

**VRAGEN NAAR VERANDERINGEN:  
EEN BELOOPSTUDIE ONDER  
VOLWASSEN CLIËNTEN VAN RIAGG EN AMW**

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

NIVEL  
Utrecht juni 1992



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

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Friele, R.D.

Vragen naar veranderingen : een beloopstudie onder 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 90-6905-170-2

Trefw.: AMW : onderzoek / RIAGG : onderzoek / psychosociale hulpverlening : Nederland : onderzoek

Tekstverwerking en vormgeving  
Omslag  
Drukwerk

Bernadette Kamphuys  
Mieke Cornelius  
Drukkerij Post

---

---

## VOORWOORD

Voor u ligt het rapport 'Vragen naar veranderingen'. Dit is het resultaat van een onderzoek naar het beloop van de problematiek onder cliënten van RIAGG en AMW. Nadat in 'vragen naar problemen' is weergegeven in hoeverre er onderscheid bestaat tussen cliëntenpopulaties (volwassen, niet-crisis) van RIAGG en AMW was het de bedoeling om in dit rapport te beschrijven hoe het de respectievelijke cliëntengroepen bij de twee typen instellingen is vergaan.

Een groot risico van longitudinaal onderzoek is de voortijdige uitval van respondenten. Dit risico was aanwezig bij de start van ons onderzoek. Ten tijde van dit follow-up onderzoek is het risico realiteit geworden. Met name onder RIAGG respondenten is de uitval groot geweest, onder AMW respondenten was de uitval aanzienlijk minder. Hoewel op basis van de ons bekende kenmerken van respondenten selectie-bias niet aangetoond kon worden, achten we - ook na inwinnen van een extern oordeel - de kans daarop toch zodanig dat we geen rechtstreekse vergelijking tussen de respondenten van beide typen instellingen kunnen maken. De nadruk in dit rapport ligt daarom op het beloop van de behandeling bij AMW-clieñten. In de beschouwing vergelijken we deze resultaten met gegevens omtrent behandeling binnen de RIAGG voor zover die uit ander onderzoek bekend zijn.

De RIAGG resultaten zijn weergegeven in bijlage 1, om daarmee te voldoen aan eisen van wetenschappelijke integriteit. Zo kan de lezer zich een volledig beeld vormen van de resultaten van het onderzoek, en beoordelen wat de waarde is van de onderzoeksresultaten onder de RIAGG cliënten. In het rapport geven wij regelmatig ónze visie op de beperkingen van de onderzoeksresultaten aan.

Het onderzoek werd begeleid door een begeleidingscommissie. De leden van deze commissie leverden vanuit hun specifieke deskundigheid veel en opbouwend commentaar. De verantwoordelijkheid voor deze rapportage ligt echter niet bij hen, doch geheel bij de onderzoekers van het NIVEL. De commissie bestond uit de volgende leden:

---

Dhr. M.J.A. Berger, stafmedewerker Ver. Provinciaal Platform Zuid-Holland  
Dhr. Drs. J.P. de Bont, ten tijde van het onderzoek directeur RIAGG  
Noord-Holland  
Mw. Drs. J. Gill-van Kampen. Ministerie van W.V.C., directie G.G.B.  
Dhr. Drs. P.T. van Splunteren, Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn  
Dhr. Drs. G. Ypma, Ministerie van W.V.C., directie P.E.P.

Omdat dhr. de Bont zich in de laatste fase van het project terug heeft  
getrokken, zijn de laatste versies van dit rapport ook voorgelegd aan de  
NVAGG. Voor het nodige evenwicht werd ook de V.O.G. gevraagd op de  
rapportage te reageren.

Het onderzoek is uitgevoerd door Dr. Ir. R.D. Friele  
De projectleiding berustte bij Dr. P.F.M. Verhaak.  
Utrecht, juni 1992

---

---

## SAMENVATTING

### **Wat vooraf ging**

In dit rapport wordt verslag gedaan van een onderzoek naar het beloop van de problematiek van cliënten van RIAGG en AMW. Beide instellingen bieden hulp bij psychosociale problemen. Beide instellingen werken ambulantly. Het AMW is een eerstelijns-voorziening, de RIAGG is een tweedelijns-voorziening. In 1987 werden in de nota Bouwstenen (1) afspraken gemaakt over de afbakening van taken van deze instellingen door de toenmalige vertegenwoordigers van beide instellingen: NVAGG en JOINT. 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.

In een eerder rapport "vragen om problemen: een onderzoek onder de volwassen cliënten van RIAGG en AMW" beschreven wij de resultaten van onderzoek naar de samenstelling van de beide cliëntenpopulaties 'aan de voordeur'.

Wij constateerden dat cliënten van RIAGG en AMW zich niet van elkaar onderscheiden naar de mate van situatie-specificiteit van de problemen die zij ervaren. Wat dit betreft bleken 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 psychopathologie. Wat betreft de AMW-cliënten kon vastgesteld worden dat zich psychiatrische problematiek voordoet.

Andere cliëntkenmerken bleken een bescheiden rol te spelen 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.

Wij concludeerden dat de afspraken uit de nota Bouwstenen en de werkelijkheid dus niet met elkaar overeen bleken te komen.

In deze tweede onderzoeksrapportage wordt de draad van het eerste onderzoeksrapport weer opgepakt. Het beloop van de problematiek van de cliënten van beide zorgverleners staat centraal. Oftewel: hoe verandert de problematiek van de cliënten van AMW en RIAGG tijdens de behandelings-/hulpverleningsperiode.

## **ONDERZOEKSPOPULATIE**

Het onderzoek werd uitgevoerd in vier (RIAGG-)regio's: Oost-Gelderland, IJsselland, Nijmegen e.o. en Rotterdam-Zuid. Aan de eerste fase van het onderzoek werkten 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-clieñten en 296 RIAGG-clieñten een vragenlijst in. De crisisdiensten van de RIAGG en de 7\*24 uren 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.

Aanzienlijk minder respondenten deden mee aan de tweede fase van dit onderzoek. Van 64 RIAGG-clieñten en van 256 AMW-clieñten ontvingen wij informatie. Dit betekent dat met name de resultaten die betrekking hebben op de RIAGG-clieñtèle met grote terughoudendheid beschouwd zijn.

## **RESULTATEN**

### **Een beschrijving van de start en duur van de hulpverlening**

De gemiddelde AMW-clieñt wachtte enkele dagen op het begin van de behandeling, terwijl de wachtduur volgens andere bronnen voor RIAGG-clieñten hoger ligt. De gemiddelde duur van de hulpverlening bij het AMW is ruim vier maanden met daarin acht zittingen. Door andere onderzoekers werd voor RIAGG-clieñten een langere wachtduur gerapporteerd.

### **Verandering in de problematiek**

Voor AMW-clieñten geldt dat zij na afloop van de hulpverlening minder problemen ervaren dan bij aanvang. Er was sprake van een significante afname van de ernst van de problematiek, zoals gemeten met GHQ en SCL-90, als in het aantal terreinen waarop men problemen ondervond. In

meer dan de helft van de afgesloten gevallen was de hulpverlener van mening dat men samen besloten had de therapie te beëindigen (en er sprake was van verbetering) en in vrijwel alle gevallen dat het juist was dat de cliënt bij AMW behandeld was.

### **Drop-outs en tevredenheid**

De uitval onder de cliënten (het voortijdig eenzijdig beëindigen van de hulpverlening) is voor AMW-clieënten 20%. Voor de RIAGG-clieënten vonden wij elders een iets hogere waarde. Een relatief hogere drop-out rate werd gevonden onder AMW-clieënten met materiële problematiek.

De gemiddelde tevredenheidsscores van de RIAGG-clieënten uit ander onderzoek liggen onder die van de AMW-clieënten.

### **Een vergelijking van AMW-clieënten met gegeneraliseerde problemen en situatie-specifieke problemen**

AMW-clieënten met gegeneraliseerde problematiek onderscheiden zich in het beloop van hun problematiek niet in ongunstige zin van de cliënten met situaties-specifieke problemen.

De mate waarin AMW-clieënten met gegeneraliseerde problemen voortijdig het hulpverleningsproces afbreken verschilt niet de mate waarin AMW-clieënten met situatie-specifieke problemen dit doen.

De AMW-clieënten die bij aanvang veel problemen tegelijkertijd ervaren zijn niet minder tevreden met de hulpverlening dan degenen die slechts op een of enkele terreinen aangaven problemen te hebben.

### **Afname van problematiek en cliëntentevredenheid bij een materiële hulpvraag van AMW-clieënten**

AMW-clieënten met een materiële hulpvraag nemen een bijzondere positie in. Voor hen geldt een veel kleinere afname in de mate van onwelbevinden en de afname van het aantal ervaren problemen dan voor de andere cliënten. Ook waren cliënten met een materiële hulpvraag minder tevreden met de verleende hulp en was het drop-out percentage onder hen groter dan onder de andere cliënten.

## **CONCLUSIES**

Wij concluderen dat er uit dit onderzoek geen aanwijzing voortkomt dat cliënten met problemen in veel verschillende situaties: gegeneraliseerde problemen, minder baat hebben gehad bij de AMW-hulpverlening verge-

---

---

leken met AMW-cliënten met problemen in minder situaties: situatiespecifieke problemen. Wij vonden geen verschillen in de afname van de mate van onwelbevinden, de uitval en de cliëntentevredenheid tussen deze twee cliëntcategorieën. Dit onderzoek ondersteunt de relevantie niet van het onderscheid tussen AMW- en RIAGG-cliënten naar de mate van gegeneraliseerdheid van problematiek.

Tegelijk merken wij op dat de criteria voor het onderscheid tussen AMW- en RIAGG-cliënten uit de nota Bouwstenen absoluut ontoereikend zijn voor het maken van een goed onderscheid. Verondersteld mag worden dat andere cliëntkenmerken wel van belang zijn voor het onderscheid tussen RIAGG en AMW. Welke kenmerken dit precies zijn is echter onduidelijk.



---

# 1. ACHTERGRONDEN VAN DE BELOOPSTUDIE ONDER CLIËNTEN VAN RIAGG EN AMW

## Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de achtergronden van de beloopstudie onder cliënten van RIAGG en AMW. Allereerst wordt ingegaan op de aanleiding van het onderzoek. Daarna worden de belangrijkste onderzoeksresultaten gepresenteerd van de studie die aan het huidige onderzoek voorafging: Vragen om problemen: een onderzoek onder de volwassen cliënten van RIAGG en AMW (2). In deze studie werd onderzoek gedaan onder de cliënten van RIAGG en AMW ten tijde van hun intake. In de beloopstudie staat het beloop van hun problemen centraal, na deze intake. Hoofdstuk 2 volgt met een beschrijving van de methode van onderzoek, de onderzoekspopulatie en de gevolgde werkwijze. In hoofdstuk 3 volgen de resultaten van het onderzoek onder AMW-clieñten. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk worden alvast enkele conclusies geformuleerd op basis van het onderzoek onder AMW-clieñten. In bijlage 1 staan de RIAGG-resultaten vermeld. Het rapport wordt afgesloten met conclusies in hoofdstuk 5.

