk werker niet vast te stellen. Per definitie gaat het hier om een psychiatrisch oordeel, en daarmee niet het oordeel van een maatschappelijk werker. Doordat problemen die als ernstig worden ervaren door een cliënt niet vanzelfsprekend ook waarschijnlijk psychiatrisch zijn, ontbreekt een eenvoudige methode ter benadering van dit psychiatrische oordeel. Een score op een psychiatrische screeningslijst van een AMW-cliënt zegt niets over de kans op psychiatrische problematiek.
Hiermee ontvalt aan de afspraken in de nota Bouwstenen de theoretische basis.

Natuurlijk zou het mogelijk zijn om maatschappelijk werkers te trainen, en ze te leren een psychiatrische oordeel af te geven. In dit geval zouden zij kunnen bijdragen aan het realiseren van ten minste één afspraak uit de nota Bouwstenen. Het is echter de vraag of dit relevant is voor de problemen waarmee deze maatschappelijk werkers geconfronteerd worden. De problemen van AMW-cliënten kunnen hoog oplopen, maar ze hoeven niet psychiatrisch van aard te zijn.

Overigens kan geconstateerd worden dat de aard van de problemen van AMW-cliënten veelzijdig kan zijn. De intake-fase bij het AMW is doorgaans weinig expliciet, zeker in vergelijking met de RIAGG. Het is de vraag of een dergelijk impliciete intake-fase in overeenstemming is met de potentiële veelzijdigheid van de achtergrond van de problemen van cliënten van het AMW.

De nota Bouwstenen is geschreven vanuit een specialistisch, psychiatrisch, perspectief. De vóóronderstelling in deze nota is dat het vóórkomen van veel problemen samen gaat met een hoge kans op psychiatrische problematiek.

De onderzoeksresultaten laten zien dat dit niet klopt voor het AMW. Het AMW houdt zich niet alleen bezig met problemen die voortkomen uit een slecht geestelijk functioneren. Andere factoren, bijvoorbeeld een inadequate of slechte opleiding, geen baan, lijken van zeker zo groot belang in het ontstaan van de, vele, problemen die cliënten van het maatschappelijk werk ervaren. Het beschouwen van deze problemen vanuit het specialistische, psychiatrische perspectief doet geen recht aan deze problemen.

Daar waar twee instellingen afspraken maken over onderlinge afstemming van hun werkzaamheden is het nodig dat de basis van deze afspraken recht doet aan beide instellingen. De afspraken uit de nota Bouwstenen lijken vooral recht te doen aan de aard van het werk bij de RIAGG, niet aan de aard van het werk bij het AMW. De hieruit voortvloeiende ontkenning van een deel van het werk van het AMW leidt ertoe dat afspraken over onderlinge afstemming niet nagekomen kunnen worden. Waarvan acte in dit onderzoek.

Met dit onderzoek is het afstemmingsprobleem tussen AMW en RIAGG echter niet uit de wereld. Er is slechts aangetoond dat de afspraken uit de nota Bouwstenen geen hout snijden. Ook is aangegeven dat bij afstemming met een specialistische, psychiatrische invalshoek voorbij gegaan wordt aan een belangrijk deel van het werk van het AMW: het deel waarin (geestelijke) gezondheidsproblemen niet dè oorzaak zijn van hoge mates van onwelbevinden. Andere afspraken zullen geformuleerd moeten worden.