### 1.1. De aanleiding van de beloopstudie onder cliënten van RIAGG en AMW

In de nota Bouwstenen van 1987 (3) uitgegeven door de JOINT en de NVAGG, staat de afstemming tussen het werkterrein van RIAGG en AMW centraal. Zo heeft, volgens deze nota, de belangrijkste groep cliënten van het AMW psychosociale problemen terwijl er bij hen geen sprake van psychopathologie zou zijn. 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 en een toenemende generalisatie van problemen (= problemen in meer verschillende situaties) die wijst op intrapsychische problematiek. In de genoemde 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 worden gebruikt niet altijd eenduidig zullen zijn. Empirische gegevens over het onderscheidend vermogen van de aangedragen criteria waren niet bekend. Daarom is een onderzoek gestart naar de overlap in de cliëntenpopulaties van RIAGG en AMW.

## **1.2. Resultaten van het onderzoek naar de overlap van de cliëntèle van RIAGG en AMW in de eerste fase van hun contact met RIAGG of AMW**

In het voorgaande rapport 'Vragen om problemen' (2) is het onderzoek beschreven naar de overlap in hulpvragen van de cliëntenpopulaties van RIAGG en AMW. Deze overlap werd bestudeerd aan de hand van kenmerken van cliënten in de intake-fase of direct na het eerste gesprek. In dit rapport werd antwoord gegeven op de volgende onderzoeksvragen:

- 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?**
- 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, en de hulpvraag van de cliënt een rol bij de verdeling van de cliënten.**

Het onderzoek werd uitgevoerd in vier (RIAGG-)regio's: Oost-Gelderland, IJsselland, Nijmegen e.o. en Rotterdam-Zuid. Deze regio's verschillen sterk van elkaar in regio-kenmerken: met name wat betreft de graad van verstedelijking. De vier RIAGG's in deze regio's en vrijwel alle instellingen voor AMW in deze regio's (11 + 5 bureaus in Rotterdam-Zuid) werkten mee aan het onderzoek. In totaal hebben 53 RIAGG-medewerkers en 60 AMW-ers aan het onderzoek meegewerkt. Gedurende een periode van 4 maanden vulden 366 AMW-clieñten en 296 RIAGG-clieñten een vragenlijst in, direct na de intake of het eerste gesprek. 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. Voor 51 AMW-clieñten en 31 RIAGG-clieñten waren bovengenoemde redenen er de oorzaak van dat zij niet aan het onderzoek mee konden doen. De procedures voor werving van beide cliëntenpopulaties waren identiek. Nagegaan is of de beide onderzoekspopulaties verschillen van de landelijke cliëntenpopulaties. Voor wat betreft de sociaal-demografische kenmerken werd voor de AMW-clieñten alleen een oververtegenwoordiging van vrouwen in de onderzoekspopulatie gevonden, voor de RIAGG-populatie gold eveneens een oververtegenwoordiging van vrouwen, en daarnaast waren de jongere respondenten iets oververtegenwoordigd. Bij een controle in de analyse van het effect van deze variabelen op de onderzoeksresultaten konden geen belangrijke effecten geconstateerd worden. Geconcludeerd werd dat de onderzoekspopulaties representatief waren voor de volwassen cliënten met psychosociale problemen bij RIAGG en AMW, die géén beroep deden op de crisisdienst.

#### **Enkele resultaten van dit onderzoek**

De mate waarin de problemen van de cliënten gekenmerkt kunnen worden als psychopathologisch kon op methodologische gronden alleen vastgesteld worden voor RIAGG-clieñten. Bij ongeveer driekwart van de RIAGG-clieñten is er sprake van psychopathologie. Voor de AMW-clieñten kon vastgesteld worden dat zich inderdaad psychiatrische problematiek voordoet. Op methodologische gronden kon de psychiatrische prevalentie onder AMW-clieñten echter niet vastgesteld worden. Hierdoor kon géén vergelijking gemaakt worden in de psychiatrische prevalentie van cliënten van RIAGG en AMW. Hierdoor is het niet mogelijk om cliënten te benoemen die op basis van de aan-of afwezigheid van psychopathologie terecht of juist onterecht bij RIAGG of AMW om hulp zijn gekomen.

Wel kon voor beide onderzoekspopulaties de mate van situatie-specificiteit vastgesteld worden. Cliënten van RIAGG en AMW onderscheiden zich niet van elkaar in de mate van situatie-specificiteit van de problemen die zij ervaren. Wat dit betreft bleken de afspraken uit de nota Bouwstenen niet terug te vinden in de praktijk. Wat dit kenmerk betreft lijkt de overlap dus vrijwel volledig. Het was dan ook niet mogelijk om de verdeling van de cliënten te voorspellen aan de hand van de mate van situatie-specificiteit.

Cliënten die meewerkten aan het eerste onderzoek is gevraagd op te schrijven voor welk probleem zij een oplossing zochten bij AMW of RIAGG.

Deze, door de cliënten zelf geformuleerde hulpvragen, werden door ons geanalyseerd in een categorieënsysteem dat recht deed aan deze formuleringen. Belangrijk hierbij is dus op te merken dat de hulpvragen zoals deze geanalyseerd zijn voortkomen uit de pen van een cliënten, en niet uit de pen van een hulpverlener of iemand die vanuit één of andere 'objectieve' deskundigheid hulpvragen heeft geregistreerd. Cliënten met hulpvragen waarin meerdere intrapsychische problemen naar voren worden gebracht 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. Cliënten met hulpvragen met een intrapsychisch probleem of een relatieprobleem zitten bij beide instanties. Naast de hulpvraag speelt de lagere sociaal economische status van de meeste AMW-clieënten een onderscheidende rol ten opzichte van de RIAGG-clieënten. Door wederzijdse verwijzingen wordt de initiële verdeling van cliënten van AMW en RIAGG niet veranderd.

In het rapport "Vragen om problemen" wordt betoogd dat de werkelijkheid - de karakteristieken van de volwassen cliënten van RIAGG en AMW aan de voordeur - en de wenselijkheid - de beschrijving uit de nota Bouwstenen - niet met elkaar overeenkomen (2). Ook wordt in dit rapport betoogd dat een onderscheid op basis van de aan- of afwezigheid van psychopathologie onder de cliënten van de twee instellingen in de praktijk geen werkbaar onderscheid zal zijn, zolang leken en relatieve leken op het gebied van de psychiatrie voor het grootste deel de cliëntenstroom van beide instellingen bepalen. Dit neemt niet weg dat de aanwezigheid van psychopathologie een wezenlijk kenmerk is van RIAGG-clieënten. In het rapport "Vragen om problemen" wordt aangetoond dat de RIAGG-clieënten voor 75% blijkt te voldoen aan dit criterium.

### **1.3. Onderzoeksvraag beloopstudie**

In dit rapport staat de beantwoording van het volgende centraal:

#### **5. Hoe verandert de problematiek van de cliënten van AMW of RIAGG tijdens de behandelings-/hulpverleningsperiode?**

**en**

**Welke cliënten hadden achteraf gezien geholpen moeten worden door de andere instelling, dan die waar ze hulp hebben ontvangen?**

---

Nadat in de eerste onderzoeksfase vast is komen te staan dat de verdeling van de cliëntèle van RIAGG en AMW niet conform de onderlinge afspraken verloopt en dat deze ook niet middels wederzijdse verwijzingen gecorrigeerd wordt, rest nog de vraag naar het beloop van de problematiek. Direct hieraan gekoppeld volgt de vraag of het mogelijk is om cliënten te karakteriseren die beter af zouden zijn geweest door hulp te ontvangen bij de andere instelling dan die waar ze feitelijk hulp ontvingen.

In de onderzoeksvraag ligt het accent op de problematiek. Veranderingen in problematiek of de afwezigheid hiervan zullen dienen als indicatie voor het antwoord op de vraag of cliënten bij de juiste instelling om hulp zijn gekomen. Een andere invalshoek is het cliëntenoordeel over de kwaliteit van de verleende hulp: de cliëntensatisfactie. Uit de literatuur blijkt dat cliëntensatisfactie en effectiviteit van de behandeling weliswaar gecorreleerd zijn, maar dat een 'succesvolle' behandeling niet altijd resulteert in een positief cliëntenoordeel, terwijl een 'falende' behandeling niet noodzakelijk hoeft te leiden tot een negatief cliëntenoordeel (zie bijvoorbeeld 4). Andere aspecten als bejegening spelen een rol bij het cliëntenoordeel. De keuze om in dit tweede rapport nadrukkelijk belang te hechten aan het cliëntenoordeel sluit aan bij het eerste rapport, waar de hulpvraag zoals die door de cliënt geformuleerd werd als belangrijke aanvulling werd gebruikt op het begrip problematiek. Bovendien, bij de beantwoording van de vraag of een cliënt wel of niet bij de juiste instelling om hulp heeft gevraagd mag naar onze mening het eigen oordeel van de cliënt niet buiten beschouwing gelaten worden. Daarom worden in de rapport feitelijk twee uitkomstmaten gebruikt: de veranderingen in problematiek en de cliëntentevredenheid. Dit betekent een aanvulling op de onderzoeksvraag: **Hoe tevreden zijn de cliënten van AMW en RIAGG met de verleende hulp?**

Naast aandacht voor deze uitkomst-variabelen wordt ook aandacht besteed aan enkele proces-variabelen. Ingegaan wordt op de duur en intensiteit van het hulpverleningsproces, de vorm van de hulpverlening en de mate waarin de door de hulpverlener vertaalde hulpvraag en de hulpvraag van de cliënt op elkaar aansluiten.

Ook dit houdt een aanvulling op de onderzoeksvraag in: **Wat is de duur, de intensiteit, en van de verleende hulp aan cliënten van RIAGG en AMW? En, hoe worden de hulpvragen van de cliënten van RIAGG en AMW vertaald door de respectievelijke hulpverleners?**

Verschillende cliëntencategorieën zullen met elkaar vergeleken worden wat betreft de uitkomsten van de hulpverlening om zo antwoord te kunnen geven op de vraag of bepaalde cliënten minder en andere cliënten meer baat hebben gehad bij de verleende hulp. Cliënten met gegeneraliseerde problematiek zullen vergeleken worden met cliënten met situatiespecifieke problematiek. Daarnaast zal het effect bestudeerd worden van sociaal-demografische kenmerken, de hulpvragen en de eventuele discrepantie tussen hulpvraag en de door de hulpverlener vertaalde hulpvraag.

Dit betekent een nadere precisering van het tweede deel van de onderzoeksvraag: **Is er een verband tussen de veranderingen in problematiek en cliëntentevredenheid enerzijds en sociaal-demografische cliëntkenmerken, situatiespecificiteit of gegeneraliseerdheid van problemen, hulpvragen van cliënten en de eventuele discrepantie tussen hulpvragen van cliënten en vertaalde hulpvragen anderzijds?**

Op deze plaats willen wij de beperkingen van dit onderzoek op voorhand aangeven. Bij de voorbereidingen van dit onderzoek werd er vanuit gegaan dat het mogelijk zou zijn om een onderscheid te maken tussen cliënten die bij het AMW of de RIAGG aan het goede adres waren en cliënten die beter bij de andere instelling hulp hadden kunnen ontvangen. Een optie zou dan geweest zijn om het beloop van groepen cliënten die 'onterecht' bij het AMW of de RIAGG werden geholpen te vergelijken met het beloop bij groepen cliënten die hier 'terecht' werden geholpen. Het is echter niet mogelijk cliënten in te delen naar terecht of onterecht om hulp vragen bij RIAGG of AMW op basis van de aan- of afwezigheid van psychopathologie.