LITERATUUR

1. LEEUW, A.K. DE. Bibliografie algemeen maatschappelijk werk. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg 1989, nr.25
2. KERSTEN, D. Samenwerking tussen maatschappelijk werk en gezondheidszorg in de eerstelijn. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, 1985
3. AMW in beeld 1986. Bunnik: VIVAM, 1987
4. POTTING, J.A.L. Het AMW in beeld 1989. Jaarrapport 1989. Bunnik: VIVAM december 1990
5. GRINTEN, T. VAN DER. De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Baarn: AMBO bv., 1987
6. Advies inzake verstrekking hulp door of vanwege een Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg. Ziekenfondsraad 1981, nummer 160
7. RIDDER, D. DE, J. VISSER. Tussen de lijnen. Utrecht Nederland centrum geestelijke volksgezondheid. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, 1987
8. NEDERLANDSE VERENIGING VOOR AMBULANTE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG, NVAGG. Statistische zakboekje 1988. Utrecht: NVAGG, 1989
9. JOINT, NVAGG. Bouwstenen algemeen maatschappelijk werk en ambulante geestelijke gezondheidszorg. Den Bosch: Joint en Utrecht: NVAGG, 1987
10. HODIAMONT, P. Psychiatrische en psychosociale problematiek: overeenkomst en verschil: resultaten van een bevolkingsonderzoek in de Nijmegen. Maandblad Geestelijke volksgezondheid; 41, 1986, 128-144
11. KLINKERT, J.J. Inleiding in de medische sociologie, 2e herziene druk. Assen: Van Gorcum, 1981
12. GOLDBERG, D.P. The detection of psychiatric illness: a technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness. New York, Toronto: Oxford University Press, 1972
13. BRIDGES, K., D. GOLDBERG. Screening for psychiatric illness in general practice: the general practitioner versus the screening questionnaire. Journal of the Royal College of General Practitioners; 37, 1987, no. 294, p. 15-18
14. DUNCAN-JONES, P., D.E. GRAYSON, P.A.P. MORAN. The utility of latent trait models in psychiatric epidemiology. Archives of General Psychiatry; 39, 1985, p. 391-405
15. MARKS, J.N., D.P. GOLDBERG, V.F. HILLIER. Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. Psychological Medicine; 9, 1979, p. 337-353
16. D'ARCY, C. Prevalence and correlates of nonpsychotic psychiatric symptoms in the general population. Canadian Journal of Psychiatry; 27, 1982, p. 316-324
17. ARRINDEL, W.A., J.H.M. ETTEMA. SCL-90. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1986
18. HOSMAN, C.M.H. Psychosociale problematiek en hulpzoeken: een sociaal-epidemiologische studie ten behoeve van de preventieve geestelijke gezondheidszorg. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1983
19. FURER, J.W., B. TAX (eds). Somatische klachten, psychiatrische symptomen en psychosociale problemen Eindrapport Regioprojekt Nijmegen, deel 1. Juni 1987. Nijmegen: Instituut voor Sociale Geneeskunde, K.U.
20. HUXLEY, P., H. RAVAL, J. KORER, C. JACOB. Psychiatric morbidity in the clients of social workers: clinical outcome. Psychological Medicine; 19, 1989, p. 189-197
21. WESTERLAAN, L., J. SPAN. Klassifikatieproblemen in het maatschappelijk werk. Groningen: Provinciaal platform maatschappelijke dienstverlening Andragogisch instituut RUG