Achter de vraag naar het beloop van de problematiek ligt de vraag naar de baten voor de cliënten bij de verleende hulp. Onderzoeksresultaten met een beschrijving van veranderingen in problematiek zullen gemakkelijk geïnterpreteerd worden als de resultaten van onderzoek naar het effect van hulpverlening.

Dit is echter niet correct. Psychosociale problemen blijken soms als 'vanzelf' over te gaan, verbetering dient niet noodzakelijk aan hulpverlening te worden toegeschreven. Zo lieten Tjihuis e.a. (5) in een studie in 9 huisartsenpraktijken zien dat patiënten die psychosociale problemen presenteren dit na verloop van tijd niet meer doen, zonder dat een hulpverlener psychosociale hulp verleende. Het onderzoeksdesign is er niet op toegesneden de veranderingen in problematiek specifiek te attribueren naar de verleende hulp.

---

Bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten dient daarom bedacht te worden dat de verleende hulp niet de enige factor is die debet is aan eventueel geconstateerde veranderingen in ervaren problematiek, en dat een grote daling in het niveau van onwelbevinden niet alleen toe te schrijven zal zijn aan de inspanningen van de hulpverlener. Evenwel, een onderlinge vergelijking tussen verschillende subcategorieën cliënten, met op de achtergrond de vraag welke cliënten meer en welke cliënten minder baat hebben gehad bij de hulpverlening, zal minder gevoelig zijn voor dergelijke factoren.

De meting van tevredenheid kent geen voormeting. De cliënt wordt met nadruk gevraagd een oordeel over de verleende hulp uit te spreken. Het leggen van een relatie tussen de tevredenheid en de verleende hulp wordt door de cliënt zelf gedaan.





---

---

## 2. METHODE, WERKWIJZE EN POPULATIE

In hoofdstuk 1 beschreven we de onderzoeksvragen voor deze beloopstudie. Ook werd in dit eerste hoofdstuk aangegeven dat deze beloopstudie voortbouwt op een eerdere studie naar de overlap in hulpvragen tussen cliënten van RIAGG en AMW in de intake fase of direct na het eerste contact tussen cliënt en hulpverlener. De eerdere studie wordt gebruikt als nul-meting voor deze beloopstudie.

Het beloop van de problematiek wordt gebaseerd op een vergelijking van de mate van onwelbevinden dan wel de mate waarin sprake is van meervoudigheid van problematiek in de nul-meting en deze beloopstudie. Daarnaast werd de tevredenheid met de verleende hulp gemeten. In dit hoofdstuk wordt achtereenvolgens ingegaan op de meetinstrumenten, de onderzoekspopulatie en de analysemethodes.

### 2.1. Meetinstrumenten

Voor dit onderzoek is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van gestandaardiseerde meetinstrumenten: in ieder geval de meetinstrumenten die ook in de nul-meting waren opgenomen. Hierdoor is het mogelijk veranderingen voor en na de hulpverlening vast te stellen. In deze paragraaf zullen de meetinstrumenten die ook in de eerste studie gebruikt werden zeer kort besproken worden. Voor een uitvoeriger beschrijving wordt verwezen naar het rapport 'vragen om problemen' (2).

In de nota Bouwstenen zijn afspraken gemaakt over afstemming tussen RIAGG en AMW. Hierbij speelde het begrip 'problematiek' een centrale rol. Dit begrip had twee kenmerken: de aan- of afwezigheid van (dreigende) psychopathologie en de enkelvoudigheid of meervoudigheid van de problemen. Om de aan- of afwezigheid van psychopathologie vast te kunnen stellen werd gekozen voor de General Health Questionnaire (GHQ-30) (6) en de Symptoms Checklist (SCL-90) (7). Om de enkelvoudigheid of meervoudigheid van de problemen te kunnen meten is de BIOPRO (8) gebruikt.

#### **Problematiek**

De GHQ is een veel gebruikt meetinstrument, ook in Nederland (9,10). 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'. Het aantal items met een score 3 of 4 wordt opgeteld. De resulterende waarde, minimaal 0 en maximaal 30, is de GHQ-score (zie o.a. 11). In de meeste studies blijkt de GHQ-score een goede indicator te zijn voor de prevalentie van psychiatrische problematiek in een onderzoekspopulatie. In een valideringsstudie die wij uitvoerden als onderdeel van de studie in de eerste fase bleek dit echter niet het geval voor de cliëntèle van het AMW.

De 90-item versie van de Symptom Checklist (SCL-90) wordt ook gebruikt als indicator voor de aanwezigheid van psychiatrische problematiek in een te onderzoeken populatie. Deze lijst heeft betrekking op de problemen die de respondenten ervaren in de week voorafgaand aan het interview. De SCL-90 levert subschalen op die verwijzen naar specifieke psychiatrische problematiek, zoals agorafobie, angst, depressie en somatiseringsstoornis. In het eerste rapport wordt betoogd dat de SCL-90 in principe hetzelfde meet als de GHQ: beide registreren de mate van onwelbevinden van een cliënt (1,6,12,13,14). Vanwege deze overeenstemming met de GHQ is het niet verantwoord om een score op de SCL-90 wel te gebruiken als een indicator van de mate van psychopathologie onder de AMW-clënten. Hiermee is een belangrijk criterium om RIAGG-clënten van AMW-clënten te kunnen onderscheiden weggevallen.

Wel blijft het mogelijk om scores op de GHQ en de SCL-90 te hanteren als een maat voor het onwelbevinden van een respondent gebaseerd op de ervaringswereld van de cliënt. De afname van de mate van onwelbevinden wordt berekend door voor iedere cliënt de scores op de GHQ en de SCL-90 uit de vervolgmeting af te trekken van de scores van de eerste meting.

De Biografische Anamneselijst (BIOPRO) met 22 items (8), ontwikkeld door Hosman 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, of ze seksuele problemen hebben, problemen met godsdienst en besteding van de vrije tijd. De BIOPRO-score is het aantal aangekruiste situaties waarin problemen ervaren wordt. 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 (proble-

---

men 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.

### **Tevredenheid**

Voor het meten van de tevredenheid van de cliënten is gebruik gemaakt van de Nederlandse versie van de Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) (15,16). De CSQ is een betrouwbare lijst, in te vullen door de cliënt, met 8 items met daarin de beoordeling van: de kwaliteit van de hulpverlening, het soort hulp dat gegeven werd, de mate waarin tegemoet gekomen is aan wensen van de cliënt, de hoeveelheid gesprekken, het effect van de hulpverlening, de tevredenheid met de hulpverlening, een vraag of de cliënt de verleende hulp aan anderen zou aanbevelen en een vraag of de cliënt in geval van problemen ooit bij dezelfde instelling weer hulp zou zoeken. Deze lijst meet het algemene tevredenheidsoordeel over de ontvangen hulp. Ook deze lijst is eerder in Nederland gebruikt. De Brey (15) vond een gemiddelde score van 25,1 onder RIAGG-clieñten (van de mogelijke range van 8 tot 32). Nadat de data-verzameling voor dit onderzoek zo goed als afgerond was publiceerde het NcGv een vragenlijst ter beoordeling van de kwaliteit van zorg van de RIAGG (17). Deze lijst verschilt op enkele punten wezenlijk van de CSQ. Het eerste verschil dat in het oog springt is dat de lijst veel langer is (43 vragen over tevredenheid) en bestaat uit verschillende dimensies. Een tweede verschil is dat de inhoud van de lijst gebaseerd is op gesprekken met ex-RIAGG cliënten. De items van de CSQ zijn niet gebaseerd op gesprekken met cliënten. De CSQ levert een algemeen tevredenheidsoordeel op.

### **Andere cliënt-karakteristieken**

Naast deze cliënt-karakteristieken werden in het eerste onderzoek ook andere cliëntenkenmerken geregistreerd: sociaaldemografische kenmerken, de vraag of de cliënt reeds eerder contact had met het AMW of de GGZ en de afloop van de intake-fase dan wel het eerste gesprek.

### **De verleende hulp**

In de vragenlijst die afgenomen werd ten behoeve van deze beloopstudie registreerden de hulpverleners de werkvorm (individueel, in een groep, met een gezin of een echtpaar of een netwerk) en de interventievorm (beschikbaar zijn, informatie en advies, concrete dienst, bemiddelen, begeleiding, ontspanningstechnieken, gedragstherapie, rogeriaanse therapie, therapie vanuit een psycho-analytisch referentiekader of een systeemtheoretisch

---

referentiekader of rationeel emotieve therapie). Voor het vaststellen van de antwoordcategorieën zijn registratiesystemen die bekend zijn bij RIAGG en AMW gemengd. De categorieën staan weergegeven in tabel B.3.

Verder registreerde de hulpverlener eventuele samenwerking met andere hulpverleners, de mate waarin de cliënt afspraken nakwam, verwachtingen omtrent het zich weer voordoen van dezelfde problemen binnen een termijn van een half jaar, de duur van de behandeling en eventuele wachtperiode en de wijze waarop de hulpverlening is afgerond. De hulpverlener formuleerde ook in eigen woorden de problematiek waaraan werd gewerkt. Ook gaf de hulpverlener aan of de cliënt, achteraf gezien, terecht door AMW of RIAGG is geholpen.

De hulpverlener beschreef in eigen woorden de problematiek waaraan gewerkt werd: De vertaalde hulpvraag. Deze antwoorden werden ondergebracht in het categorieën-systeem dat voor het eerste onderzoek ontwikkeld werd om de hulpvragen van de cliënten te categoriseren (Zie bijlage 1). Enkele categorieën werden nader uitgesplitst. Dit was met name het geval bij de relatie problemen. Aan dergelijke problemen is door de hulpverleners veel aandacht besteed, waardoor de noodzaak tot nadere uitsplitsing ontstond. Daarnaast is aan de hoofdcategorie 'intrapsychische symptomen' de categorie 'verwerking' toegevoegd. Deze term werd letterlijk door de hulpverleners gebruikt, en was moeilijk betrouwbaar onder te brengen in één van de bestaande categorieën. Als laatste werden enkele combinatiecategorieën toegevoegd binnen de hoofdcategorieën 'ziekte' en 'materieel'. Bij de analyse van de hulpvragen in de eerste onderzoeksfase waren deze categorieën niet nodig, bij de analyse van de vertaalde hulpvraag bleken deze categorieën wel van belang. Het categorieënsysteem leent zich hiermee vooral voor een vergelijking van de hulpvragen die door cliënten zelf werden geformuleerd en de door hulpverleners vertaalde hulpvragen.

De cliënten werden door de hulpverleners benaderd voor het invullen van een tweede vragenlijst na afloop van de hulpverleningstrajecten, of na een periode van minimaal 9 maanden.

## **2.2. Populatie en respons**

De werving van respondenten voor deze beloopstudie was in principe identiek voor RIAGG en AMW. In de intake fase werden cliënten benaderd met de vraag of zij aan het onderzoek mee wilden doen. De hulpverleners

---

registreerden dat een cliënt aan het onderzoek meedeed, terwijl in geval van overdracht een overdrachtsbrief in het cliëntendossier werd gevoegd. In de meeste RIAGG werd dit dossier ook nog eens voorzien van een sticker met de mededeling dat de cliënt aan een onderzoek meedeed. Na een periode van 9 maanden werden de instellingen herinnerd aan het onderzoek. Voor de meeste RIAGG's geldt dat dit meerdere malen gebeurde. Een belangrijk verschil tussen RIAGG en AMW dat mogelijk relevant is in dit verband is dat voor het AMW de intaker in de meeste gevallen ook de hulpverlener is, terwijl dit bij de RIAGG's niet het geval is.

Aan het onderzoek rond de intake deden 379 AMW-cliënten mee \*. Van deze AMW-cliënten werd 10% in één gesprek geholpen, en 4% verwezen. Zo bleef 86% (N=326) voor een langer hulpverleningsproces aan het AMW verbonden, waarvan wij dan ook een vragenlijst verwachtten voor de beloopstudie.

Aan het onderzoek rond de intake deden 267 RIAGG-cliënten mee. Van de RIAGG-cliënten werd 4% in één gesprek geholpen en werd 22% doorverwezen, waarbij het AMW een belangrijke plaats inneemt. Zo bleef 74% van de 267 (=198) voor een langer hulpverleningsproces verbonden aan de RIAGG's

De werkelijke respons lag onder deze verwachtingswaardes. Exacte cijfers zijn te vinden in hoofdstuk 3 en in bijlage 1. Vooral de respons onder RIAGG-cliënten was slecht. Veel cliënten 'raakten uit beeld', van hen werd niets meer vernomen ondanks vaak herhaalde verzoeken van de kant van de onderzoekers om informatie, ondanks de medewerking van secretaresses bij vrijwel alle RIAGG's en ondanks het feit dat vele dossiers voorzien waren van een grote sticker die attendeerde op het onderzoek. Eén RIAGG wenste niet mee te werken aan de vervolgstudie. Zij waren bevreesd voor mogelijke klachten over het gebruik van privacy-gevoelig materiaal en voelden zich niet gebonden aan afspraken die er lagen. Een andere RIAGG schreef ons als verklaring van de geringe respons dat zij in de onderzoeksperiode een fikse reorganisatie hadden doorgemaakt, de toezegging om mee te doen aan het onderzoek was gedaan door een team met een andere samenstelling dan het huidige en 'betrokken hulpverleners zijn inmiddels niet meer bij ons werkzaam, de casus is afgesloten'.

\* In het rapport 'vragen om problemen' is het aantal AMW-respondenten 366. Nadat dit rapport was geschreven ontvingen we echter nog 13 vragenlijsten van AMW-cliënten, die in dit bestand werden opgenomen.

---

---

Deze grote uitval van respondenten noopte ons tot een drastische ingreep. De resultaten van de RIAGG-cliënten worden in de bijlage beschreven.

De respons onder AMW-cliënten werd niet getroffen door gebeurtenissen met een dergelijke grote invloed. Het aantal geretourneerde vragenlijsten onder AMW-cliënten was redelijk groot. In hoofdstuk 3 worden de resultaten van het onderzoek onder AMW-cliënten beschreven.

### **2.3. Analyse**

Bij de analyse zal in eerste instantie stil gestaan worden bij de mogelijke selectie-effecten die zijn opgetreden doordat niet van iedere cliënt uit de eerste onderzoeksrunde een vervolgvragenlijst werd ontvangen. Daarna volgen frequentietabellen van de werkwijze, de beoordeling door de hulpverlener van het verloop van de hulpverlening en de afsluiting. De antwoorden op de vraag naar de problematiek waarvoor hulp is geboden worden gecategoriseerd, en daarna in een frequentietabel weergegeven onder de naam 'de vertaalde hulpvraag'. Deze vertaalde hulpvraag wordt vergeleken met de hulpvraag die de cliënt formuleerde. Veranderingen in de problematiek worden berekend door scores op de GHQ, SCL-90 en BIOPRO in deze beloopstudie te vergelijken met de scores uit de eerste studie. Daarna wordt de tevredenheid van de cliënten beschreven. Variabelen waarbij sprake is van een selectie-effect zullen in de analyses betrokken worden. De resultaten worden tussentijds samengevat. Na deze tussentijdse samenvatting zullen nadere analyses worden uitgevoerd om de vraag te beantwoorden of bepaalde cliëntengroepen meer dan wel minder baat hebben gehad bij de verleende hulp.

Voor het toetsen van verbanden wordt gebruik gemaakt van verdelingsvrije toetsen, omdat normaliteit van de meeste te toetsen verdeling niet aangenomen mag worden en omdat goede verdelingsvrije alternatieven beschikbaar zijn (18). Voor het vergelijken van de scores tussen twee categorieën respondenten op twee ratioschalen of ordinale schalen wordt gebruik gemaakt van de Mann-Whitney test of Wilcoxon's test. Voor de vergelijking van scores tussen meer categorieën respondenten op een ratioschaal of ordinale schaal wordt de test van Kruskal-Wallis gebruikt. Voor de vergelijking van scores op nominale variabelen wordt gebruik gemaakt van de chi-kwadraat toets. Voor het toetsen van een correlatie wordt gebruik gemaakt van Kendall's tau b.

---

---

## 3. ONDERZOEKSRESULTATEN: AMW-CLIËNTEN

### Inleiding

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten van het vervolgonderzoek onder de cliënten van het AMW gepresenteerd. Het gaat hierbij om het antwoord op de vragen: 'Hoe verandert de problematiek van de cliënten van het AMW tijdens de hulpverleningsperiode' en 'hoe tevreden zijn de cliënten over de hulpverlening'. Maar, alvorens hier op in te gaan wordt eerst de onderzoekspopulatie beschreven, waarop dit vervolgonderzoek betrekking heeft. Daarna volgt een beschrijving van het hulpverleningsproces en de problematiek van de AMW-clieñten na afloop van de hulpverleningsperiode, of na een periode van minstens 9 maanden en hun beoordeling van de kwaliteit van zorg die zij ontvingen. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een vergelijking van de veranderingen in problematiek en van de tevredenheid van de cliënten over de hulpverlening tussen verschillende groepen AMW-clieñten.

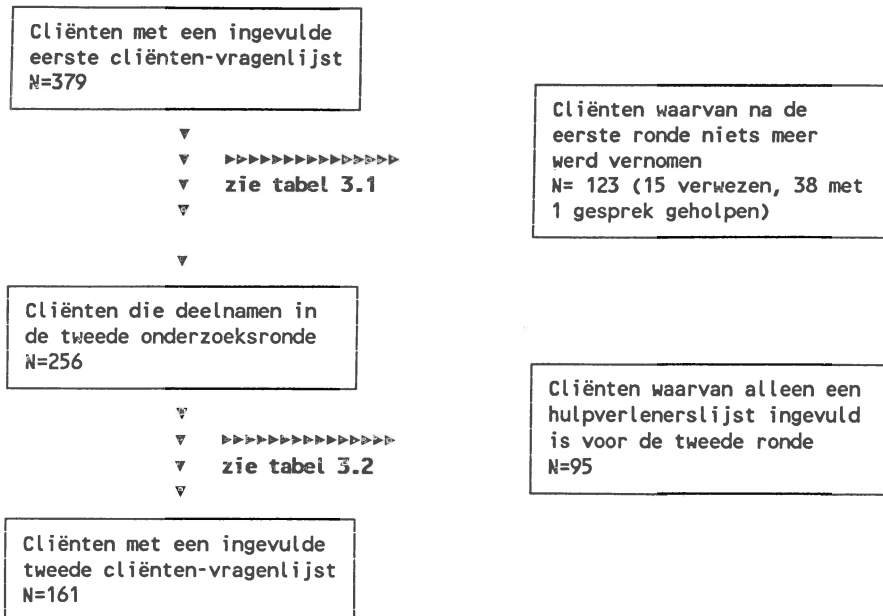
### 3.1. De onderzoekspopulatie

In het rapport 'Vragen om problemen' (2) werd beschreven welke cliënten om hulp komen bij het AMW. In dit rapport werd geconstateerd dat ongeveer 10% van de cliënten in één gesprek wordt geholpen, en dat 4% wordt verwezen. Met 86% van de cliënten wordt een langduriger contact aangegaan. De onderzoeksresultaten in dit hoofdstuk hebben in principe betrekking op deze 86% van de nieuwe AMW-clieñten.

In deze paragraaf wordt nagegaan of de onderzoekspopulatie uit dit vervolgonderzoek afwijkt van de onderzochte cliëntenpopulatie uit het voorgaande onderzoek. Cliënten die meededen aan het eerste onderzoek is bij afsluiting van het hulpverleningsproces gevraagd om ook aan de tweede ronde mee te doen. Echter, om allerlei redenen is de tweede onderzoekspopulatie kleiner dan de eerste. Een hulpverlener kan vergeten zijn de cliënt voor een tweede keer te benaderen of de hulpverlener kan het contact met de cliënt verloren zijn, of de cliënt kan geweigerd hebben mee te doen aan het vervolgonderzoek. Deze uitval kan aanleiding geweest zijn voor ongewenste selectie. Daarom worden in deze paragraaf

de gegevens met elkaar vergeleken van cliënten die wel in de tweede onderzoeksronde zijn vertegenwoordigd en de cliënten die niet in de tweede onderzoeksronde zijn vertegenwoordigd. In schema 3.1 is de verdeling weergegeven van de 379 cliënten met een ingevulde cliënten-vragenlijst in de eerste ronde. Op basis van het percentage van 86% van deze cliënten met een langduriger contact, zou van 326 cliënten een tweede vragenlijst verwacht worden.

Schema 3.1



Van 256 van deze cliënten werd in de tweede ronde een cliënten- of hulpverlenersvragenlijst ontvangen, dit is een respons van 79%. We ontvingen 161 ingevulde cliënten-vragenlijsten, dit is een respons van 49%. Met een respons van 79% kunnen we redelijk tevreden zijn, met een respons van 49% minder. Daarom wordt in de volgende alinea's ingegaan op de mogelijke selectie-effecten door de non-respons.