22. BAYER, H.A.P.M. Registratiegegevens van vijf limburgse RIAGG's over de periode 1977-1985. Stichting IRV-Limburg
23. COHEN, J. A coefficient of agreement for nominal scales. Educational and Psychological Measurement; 20, 1960, p. 37-46
24. HODIAMONT, P.P.G., S.H.J. VELING. Een model voor het bepalen van de psychiatrische prevalentie: de relatie GHQ-PSE. Tijdschrift voor Psychiatrie; 16, 1984, p. 592-607
25. HODIAMONT, P., N. PEER, N. SYBEN. Epidemiological aspects of psychiatric disorder in a Dutch health area. Psychological Medecine; 17, 1987, p. 495-505
26. TARNAPOLSKY, A., D.J. HAND, E.K. MCLEAN, H. ROBERTS, R.D. WIGGINS. Validity and uses of a screening questionnaire (GHQ) in the community. British Journal of Psychiatry; 134, 1979, p. 505-515
27. HELZER, J.E., L.N. ROBINS. The diagnostic interview schedule: its development, evolution, and use. Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol; 23, 1988, p. 6-16
28. DINGEMANS, P., H. VAN ENGELAND, J.H. DIJKHUIS, J. BLEEKER. De 'diagnostic interview schedule' (DIS). Tijdschrift voor Psychiatrie; 5, 1987, p. 341-359
29. WERKGROEP DIS. Het diagnostische interview schema, versie III-A. Amsterdam: Psychiatrisch centrum AZUA, 1990
30. HELZER, J.E., L.N. ROBINS, L.T. MCENVOY, E.L. SPITZNAGEL, R.K. TOLTZMAN, A. FARMER, I.F. BROCKINTON. A comparison of clinical and diagnostic interview schedule diagnoses: physician reexamination of lay-interviewed cases in the general population. Archives of General Psychiatry; 42, 1985, p. 657-666
31. American Psychiatric Association, Committee on Nomenclature and Statistics. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd edition (DSM-III). Washington DC: American Psychiatric Association
32. BOSMA, D., P. HODIAMONT, V. VAN ALEM, J. VAN CORVEN. Classificeren in de psychiatrie: het diagnostisch interview schema (DIS). Maandblad Geestelijke volksgezondheid; 42, 1988, p. 284-297
33. BERWICK, D.M., J.M. MURPHY, P.A. GOLDMAN, J.E. WARE, A.J. BARSKY, M.C. WEINSTEIN. Performance of a five-item mental health screening test. Medical Care; 29, 1991, p. 169-176
34. FLEISS, J.L., J.B.W. WILLIAMS, G. VAN DE WILLIGE. The logistic analysis of psychiatric data. J Ps Res; 20, 1986, p. 195-209
35. HENDERSON, A.S., P. DUNCAN-JONES, D.G. BYRNE, R. SCOTT, S. ADCOCK. Psychiatric disorder in Canberra: a standardised study of prevalence. Acta Psychiatrica Scandinavia; 60, 1979, p. 335-374
36. DOHRENWEND, B.P., L. OKSENBERG, P.E. SHROUT, B.S. DOHRENWEND, D. COOK. What brief psychiatric screening scales measure. Health survey research methods: The biennial research conference, pp.188-198. National Center for health services research. US department of health and human services, DHHS pub. no. (PHS) 81-3268: Washington , D.C.: 1979
37. JORM, A.F., P. DUNCAN-JONES. Neurotic symptoms and subjective will-being in a community sample: different sides of the same coin? Psychological Medecine; 20, 1990, p. 647-654
38. MARASCUILO, L.A., M. MCSWEENEY. Nonparamethic and distribution-free methods for the social sciences. Monterey: Brook/Cole publishing company inc., 1977
39. HOSMER, D.W., S. LEMESHOW. Applied logistic regression. New York: John Wiley & Sons 1989
40. CBS. Statistisch jaarboek 1990. Den-Haag: sdu, cbs-publikaties, 1990
41. CBS. De leefsituatie van de nederlandse bevolking, 1986, kerncijfers. Den Haag: 1987, CBS-publikaties
42. ENGBERTS, L. Algemeen maatschappelijk werk 1988. Sociaal-Culturele Berichten; 15, 1990, p. 1-18

43. LANDELIJKE OVERZICHTEN KLIENTENREGISTRATIE AMW 1989. Roermond: Federatie Maatschappelijke Dienstverlening Limburg, januari 1991
44. De nieuwe nota geestelijke volksgezondheid. Tweede kamer, Juli 1984
45. BEUTLER, L.E. Differential treatment selection: the role of diagnosis in psychotherapy. Psychotherapy; 26, 1989, p. 271-281

BIJLAGEN

BIJLAGE 1 EEN CATEGORIEËNSYSTEEM VOOR DE HULPVRAAG

1. Intrapsychisch : problemen die, volgens de cliënt, veroorzaakt worden door iets in hem of haar (niet lichamelijk)

1.1 geen overzicht hebben van problematiek/wil dingen op een rijtje hebben /inhoud geven aan het leven
1.2 Existentiële problemen, levensvragen/ bang voor dood of leven
1.3 onzekerheid, gebrek aan zelfvertrouwen, gebrek aan assertiviteit
1.4 gespannen, nerveus, huilbuien, spanning, overspannen
1.5 concentratiegebrek
1.6 geen plezier hebben in het leven
1.7 moeite met rouwverwerking, dood van anderen
1.8 moeite met dagindeling, tijdsbesteding
1.9 kan gevoelens slecht uiten voor zichzelf

1.10 beleving sexualiteit
1.11 incest-verwerking
1.12 angsten / fobisch /paniek
1.13 nazorg na psychiatrisch verleden
1.14 depressie
1.15 hyperventilatie
1.16 eetproblemen
1.17 zelfmoordneigingen
1.18 Verslaving/drankproblemen
1.19 andere intrapsychische problemen
1.20 combinatie van intrapsychische problemen

2. Relationeel

2.1 Eenzaamheid, aanpassingsproblemen, sociale isolatie, niet begrepen worden
2.2 relatieproblemen tussen partners: scheiding, huwelijksproblemen etc.
2.3 relatieproblemen in het gezins- of familieleven, familieruzies
2.4 andere problemen waarbij relaties met anderen een rol spelen, ook relatieproblemen op werk en school
2.5 Combinatie intrapsychische problemen met relatieproblemen, eenzaamheid

3. Lichamelijk

3.1 Ziekte, blijvende invaliditeit, handicap, chronische ziekte, niet psychisch

3.2 Moeite met ziekte die geconstateerd is

3.3 Psychosomatiek

4. Materieel

4.1 Financiële problemen

4.2 Huisvestingsproblemen

4.3 Combinatie van materiële problemen

4.4 Combinatie van materiële en relationele problemen

5. Anders

5.1 in werksituatie, moeite met tempo, ploegendienst, pendelen, gezondheid, moeite met aard van werk, onaangenaam huishoudelijk werk

5.2 moeite met vinden van werk, werkloosheid

5.3 moeite met school of de aard van de studie, moeite met studietempo, studietijden, gedwongen afbreken van studie

5.4 delinquent gedrag

5.5 moeite met invullen formulieren

5.6 problemen met instanties

6. Rest, niet hierboven in te delen

Ik heb problemen. Ik heb diepgaande problemen. Combinaties van problemen, of niet in te delen.

BIJLAGE 2 EEN GECOMBINEERDE ANALYSE

In de eerste vier paragrafen van hoofdstuk 3 zijn de verschillen onderzocht tussen AMW- en RIAGG-respondenten. Kenmerken die relevant lijken voor het onderscheid tussen AMW- en RIAGG-respondenten zijn de twee demografische kenmerken: 'werk' en 'opleiding', de scores op de SCL-90 en de hulpvraag.
In deze bijlage wordt de vraag beantwoord welke van deze variabelen de verschillen tussen AMW- en RIAGG-respondenten het beste beschrijven. Hiertoe is gebruik gemaakt van logistische regressie-analyse. Dit is een statistische techniek die het mogelijk maakt de scores van twee populaties op verschillende variabelen in één analyse met elkaar te vergelijken. In één analyse worden meegenomen: de respons op de demografische variabelen, de respons op de GHQ, SCL-90 en BIOPRO en de respons op de hulpvraag. Deze analyse resulteert in uitspraken over de mate waarin één of meerder van deze variabelen samenhangen met de verdeling van de respondenten over AMW of RIAGG.
De gecombineerde analyse is stapsgewijs uitgevoerd. Eerst is per groep variabelen (demografie, screeningslijsten en hulpvraag) gezocht naar de meest optimale set variabelen. Onder optimaal werd het volgende verstaan. Gestreefd werd naar een zo passend mogelijke samenhang van de scores op de variabelen met de verdeling van de respondenten over AMW en RIAGG. Daarnaast werd er naar gestreefd om het aantal variabelen of categorieën dat wordt gebruikt in de analyse zo klein mogelijk te houden, zonder de eerste doelstelling teniet te doen.
Ter referentie werd eerst een analyse uitgevoerd zonder onafhankelijke variabele, met alleen een constante in het model. Het percentage juist ingedeelde respondenten in deze analyse is 52%. Percentages van andere analyses dienen hieraan gerelateerd te worden.

Tabel B.1 De uitkomsten van logistische regressie-analyses met afhankelijke variabele de instelling (AMW of RIAGG) en als onafhankelijke variabelen demografische variabelen

Nr.	Deviance model(df)	% correct ingedeeld	Significantie gehele model	onafhankelijke variabelen in het model	significantie
1.	18,5 (1)	55	*	Geslacht	*
2.	25,9 (7)	60	***	Opleiding, 8 categorieën	***
3.	16,9 (1)	58	***	Opleiding, continue variabele	***
4.	23,1 (7)	58	***	Werk, 8 categorieën	***
5.	16,5 (1)	58	***	Werk, wel of geen baan	***
6.	27,7 (2)	60	***	Werk, wel of geen baan	***
				Opleiding, continu	***
7.	28,1 (3)	60	***	Werk, wel of geen baan	ns
				Opleiding, continu	*
				Werk x Opleiding	***
8.	30,3 (3)	59	***	Werk, wel of geen baan	**
				Opleiding, continu	***
				Geslacht	ns

* significant verschil tussen beide populaties ($p<0,05$)
** significant verschil tussen beide populaties ($p<0,01$)
*** significant verschil tussen beide populaties ($p<0,001$)
ns significant verschil tussen beide populaties
(df) = het aantal vrijheidsgraden van het model