Tabel 3.1 Een vergelijking van de cliënten waarvan wel en de cliënten waarvan geen vragenlijst werd geretourneerd voor het vervolg onderzoek

Kenmerken	Wel in vervolgonderzoek N=256	Niet in vervolgonderzoek N=123	Significant Verschil
Geslacht, % vrouwen	69	70	ns
Leeftijd (gemiddeld)	37,0	36,2	ns
Burgerlijke staat, %			
Gehuwd	47	42	
Gescheiden	18	23	
Weduw(e)(naar)	5	9	
Ongehuwd	30	26	ns
Wel of geen baan, % met baan	41	28	**
Opleiding (%)			
Geen, LO	19	27	
LBO	32	30	
MAVO	14	11	
MBO/HAVO/VWO	27	24	
HBO/WO	8	8	ns
Hulpvragen (%)			
Intrapsychische problemen:			
Symptomen	28	18	
Diagnostische labels	6	4	
Meervoudig	4	2	
Relatieproblemen:			
Enkelvoudig	28	33	
Met intrapsychische	6	6	
Somatiek	3	2	
Materieel	15	21	
Rest	11	14	ns
Scores op probleem-lijsten direct na intake (gemiddeld)			
GHQ	15,4	15,0	ns
BIOPRO	6,2	6,0	ns
SCL-90	2,0	2,0	ns

ns: geen significant verschil; \*\* significant verschil ( $p < 0,01$ )

---

In tabel 3.1 zijn enkele cliënten-kenmerken van de retournerende en de niet-retournerende onderzoekspopulatie weergegeven. Dit is de eerste splitsing uit schema 3.1. De geslachtsverdeling, de gemiddelde leeftijd noch de burgerlijke staat verschillen tussen beide populaties. Wel verschillen beide populaties in het percentage met een betaalde baan. Geen verschil troffen we aan in de initiële scores op de screeningslijsten: GHQ, BIOPRO en SCL-90. Ook werd getoetst of de verdeling van hulpvragen over de hoofdcategorieën tussen beide populaties verschilde. Dit bleek niet het geval te zijn.

Geconcludeerd kan worden dat er weliswaar sprake is geweest van 'uitval': niet van iedere cliënt die meedeed met het eerste onderzoek werd ook een tweede vragenlijst verkregen. Deze uitval is volgens ons niet zodanig dat de betrouwbaarheid van dit onderzoek er fundamenteel door wordt geschaad. Worden de retourneerders vergeleken met de niet-retourneerders op enkele sociaal demografische variabelen, hun hulpvragen en scores op screeningslijsten, dan blijken nauwelijks significante verschuivingen te zijn opgetreden. Alleen het aantal mensen met betaalde baan is onder de cliënten die retourneerden groter. Daarom gaan wij er bij de nadere analyses dat de cliënten van deze tweede onderzoeksrunde representatief zijn voor de cliëntenpopulatie uit de eerste onderzoeksrunde, op het punt van het percentage met een betaalde baan na.

In tabel 3.2 staat de tweede selectiestap weergegeven. Het gaat in deze tabel uitsluitend over cliënten die in de eerste onderzoeksrunde een vragenlijst invulden, en waarvan in ieder geval een ingevulde hulpverlenersvragenlijst of een ingevulde cliëntenvragenlijst in ons bezit is. Eventuele selectie in deze stap is vooral van belang voor de volgende variabelen: hoe tevreden zijn de cliënten van het AMW over de hulpverlening en hoe verandert hun problematiek. Ook nu blijken voor de meeste variabelen geen significante verschillen tussen beide onderzoekspopulaties te bestaan. Het aantal gehuwden onder degenen die een cliëntenlijst invulden is groter dan onder degenen die dit niet deden. Daarnaast doet zich bij de hulpvraag een significant verschil voor: met name cliënten met materiële hulpvragen zijn ondervertegenwoordigd met hun cliëntenvragenlijsten in de tweede onderzoeksrunde.

Tabel 3.2 Een vergelijking van de cliënten waarvan alleen een vragenlijst werd geretourneerd door de hulpverlener, met cliënten die zelf ook een vragenlijst retourneerden

Kenmerken	Wel een cliënten- vragenlijst N=161	Geen cliënten vragenlijst N=95	Significant Verschil
Geslacht, % vrouwen	70	67	ns
Leeftijd (gemiddeld)	36,8	37,1	ns
Burgerlijke staat, %			
Gehuwd	51	42	
Gescheiden	12	28	
Weduw(e)(naar)	6	3	
Ongehuwd	32	28	*
Wel of geen baan, % met baan	44	35	ns
Opleiding (%)			
Geen, LO	17	20	
LBO	31	33	
MAVO	13	16	
MBO/HAVO/VWO	29	25	
HBO/WO	11	5	ns
Hulpvragen (%)			
Intrapsychische problemen:			
Symptomen	29	25	
Diagnostische labels	6	6	
Meervoudig	6	0	
Relatieproblemen:			
Enkelvoudig	30	24	
Met intrapsychische	7	5	
Somatiek	1	5	
Materieel	9	26	
Rest	11	10	*
Scores op probleem-lijsten direct na intake (gemiddeld)			
GHQ	15,9	14,6	ns
BIOPRO	6,1	6,3	ns
SCL-90	2,0	2,0	ns

ns: geen significant verschil; \*: significant verschil ( $p < 0,05$ )

---

Rest nog de vraag in hoeverre de populatie die twee cliëntenlijsten invulde afwijkt van alle anderen. Uitgaande van schema 1: verschillen de 161 cliënten van de andere 218 (379-161) cliënten? Om dit te onderzoeken zijn de verschillen in de scores op de variabelen uit tabel 3.1 tussen deze populaties getoetst. De beide populaties verschilden significant ( $p < 0,01$ ) voor drie variabelen: burgerlijke staat, het wel of niet hebben van een baan en de hulpvragen. Cliënten die 2 cliëntenlijsten invulden zijn vaker gehuwd, hebben vaker een baan, en presenteren minder vaak een materiële hulpvraag, dan de cliënten die slechts één keer een cliëntenvragenlijst invulden.

Geconcludeerd kan worden dat zich selectie heeft voorgedaan. Deze selectie is het grootst voor de cliëntenpopulatie die twee cliëntenlijsten invulde: zij zijn vaker gehuwd, hebben vaker een betaalde baan en presenteren minder vaak een hulpvraag met materiële problemen dan cliënten die allen een cliëntenlijst invulden voor de nul-meting. De selectie is minder groot wanneer alle cliënten die in de tweede onderzoeksronde meededen vergeleken worden met de cliënten die alleen in de eerste onderzoeksronde meededen. Met deze selectie-effecten zal bij de nadere analyses rekening gehouden worden.

Opvallend is dat bij de vergelijking van de verschillende onderzoekspopulaties géén verschillen tussen de initiële scores op de screeningslijsten werden geconstateerd. De mate van onwelbevinden van de onderzoekspopulatie in deze tweede ronde is representatief voor die van de eerste ronde.

### **3.2. De geboden hulp**

De hulpverlener heeft verschillende kenmerken van de geboden hulp geregistreerd. Achtereenvolgens komen in deze paragraaf aan bod: de werkvorm waarin, de manier waarop (interventievorm) is gewerkt, de mate waarin met andere hulpverleners is samengewerkt, de problemen waaraan is gewerkt en het verloop en de afronding van de hulpverlening. De resultaten van deze paragraaf zijn gebaseerd op de respons van hulpverleners van 256 cliënten in de tweede onderzoeksronde.

### 3.2.1. Werkwijze

Tabel 3.3 Kenmerken van de verleende hulp aan cliënten van het AMW (N=256)

Hulpverleningskenmerken		%
<b>Werkvorm:(*)</b>	Individueel	83
	Echtpaar	20
	Gezin	8
	Groep	1
<b>Interventievorm:(*)</b>	Algemeen:	
	Begeleiding	85
	Informatie en advies	19
	Beschikbaar zijn	11
	Konkrete dienst	9
	Onstpanningstechnieken	9
	Bemiddeling	9
	Anders	6
	Onderzoek	5
	Met een therapeutisch referentiekader:	
	Systeem-theoretisch	13
	Gedragstherapie	11
	Rationeel-erotief	7
Psycho-analytisch	1	
Rogeriaanse therapie	0	
<b>Samenwerking met anderen:</b>	AMW-er was enige hulpverlener	69
	Met huisarts	14
	Met fysiotherapeut	2
	Met Wijkverpleging	1
	Met PAAZ	1
	Met pastor	1
	Met gezinszorg	1
	Met RIAGG	1
	Met CAD	1
Anders	9	

(\*) Meer dan één antwoord per respondent was mogelijk

In tabel 3.3 zijn de gebruikte werkvormen, de interventievormen en de mate van samenwerking weergegeven. De individuele hulpverlening is de meest gebruikte werkvorm, gevolgd door het werken met een echtpaar. Opvallend is dat een derde (31%) van de mannen met deze laatstgenoemde werkvorm is geconfronteerd, tegen slechts de helft hiervan (15%) onder de vrouwen.

---

---

De meest gebruikte interventievorm (85%) is de 'begeleiding'. Volgens Potting (19) valt 'begeleiding' te definiëren als het geven van vrij intensieve steun aan de cliënt opdat de cliënt probleemoplossend kan zijn. Deze belangrijkste categorie wordt op grote afstand gevolgd door informatie en advies (19%), beschikbaar zijn (11%), concrete dienst (9%), ontspanningstechnieken (9%) en bemiddeling (9%). Minder vaak komen de interventievormen vanuit een therapeutisch referentiekader voor: een benadering met een systeem-theoretisch referentiekader (13%), gedragstherapie (11%), een rationeel-erotische benadering (7%) en onderzoek (5%). De psychoanalytische en rogeriaanse benadering komen niet of nauwelijks voor. Voor meer dan twee-derde van de hulpverleningstrajecten was de AMW-er de enige hulpverlener. Het meest wordt met de huisarts samengewerkt (14%). Samenwerking met andere hulpverleners komt incidenteler voor (tezamen echter nog wel 17% van de hulpverleningstrajecten).

### **3.2.2. De vertaalde hulpvraag**

In tabel 3.4 staan de hoofdcategorieën van de problemen waaraan is gewerkt weergegeven: de vertaalde hulpvraag. De hulpverlener formuleerde in eigen woorden de problemen waaraan is gewerkt. Deze vertaalde hulpvragen antwoorden werden ondergebracht in het categorieën-systeem dat gebaseerd is op het categorieën-systeem voor de hulpvragen van de cliënten (zie bijlage 2).

Tabel 3.4 De vertaalde hulpvragen waaraan volgens de AMW-hulpverleners is gewerkt en de initiële hulpvragen van deze cliënten in hoofdcategorieën (n=256)

Hoofdcategorieën	Vertaalde hulpvraag %	Initiële hulpvraag %
<b>Intrapsychisch</b>		
Intrapsychische symptomen	19	28
Diagnostische labels	3	6
Meervoudig	5	4
Totaal . . . . .	26	37
<b>Relatieproblemen</b>		
Enkelvoudig	22	28
In combinatie met intrapsychische problemen	22	6
Totaal . . . . .	44	34
Ziekte	7	3
Materieel, Werk	20	15
Rest	2	11

Hulpverlening bij relatieproblemen is de meest voorkomende categorie: bijna de helft van de hulpverleningscontacten had hierop betrekking. Hulpverlening bij intrapsychische problemen is de tweede categorie met een prevalentie van iets meer dan een kwart. Daarna volgen hulpverlening bij materiële problemen en problemen bij het werk (ongeveer een vijfde), problemen met ziekte (7%) en een restcategorie.