DEMOGRAFISCHE VARIABELEN

Als eerste werd een optimale set met demografische variabelen samengesteld. De tussenstappen van dit selectieproces staan weergegeven in Tabel B.1. In stap 1 blijkt dat het geslacht een zwak verband heeft met de verdeling van respondenten over AMW en RIAGG, zoals ook al in Tabel 3.1 duidelijk was geworden. De relatie tussen de soort instelling en de opleiding is op twee manieren onderzocht. De opleiding is als continue variabele en als categoriale variabele in het model gestopt. De Deviance van het model geeft aan hoeveel beter het model is dan geen model, in het voorspellen van de verdeling over AMW en RIAGG. De Deviance is verdeeld volgens een chi-kwadraat verdeling. Verschillen tussen twee Deviances kunnen getoetst worden middels deze verdeling. Het blijkt dat de Deviance van analyse 2 en 3 niet van elkaar verschillen. Daarom is ervoor gekozen opleiding als continue variabele op te nemen. Eenzelfde redenering gaat op voor de variabele werk. De Deviance van de variabele werk met 8 categorieën verschilt niet significant van de Deviance van de variabele werk met 2 categorieën: wel of geen baan. Daarom werd gekozen voor deze laatste vorm van de variabele werk. In analyse 7 is de interactie tussen de variabelen werk (wel of geen baan) en opleiding onderzocht. Het blijkt dat de Deviance van deze analyse niet significant boven die van de analyse zonder interactie (6) ligt. Daarom is de interactie niet in het model opgenomen. Opname van het geslacht in analyse 8 levert geen model op met een significant betere Deviance vergeleken met analyse nr.6. De variabelen 'opleiding' (als continue variabele) en de variabele 'werk' (wel of geen betaalde baan) werden uiteindelijk geselecteerd voor de multivariate analyse.

Tabel B.2 De uitkomsten van logistische regressie-analyses met als afhankelijke variabele de instelling (AMW of RIAGG) en als onafhankelijke variabelen de screeningslijsten

Analyse Nr.	Deviance model(df)	% juist ingedeeld	Significantie gehele model	onafhankelijke variabelen in het model	significantie
1.	9,8 (1)	55	***	Depressie, SCL-90	***
2.	5,7 (1)	54	*	Somatiek, SCL-90	*
3.	12,1 (1)	56	***	Insufficiëntie, SCL-90	***
4.	16,6 (1)	57	***	Sensitiviteit, SCL-90	***
5.	1,5 (1)	54	ns	Hostiliteit, SCL-90	ns
6.	0,04 (1)	55	ns	Slapeloosheid, SCL-90	ns
7.	12,5 (1)	56	***	Agorafobie, SCL-90	***
8.	9,1 (1)	55	**	Angst, SCL-90	**
9.	10,2 (1)	57	**	Stapsgewijze regressie, uitgaande van een model met alle subschalen, resulteerde in een model met slechts 1 subschaal: Insufficiëntie	**
10.	15,8 (1)	56	***	SCL-90, totaal	***
11.	1,7 (1)	56	ns	GHQ	
12.	9,8 (1)	57	**	BIOPRO	
13.	15,2 (2)	57	***	BIOPRO	ns
				SCL-90	**
13.	18,5 (3)	57	***	GHQ	ns
				BIOPRO	ns
				SCL-90	**

* significant verschil tussen beide populaties ($p<0,05$)
** significant verschil tussen beide populaties ($p<0,01$)
*** significant verschil tussen beide populaties ($p<0,001$)
ns significant verschil tussen beide populaties
(df) = het aantal vrijheidsgraden van het model