Ten opzichte van de initiële hulpvragen, die voor de betreffende cliënten ook zijn weergegeven in tabel 3.4, is een flinke verschuiving te constateren. Met een prevalentie van een derde van het totale aantal hulpvragen ligt deze categorie met relatieproblemen lager dan het percentage relatieproblemen waarbij hulp is geboden. Wat betreft de intrapsychische problemen ligt dit net andersom. Cliënten formuleerden vaker een hulpvraag met een intrapsychische probleem vergeleken met de mate waarin hulpverleners aan intrapsychische problemen hebben gewerkt. Dit geconstateerde verschil is echter voor een deel kunstmatig, het wordt vooral veroorzaakt doordat hulpverleners vaker aangeven aan de combinatie van intrapsychische problemen en relatieproblemen te hebben gewerkt, waardoor deze werden ingedeeld als een relatieprobleem.

Met name de verwerking van de beëindiging van een vaste relatie en relatieproblemen die te maken hebben met een gebrek aan assertiviteit,

met onzekerheid of identiteitsproblemen hebben veel aandacht gekregen van de hulpverleners: 11,2% respectievelijk 10,4% (tabel 3.6). Een vergelijkbaar fenomeen, zij het in mindere mate, doet zich voor in de hulp-categorieën met problemen rond ziekte en materiële problemen. Hier werden nieuwe combinatiecategorieën geïntroduceerd voor de combinatie van relatieproblemen en intrapsychische problemen en de problemen rond ziekte dan wel materiële problemen. Deze nieuwe categorieën vertegenwoordigen samen 5,2% van de hulpverleningscontacten. De combinatiecategorieën, met op zijn minst een combinatie van problemen uit twee hoofdcategorieën, vormen 36% van de hulpverlenerscontacten. Deze combinatiecategorieën vormden voor de hulpvragen die cliënten formuleerden slechts 13%. (tabel 3.5 - 3.7).

Tabel 3.5 Het aandeel van intrapsychische problemen in de vertaalde hulpvraag en de initiële hulpvraag (100%=256)

Hoofdcategorieën	Subcategorieën	Vertaalde hulpvraag %	Initiële hulpvraag %
Symptomen	Dingen op een rijtje willen hebben	2,6	3,5
	Onzekerheid	3,7	5,3
	Gespannen, nerveus, overspannen	,4	5,3
	Verwerking van rouw	5,6	4,2
	Kan gevoelens slecht uiten	,4	1,3
	Andere intrapsychische problemen	2,6	8,0
	Verwerking	3,0	---
Diagnostische labels	Angsten, fobiën	1,9	1,8
	Depressie	,4	2,2
	Hyperventilatie	,7	0,9
	Eetproblemen	,4	0
	Incest-verwerking	0	0,9
	Verslaving	0	0,4
Meervoudige intrapsychische problemen		4,6	3,7
Totaal intrapsychisch		26,3	37,3

Wat betreft de intrapsychische problemen in de vertaalde hulpvraag (tabel 3.5) valt op dat ook hulpverleners net als de cliënten weinig gebruik maken van diagnostische labels. Hulp bij intrapsychische problemen wordt aangeduid met termen als 'rouwverwerking', 'onzekerheid' of 'verwerking'. Hulp bij het verwerken van rouw is de meest voorkomende categorie binnen de categorie hulp bij intrapsychische problemen.



Tabel 3.6 Het aandeel van relatieproblemen in de vertaalde hulpvraag en de initiële hulpvraag (100%=256)

Hoofdcategorieën	Subcategorieën	Vertaalde hulpvraag %	Initiële hulpvraag %
Enkelvoudig	Algemeen	5,5	6,2
	Eenzaamheid	,4	1,8
	Problemen tussen partners	5,2	9,7
	Gezinsproblemen	4,2	9,7
	Relatie problemen tussen kinderen en ouders	6,4	---
Met intrapsychische problemen	Algemeen	,4	6,2
	Verwerking beëindiging relatie vaste partners	11,2	---
	Relaties, eigen identiteit, assertiviteit	10,4	---
Totaal relatieproblemen		43,8	34,6

Zoals reeds gesignaleerd vormen de problemen met zowel een relationele als een intrapsychische component een groot deel van de relatieproblemen in de vertaalde hulpvraag. Ook hier komt het begrip 'verwerking' weer naar voren: daar waar hulp geboden wordt bij het verwerken van het afbreken van een vaste relatie. Het blijkt hierbij te gaan om verwerking in zeer brede zin: een combinatie van papieren kwesties en de emotionele verwerking. Bij de andere categorie relatieproblemen lijkt de analyse gemaakt dat de relatieproblemen voortkomen uit een gebrek aan assertiviteit, een gebrek aan identiteit of onzekerheid bij de cliënt. Het kan in deze gevallen gaan om hulp bij het verbeteren van bestaande relaties, dan wel hulp omdat het de cliënt niet lukt (langdurige) relaties aan te gaan. Een schijnbaar verschil tussen de initiële hulpvraag en de vertaalde hulpvraag ligt in de categorie 'gezinsproblemen'. Bij de vertaalde hulp werden vaak expliciet opvoedingsproblemen dan wel problemen met ouders (vooral 'losmaak' problemen) genoemd. De prevalentie van deze categorie samen met die van de gezinsproblemen ligt in dezelfde orde van grootte als de prevalentie van hulpvragen met gezinsproblemen. Op het eerste oog lijkt tabel 3.6 aanleiding te zijn voor de veronderstelling dat hulpverleners relatieproblemen vertalen als hulpvragen met intrapsychische hulpvragen. Immers, in tegenstelling tot de hulpvragen van de cliënten, wordt door de hulpverleners een veel grotere fractie relatieproblemen in verband gebracht met intrapsychische problematiek. Deze conclusie is echter niet juist. Een ander fenomeen doet zich voor. Vertaalde hulpvragen met intrapsychische

problemen komen relatief minder vaak voor dan de hulpvragen met deze problemen. Het lijkt erop dat intrapsychische hulpvragen voor een deel in verband worden gebracht met relatieproblemen. Het is niet zozeer psychologisieren van relatie-problemen wat optreedt, maar het verbinden van intrapsychische problemen met relatieproblemen: 'relationaliseren'?

Tabel 3.7 Het aandeel van materiële restproblemen in de vertaalde en gepresenteerde hulpvraag (100%=256)

Hoofdcategorieën	Subcategorieën	Vertaalde hulpvraag %	Initiële hulpvraag %
Ziekte	Ziekte, invaliditeit of handicap	,7	
	Moeite met ziekte of handicap die geconstateerd is	,7	,4
	Psychosomatiek	1,5	2,2
	Ziekte, intrapsychische problemen + relatieproblemen	3,0	---
	Totaal ziekte	5,9	2,6
Materieel, werk	Financiële problemen	3,7	6,6
	Huisvestingsproblemen	1,9	3,1
	Combinatie van materiële problemen	1,1	,4
	Materiële en relatieproblemen	6,7	4,0
	Materiële en intrapsychische problemen	1,5	---
	Materiële, relatie en intrapsychische problemen	,7	---
	Problemen op het werk	2,6	,4
	Moeite met vinden van werk	,4	,4
	Moeite met invullen van formulieren	,4	0
	Problemen met instanties	1,5	0
Totaal materieel, werk	20,2	14,9	
Rest		1,9	11,6

De vertaalde hulpvraag bij problemen rond ziekte heeft vooral betrekking op psychosomatiek en problemen waar ziekte, relatieproblemen en intrapsychische problemen tegelijk voorkomen. Ook onder de materiële problemen en de problemen met het werk heeft de combinatiecategorie met relatieproblemen een belangrijk aandeel, gevolgd door financiële problemen en problemen op het werk.

Samenvattend kan gesteld worden dat hulpverleners sterker dan cliënten geneigd zijn meer dimensies van een probleem te benoemen. In veel

---

beschrijvingen komt een combinatie voor van relatieproblemen en intrapsychische problemen. In de visie van de hulpverleners lijken relatieproblemen het gevolg te zijn van een gebrek aan assertiviteit, identiteit of zekerheid van hun cliënt, dan wel de oorzaak van intrapsychische problemen. Relatieproblemen vormen veruit de grootste categorie van vertaalde hulpvragen door AMW-hulpverleners.

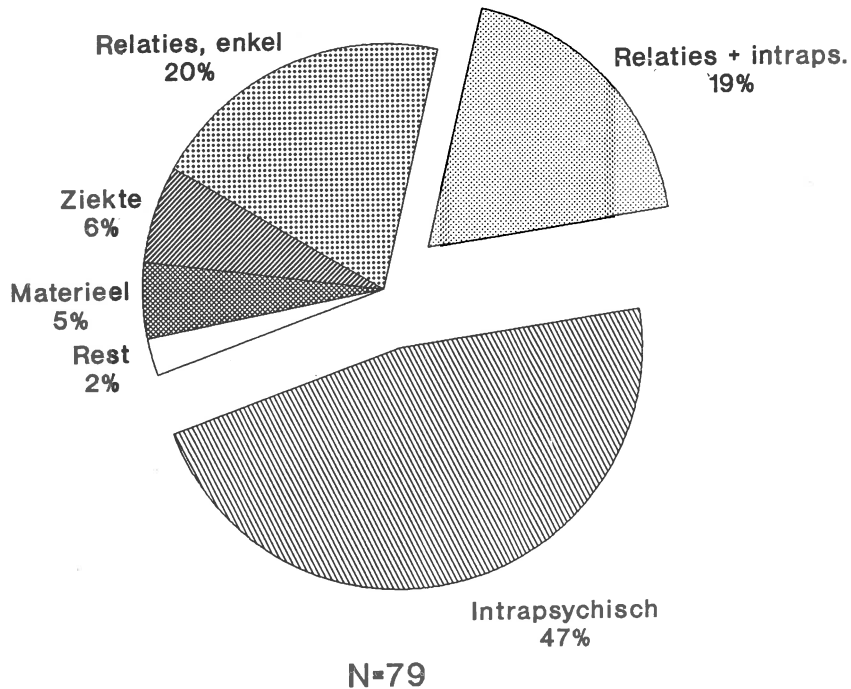
Opvallend is het grote aantal vertaalde hulpvragen waar het begrip 'verwerken' een centrale positie bij inneemt: 'verwerking van rouw', 'verwerken', 'verwerken van het beëindigen van een vaste relatie', samen één van elke vijf vertaalde hulpvragen. In een aantal gevallen is dit de enige informatie die de hulpverlener geeft: 'ik heb ondersteund bij het verwerken van problemen'. In een groot aantal andere gevallen blijkt het te gaan om het verwerken van het overlijden van iemand, het afbreken van een relatie of het leren omgaan met een ziekte of handicap.

De zeven meest voorkomende subcategorieën van de problemen waarbij volgens de hulpverlener hulp is verleend zijn de volgende: 'verwerkingsproblemen na beëindiging van een vaste relatie', 'relatieproblemen tussen partners door een gebrek aan assertiviteit of identiteitsproblemen', 'een combinatie van materiële en relatieproblemen', 'relatieproblemen tussen kinderen en ouders en vice versa', 'relatieproblemen in het algemeen', 'verwerking van rouw' en 'problemen tussen partners'.

Het is mogelijk om de hulpvraag die de cliënten formuleerden direct na hun intake te relateren aan de problemen waaraan is gewerkt. In zekere zin is dit in het begin van deze paragraaf al gedaan: De initiële hulpvraag en de vertaalde hulpvraag zijn naast elkaar gelegd. Een vertaalde hulpvraag met relatieproblemen komt vaker voor dan een initiële hulpvraag met relatieproblemen en een vertaalde hulpvraag bij intrapsychische problemen komt minder vaak voor dan een intrapsychische hulpvraag. Daarbij werd aangetekend dat hulpverleners sterker dan cliënten de neiging hebben meer dimensies van een probleem te benoemen: veel relatieproblemen waar hulp voor werd verleend, zijn eigenlijk intrapsychische problemen gecombineerd met relatieproblemen.

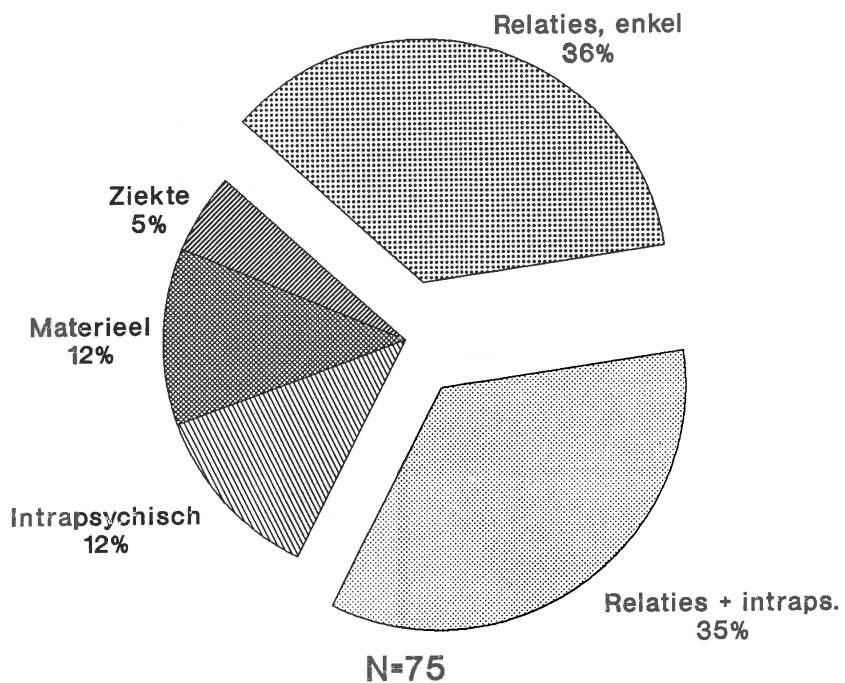
Het is ook mogelijk voor elke categorie initiële hulpvragen te onderzoeken tot welke hulpvraag deze werden vertaald door de hulpverlener. De resultaten van deze analyse zijn weergegeven in de figuren 3.1 - 3.3.

Figuur 3.1 Intrapsychische hulpvragen en de vertaalde hulpvraag



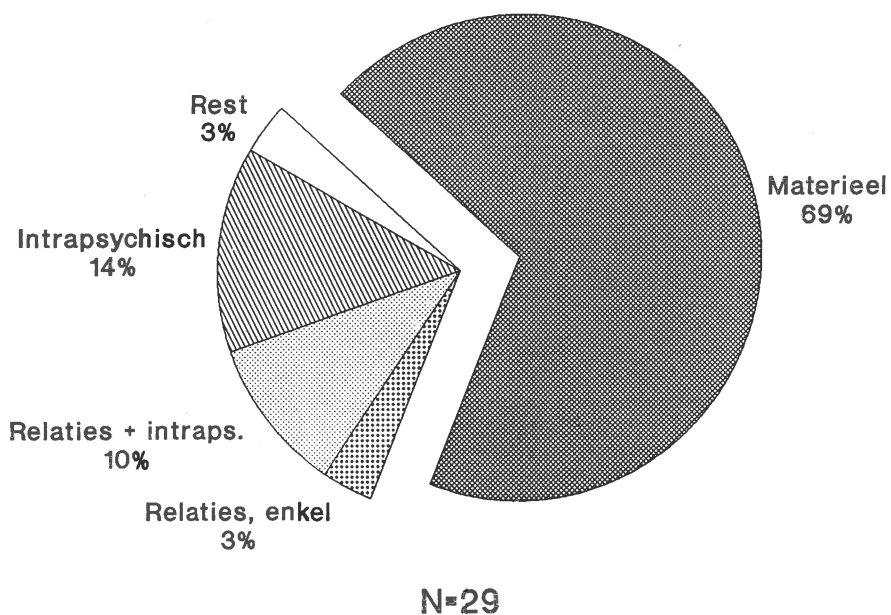
In figuur 3.1. staat de vertaalde hulpvraag voor cliënten met intrapsychische hulpvragen weergegeven. Bijna de helft van de vertaalde hulp (47%) is intrapsychisch, terwijl nog eens 19% een combinatie van hulp bij relatien en intrapsychische problemen inhoudt. Het totale aandeel vertaalde intrapsychische hulpvragen voor cliënten met intrapsychische hulpvragen is daarmee 66%. Een vijfde van de vertaalde hulpvragen is hulp bij enkelvoudige relatieproblematiek. In deze figuur wordt bevestigd wat al eerder gezien werd; een belangrijk deel van de intrapsychisch geformuleerde hulpvragen wordt door de hulpverlener in verband gebracht met relatieproblemen.

Figuur 3.2 Hulpvragen met relatieproblemen en de vertaalde hulpvraag



In figuur 3.2. staat de vertaalde hulpvraag voor hulpvragen met relatieproblemen weergegeven. 71% van de verleende hulp bestaat uit hulp bij relatieproblemen, 12% uit hulp bij intrapsychische problemen en 12% uit hulp bij materiële problemen.

Figuur 3.3 Materiële hulpvragen en de vertaalde hulpvraag



In figuur 3.3 staat de vertaalde hulpvraag bij hulpvragen met materiële problemen weergegeven. Ook nu is het aanbod uit dezelfde categorie, hulp bij materiële problemen, het grootste: 69%. Deze categorie wordt gevolgd door hulp bij relatieproblemen (13%) en hulp bij intrapsychische problemen (14%).

Er lijkt sprake van een grote overeenkomst tussen de initiële hulpvraag en de vertaalde hulpvraag. Opvallend is dat het voor alle drie de categorieën met initiële hulpvragen gaat om ongeveer 2/3. Blijkbaar wordt voor twee-derde van de initiële hulpvragen een hierop aansluitende vertaling gemaakt. Voor één-derde van de hulpvragen is dit niet het geval: dan blijkt een ander vertaling te zijn gemaakt. De manier waarop van de hulpvraag wordt afgeweken is niet systematisch. Bij een intrapsychische hulpvraag is na hulp bij intrapsychische problemen hulp bij relatieproblemen het meest

---

waarschijnlijk. Bij een hulpvraag met relatieproblemen is na hulp bij relatieproblemen een hulpaanbod voor intrapsychische problemen net zo waarschijnlijk als een hulpaanbod voor materiële problemen.

### **3.2.3. Verloop en afsluiting van de hulpverlening**

De hulpverleners registreerden de wachtperiode tussen intake en daadwerkelijke hulpverlening, de duur van de behandeling, de mate waarin cliënten afspraken na zijn gekomen en de wijze van afronden. Ook gaven hulpverleners aan of het achteraf juist was dat de cliënt door het AMW geholpen was (zie tabel 3.8).

De hulpverleners registreerden een gemiddelde wachtperiode van 0,1 maand. Voor 26 cliënten (12%) was er sprake van een wachtperiode van 1 maand. De gemiddelde behandelingsduur van de contacten lag op 4,5 maanden met een fikse spreiding (standaard dev. 3,1) van minder dan één maand tot 17 maanden, met gemiddeld 8,2 zittingen ook met een aanzienlijke spreiding (standaard dev. 5,9) van 1 zitting tot 35 zittingen. Bijna driekwart van de cliënten (72%) kwam volgens de hulpverleners alle afspraken na. Veel tot alle afspraken werden gemist door 8,5% van de cliënten. Voor meer dan de helft van de cliënten (59%) geldt dat volgens de hulpverlener de hulpverlening is beëindigd terwijl de cliënt is verbeterd. In 4% van de gevallen is de hulpverlening afgerond, terwijl de cliënt niet is verbeterd. Een tiende van de cliënten heeft eenzijdig de therapie beëindigd, terwijl hetzelfde aantal na enkele zittingen niet meer kwam opdagen. De totale uitval komt hiermee op 20%. In deze categorie vallen overigens vrijwel alle (op twee na) cliënten waarvan werd geregistreerd dat zij veel of alle afspraken niet nakwamen. Voor cliënten met een materiële hulpvraag bleek de uitval 45%.

Van de cliënten die na het eerste gesprek verder is geholpen werd 16% alsnog doorverwezen, wat het totale verwijzpercentage op 18% brengt. Na deze cijfers (ruim 40% van de hulpverleningscontacten heeft niet geleid tot een verbetering bij de cliënt) is het opvallend dat de hulpverleners voor slechts 6% van de cliënten stelt dat deze achteraf gezien onterecht door het AMW zijn geholpen. Voor ruim een kwart van de cliënten (27%) meent de hulpverlening dat de problematiek zich zeer waarschijnlijk of waarschijnlijk weer zal voordoen. Voor 47% van de cliënten verwachten de hulpverleners dat dit niet het geval zal zijn.

Tabel 3.8 Verloop en afsluiting van het hulpverleningsproces (N=256)

Kenmerken		
Wachtperiode in maanden,	gemiddeld (std.dev.)	0,14 (.39)
Behandelingsduur in maanden,	gemiddeld (std.dev.)	4,5 (3,1)
Aantal zittingen	gemiddeld (std.dev.)	8,2 (5,9)
Nakomen afspraken door cliënt		
Cliënt kwam alle afspraken na		71,7%
Cliënt miste enkele afspraken		19,8%
Cliënt miste veel afspraken		5,8%
Cliënt miste vrijwel alle afspraken		2,7%
Afronding van de hulpverlening		
Samen besloten therapie te beëindigen, cliënt is verbeterd		59,1%
Samen besloten therapie te beëindigen, cliënt niet verbeterd		3,9%
Cliënt heeft eenzijdig de therapie beëindigd		10,3%
Cliënt kwam niet meer opdagen		9,9%
Cliënt is alsnog verwezen		15,9%
Verwijzingen vonden plaats naar: (7x) een andere maatschappelijk werker, RIAGG en (5x) woningbouwvereniging, groepswerk, (3x) psycholoog, (2x) CAD en (1x) Stichting 40-45, advocaat, mannengroep, bio-energetica, schooladviesdienst, medisch specialist, kredietbank, reclassering.		
Achterafbeoordeling juistheid van hulp bij het amw		
Achteraf is het juist dat de cliënt is geholpen bij het AMW		93,6%
Achteraf is het niet juist dat de cliënt is geholpen door het AMW		6,4%
Nee, want: (7x) professionele therapie was nodig en (1x) gestuurd door werkgever, lichamelijke problemen, er was alcohol in het spel, met andere hulpverleners bestonden betere contacten, met hulp houdt de cliënt zich zoet.		
Verwachting van waarschijnlijkheid van recidive binnen een half jaar		
Problematiek zal zich zeer waarschijnlijk weer voordoen		14,9%
Problematiek zal zich waarschijnlijk weer voordoen		12,6%
Weet het niet		25,6%
Onwaarschijnlijk dat problematiek zich weer voor zal doen		39,6%
Zeer onwaarschijnlijk dat problematiek zich weer voor zal doen		7,6%

### 3.3. Veranderingen in de problematiek

In deze paragraaf wordt ingegaan op de veranderingen in problematiek van de cliënten van het AMW. Het is belangrijk om zich te realiseren dat deze paragraaf betrekking heeft op cliënten die een volledige eerste en



een volledige tweede vragenlijst inleverden. In paragraaf 3.1 werd reeds aangetoond dat het hier gaat om cliënten die relatief vaak gehuwd zijn, die relatief vaak een betaalde baan hebben terwijl zij minder vaak een materiële hulpvraag presenteren.