GHQ, SCL-90 en BIOPRO

Bij de GHQ, SCL-90 en BIOPRO, is eenzelfde proces doorlopen (Tabel B.2). Allereerst werd onderzocht of een (combinatie van) subscha(a)l(en) van de SCL-90 een betere beschrijving van de verdeling van de respons tussen AMW en RIAGG zou geven dan de SCL-90 totaalscore. Uit de analyses van stap 1-8 blijkt dat de deviance van 1 van de subschalen niet groter is dan die van de SCL-90 zelf (stap 10). In stap 9 staan de resultaten van een stapsgewijze regressie weergegeven, waarbij gestart is met alle subschalen van de SCL-90. In de stappen die volgden werd, op basis van de kleinste bijdrage aan de Deviance van een subschaal, steeds een subschaal uit het model verwijderd, totdat alleen nog maar significante ($p<0,05$) subschalen in het model zouden zitten. Het blijkt dat uiteindelijk slechts 1 subschaal in het model blijft zitten. Dit kan verklaard worden door de grote samenhang tussen de scores op de verschillende subschalen. Besloten werd geen enkele subschaal in het model mee te nemen, omdat hier geen beter voorspellend effect aan kon worden toegeschreven dan aan de SCL-90 als geheel. In stap 11, 12, 13 en 14 wordt de mogelijke extra bijdrage van de GHQ en de BIOPRO getoetst. De extra bijdrage van de BIOPRO en GHQ valt weg bij de bijdrage van de SCL-90. De score op de SCL-90 werd daarom als beste indicator voor de mate van onwelbevinden meegenomen. De mate waarin van situatie-specificiteit van de problemen gesproken kan worden, geoperationaliseerd met de BIOPRO, draagt niet zelfstandig bij aan de voorspellen van de verdeling van de respondenten over RIAGG en AMW.

Tabel B.3 De uitkomsten van logistische regressie-analyses met als afhankelijke variabele de instelling (AMW of RIAGG) en als onafhankelijke variabelen de hulpvraag

Analyse Nr.	Deviance model(df)	% juist ingedeeld	Significantie gehele model	onafhankelijke variabelen in het model	significantie
1.	123,0 (10)	68	***	hulpvraag, met 11 categorieën Symptomen, Diagnostische labels, Meervoudig, rest Psychisch, Relaties, Combi Relaties + psychisch, Somatisch, Psychosomatiek Materieel, Werk Rest	***
2.	120,6 (8)	68	***	hulpvraag, met 9 categorieën Symptomen, Diagnostische labels Rest Psychisch Meervoudig Relaties, Combi Relaties + psychisch, Somatisch + psychosomatisch Materieel + Werk Rest	***
3.	118,6 (7)	67	***	hulpvraag, met 8 categorieën Symptomen (incl rest) Diagnostische labels Meervoudig Relaties, Combi Relaties + psychisch, Somatisch + psychosomatisch Materieel + Werk Rest	***

* significant verschil tussen beide populaties ($p<0,05$)
** significant verschil tussen beide populaties ($p<0,01$)
*** significant verschil tussen beide populaties ($p<0,001$)
ns significant verschil tussen beide populaties
(df) = het aantal vrijheidsgraden van het model

HULPVRAAG

Bij de keuze van de optimale manier waarop de hulpvraag in het model zou moeten worden opgenomen is begonnen met 11 categorieën: de hoofd-categorieën, en de categorieën die qua grootte of qua significantie wat zouden kunnen bijdragen aan de verklaring waarom respondenten naar AMW dan wel naar de RIAGG gaan met vragen om hulp. In de tweede stap werden enkele categorieën gecombineerd (Zie Tabel B.3). De categorieën Somatisch en Psychosomatisch werden gecombineerd, en de categorieën Materieel en Werk en Instanties. De Deviance van dit model, nr 2, week niet significant af van die van het eerste model. In stap 3 werden de rest-categorie intrapsychische problemen en de categorie symptomen gecombineerd. Ook dit leidde niet tot een significante reductie van de Deviance. Omdat verdere reductie van het aantal categorieën alleen zou kunnen door het combineren van inhoudelijk verschillende categorieën, dan wel grote categorieën werd na deze stap het aantal categorieën niet verder verminderd.

EEN GECOMBINEERDE ANALYSE

De resultaten van de gecombineerde analyse staan weergegeven in Tabel B.4. In Tabel B.4 staan de odds-ratio's voor de verschillende variabelen met hun 95% betrouwbaarheidsinterval weergegeven. Een odds-ratio van 1 wil zeggen dat de AMW- en RIAGG-respondenten niet verschillen in hun score op deze variabele, gecorrigeerd voor de mogelijke invloed van de andere variabele die in de analyse zijn meegenomen. Een betrouwbaarheidsinterval met de waarde 1 geeft aan dat het odds-ratio niet voldoende afwijkt van 1 om te mogen stellen dat er in de werkelijkheid een verband zal bestaan tussen de variabele en de verdeling van de respondenten over AMW en RIAGG.
Daarnaast staat in Tabel B.4 de delta-Deviance weergegeven. De delta Deviance uit Tabel B.4 geeft een indicatie van de relatieve sterkte van de relatie tussen de variabelen en de verdeling van de respondenten over RIAGG en AMW. Het geeft aan hoeveel het model aan beschrijvende kracht verliest als de variabele in kwestie uit het model zou worden gehaald, terwijl de andere variabelen er wel in blijven zitten.

De voorspellende kracht van de onafhankelijke variabelen in deze analyse voor de verdeling van de respondenten over RIAGG en AMW is 70%.
De waarde 1 ligt in het betrouwbaarheidsinterval van het odds-ratio voor de SCL-90, terwijl de delta-Deviance niet groot is. De conclusie kan dus zijn dat er in dit onderzoek geen verband is tussen de mate van onwelbevinden (zoals door ons gemeten met de GHQ en SCL-90) of de situatie-specificiteit van de problemen (zoals gemeten met de BIOPRO) en de verdeling van de respondenten over AMW of RIAGG, wanneer andere variabelen als demografie en hulpvraag tegelijkertijd in een analyse worden betrokken.

De delta-Deviance voor de twee demografische variabelen is een stuk groter dan voor de SCL-9. Ook blijkt de waarde 1 niet in het betrouwbaarheidsinterval van de beide variabelen te liggen. Geconcludeerd mag worden dat de demografische variabelen een relevante relatie hebben met de verdeling van de respondenten over AMW of RIAGG.
Over de sterkte van deze relatie is nog meer te zeggen.
Een odds-ratio groter dan 1 geeft aan dat de hogere waarde voor de onafhankelijke variabele vaker voorkomt bij de RIAGG-respondenten, terwijl een odds kleiner dan 1 aangeeft dat een hogere waarde voor de onafhankelijke variabele meer bij AMW-respondenten voorkomt. Hierin zien we bevestigd wat al eerder duidelijk was: respondenten met een baan of een hogere opleiding komen vaker bij de RIAGG met hun vraag om hulp (1,2 * zo vaak) dan bij het AMW. Deze uitspraak is geldig ongeacht de hulpvraag en mate van onwelbevinden.

Tabel B.4 De resultaten van een logistische regressieanalyse met als afhankelijke variabele de instelling, en als onafhankelijke variabelen: opleiding, wel of geen (0) werk, SCL-90 score en de hulpvraag

Onafhankelijke variabele	Odds-ratio	(95% betrouwbaarheidsinterval)	delta-deviance
SCL-score	1,3	(1,00-1,79)	3,8 (df=1)#
Opleiding	1,2	(1,05-1,33)	8,2 (df=1)
Werk	1,6	(1,10-2,38)	6,0 (df=1)
Hulpvraag:			80,6 (df=7)
Intrapsychisch:			
Symptomen (referentie)	1		
Diagnostische labels	2,6	(1,29-5,32)	
Meervoudig	4,0	(1,82-8,78)	
Relatieproblemen			
Enkelvoudig	0,7	(0,41-1,14)	
Relatie + psychisch	1,2	(0,58-2,38)	
Somatisch	2,8	(1,12-6.86)	
Materieel	0,05	(0,01-0,24)	
Rest	0,6	(0,31-1,15)	

df= het aantal vrijheidsgraden van het model

De variabele 'hulpvraag' als geheel draagt zeer veel bij aan de kwaliteit van het analysemodel, gezien de grote delta-Deviance (80,6) die verwijdering van deze variabele uit het model tot gevolg zou hebben. De odds-ratio's van de verschillende categorieën variëren tussen de 0,05 en de 4,0. De waarde 1 valt binnen het 95% betrouwbaarheidsinterval van enkele van deze categorieen. Dit betekent dat deze categorieën zich niet wezenlijk onderscheiden van de categorie 'psychische problemen in de hulpvraag' voor de relatie met de verdeling van de respondenten over AMW of RIAGG.
Gesteld kan worden dat onder RIAGG-respondenten relatief niet meer respondenten voorkomen met een hulpvraag met relatieproblemen, gecombineerde relatie-problemen en intrapsychische problemen, en psychische problemen.
Onder RIAGG-respondenten zijn er 4 * zoveel met een meervoudige intrapsychische problemen in hun hulpvraag als bij het AMW, 2,6 * zoveel met een hulpvraag met diagnostische labels en 2,8 * zoveel met somatiek in hun hulpvraag. Onder RIAGG-respondenten zijn er 0,05 * zoveel respondenten met een materiële hulpvraag als onder AMW-respondenten.