In paragraaf 3.2 werd beschreven dat niet alle cliënten alle afspraken nakwamen, of het contact eenzijdig of voortijdig verbraken. De responspercentages voor het invullen van de tweede cliëntenlijst blijken voor deze categorieën te verschillen. In tabel 3.10 is dit weergegeven. Hulptrajecten die door de cliënt voortijdig zijn afgebroken, of waarbij de cliënt wel eens of vaker een afspraak niet nakwam, gaan samen met lagere responscijfers.

Tabel 3.10 Responspercentage voor het invullen van een tweede cliënten-vragenlijsten voor AMW-clieñten met verschillende mate van therapietrouw (N=256)

	respons (%)
<b>Nakomen van afspraken</b>	
Cliënt kwam alle afspraken na	68%
Cliënt miste enkele afspraken	49%
Cliënt miste veel tot alle afspraken	13%
<b>Afronding hulpverlening</b>	
Samen besloten therapie te beëindigen, cliënt is verbeterd	79%
Samen besloten therapie te beëindigen, cliënt niet verbeterd	56%
Cliënt beëindigde therapie eenzijdig, of bleef weg	18%
Cliënt is verwezen	46%

Het laagste responscijfer vonden we voor de cliënten die veel of alle afspraken misten: 13%. Een vergelijkbaar responspercentage (18%) troffen we aan bij cliënten die het contact eenzijdig verbraken of gewoon wegbleven. Bij de beoordeling van 'het succes' van de hulp moet met deze selecties rekening gehouden worden. Verondersteld mag worden dat de cliënten die het contact eenzijdig verbraken of wegbleven minder positief waren over de AMW-hulpverlening dan cliënten die in overleg de therapie beëindigden.

### 3.3.1. Het oordeel van de cliënt en cliëntentevredenheid

In tabel 3.11 staat de respons weergegeven op de vraag of de cliënt van mening is dat de hulp geholpen heeft om beter om te gaan met de problemen.

Tabel 3.11 Cliëntenoordeel over de verschillende tevredenheidsitems  
(N=161)

	%
<b>Kwaliteit:</b>	
De kwaliteit van de hulp was <b>slecht</b>	0
De kwaliteit van de hulp was <b>matig</b>	7
De kwaliteit van de hulp was <b>goed</b>	56
De kwaliteit van de hulp was <b>uitstekend</b>	37
(gemiddeld: 3,3 (stddev.0,59))	
<b>Aansluiting:</b>	
Heeft <b>beslist niet</b> de soort hulp ontvangen waarop gehoopt	1
Heeft <b>nauwelijks</b> de soort hulp ontvangen waarop gehoopt	8
Heeft <b>in het algemeen wel</b> de soort hulp ontvangen waarop gehoopt	41
Heeft <b>zeker</b> de soort hulp ontvangen waarop gehoopt	50
(gemiddeld: 3,4 (stddev. 0,69))	
<b>Wensen:</b>	
De hulpverlening heeft aan <b>géén van mijn wensen</b> voldaan	3
De hulpverlening heeft aan <b>slechts enkele van mijn wensen</b> voldaan	12
De hulpverlening heeft aan <b>de meeste van mijn wensen</b> voldaan	50
De hulpverlening heeft aan <b>bijna alle wensen</b> voldaan	35
(gemiddeld: 3,2 (stddev. 0,75))	
<b>Aan anderen aanbevelen:</b>	
Ik zou de hulpverlening van het AMW <b>beslist niet</b> aan kennissen aanbevelen	0
Ik zou de hulpverlening van het AMW <b>waarschijnlijk niet</b> aan kennissen aanbevelen	4
Ik zou de hulpverlening van het AMW <b>waarschijnlijk wel</b> aan kennissen aanbevelen	36
Ik zou de hulpverlening van het AMW <b>zeker</b> aan kennissen aanbevelen	60
(gemiddeld: 3,6 (stddev. 0,56))	
<b>Voldoende gesprekken:</b>	
Ik heb <b>veel te weinig</b> gesprekken gehad	2
Ik heb <b>niet genoeg</b> gesprekken gehad	11
Ik heb <b>voldoende</b> gesprekken gehad	58
Ik heb <b>ruim voldoende</b> gesprekken gehad	29
(gemiddeld: 3,1 (stddev. 0,68))	
<b>Effectiviteit:</b>	
De hulp heeft de zaak <b>alleen maar verergerd</b>	0
De hulp heeft <b>eigenlijk niet</b> geholpen	6
De hulp heeft <b>wel wat</b> geholpen	39
De hulp heeft <b>aanzienlijk</b> geholpen	55
(gemiddeld: 3,5 (stddev. 0,61))	

	%
Tevredenheid over het geheel:	
Ik ben <b>zeer ontevreden</b> over het geheel	1
Ik ben <b>tamelijk ontevreden</b> over het geheel	3
Ik ben <b>tamelijk tevreden</b> over het geheel	29
Ik ben <b>zeer tevreden</b> over het geheel	67
(gemiddeld : 3,6 (stddev. 0,58))	
Weer naar AMW om hulp:	
Ik zou <b>beslist niet</b> terug willen voor hulp bij het AMW	1
Ik zou <b>waarschijnlijk niet</b> terug willen voor hulp bij het AMW	5
Ik zou <b>waarschijnlijk wel</b> terug willen voor hulp bij het AMW	39
Ik zou <b>zeker</b> terug willen voor hulp bij het AMW	55
(gemiddeld: 3,5 (stddev. 0,62))	

Ruim de helft van de cliënten is van mening dat de hulp aanzienlijk heeft geholpen, ruim een derde vindt dat de hulp wel wat heeft geholpen, en 6% vindt dat het eigenlijk niet heeft geholpen. Geen van de cliënten vindt dat de zaak alleen maar verergerd is. De gemiddelde score op dit item van de AMW-clieuten is 3,5.

De cliënten die veel tot alle afspraken misten en die toch een ingevulde cliëntenlijst inleverden scoorden beiden 2: de hulp heeft eigenlijk niet geholpen. De cliënten die het contact voortijdig beëindigden, en toch een ingevulde cliëntenvragenlijst inleverden, scoorden gemiddeld 2,3. Cliënten die veel tot alle afspraken misten of de therapie voortijdig beëindigden lijken minder tevreden over het effect van de verleende hulp.

De gemiddelde score van de AMW-clieuten op de tevredenheidslijst met 8 items is 27,4 (std.dev.=3,7, zie tabel 3.12). Dit betekent dat de cliënten die de screeningslijst invulden, zeer tevreden waren met de hulpverlening. De hoogst mogelijke score is namelijk 32. Op basis van de antwoorden op de vraag naar de tevredenheid over het geheel kan geconcludeerd worden dat 4% ontevreden en 96% tevreden is met de AMW-hulpverlening.

Een dergelijk hoge tevredenheid is geen uitzondering: in veel andere studies worden ook hoge waardes gevonden (20). De Brey (15) stelt dat het effect van non-respons en de daarmee samen gaande selectie van respondenten cruciaal is. Het is waarschijnlijk dat tevreden cliënten meer responderen dan minder tevreden cliënten.

In dit onderzoek is sprake geweest van selectie van respondenten. Drie cliëntenkenmerken speelden daarmee een rol: het wel of niet gehuwd zijn, het wel of geen betaalde baan hebben en het percentage met een materiële hulpvraag.

Tabel 3.12 Cliënten-tevredenheid in relatie tot enkele cliëntenvariabelen waarbij selectie is opgetreden (N=161)

	Cliënten tevredenheid		significantie
	gemiddeld	std.dev	
Totaal	27,4	3,7	
Wel gehuwd	27,8	3,1	ns
Niet gehuwd	27,2	4,0	
Wel met een betaalde baan	27,4	4,0	ns
Niet met een betaalde baan	27,6	3,3	
Met een materiële hulpvraag	24,9	5,2	*
Geen materiële hulpvraag	27,9	3,4	
Consult beëindigd, cliënt beter	27,9	3,0	* }..... .....
Cliënt verwezen	27,1	4,3	
Cliënt beëindigde consult voortijdig	24,8	4,8	
Alle afspraken nagekomen	27,7	3,5	*
Anders	26,3	3,9	

ns: geen significant verschil; \*: een significant verschil ( $p < 0,05$ )

In tabel 3.12 staan de gemiddelde tevredenheidsscores van de cliënten uitgesplitst voor deze variabelen weergegeven. Alleen cliënten met een materiële hulpvraag scoren significant lager dan cliënten zonder materiële hulpvraag. Ook speelden kenmerken van het hulpverleningsproces een rol: de mate waarin cliënten afspraken nakwamen en de afronding van het consult. Omdat de respons gering is van cliënten die weinig afspraken nakwamen of niets meer van zich lieten horen, zijn enkele responscategorieën in deze tabel samengevoegd. Cliënten die volgens de hulpverleners alle afspraken nakwamen zijn significant meer tevreden met de hulp dan zij die niet alle afspraken nakwamen. Ook vonden we een significant verschil in de tevredenheidsscores van cliënten die waren verbeterd, dan wel doorverwezen, tegenover degenen die het consult voortijdig beëindigden. Deze laatsten waren minder tevreden. Voor drie van de vijf variabelen,

waarop als gevolg van non-respons selectie heeft plaats gevonden, geldt dat zij een verband vertonen met de tevredenheidsscore.

### 3.3.2. Verschillen in de problematiek voor en na behandeling

In tabel 3.13 staan de scores op de screeningslijsten GHQ, BIOPRO en SCL-90 (met subschalen) weergegeven van de cliënten voor en na de hulpverlening.

Tabel 3.13 Veranderingen in mate van onwelbevinden en situatiespecificiteit van problemen van cliënten van AMW (N=161)

Screeningslijsten	Voor hulpverlening		Na hulpverlening		Verskil Significant?
	Gemidd.	Stdd.dev.	Gemidd.	Stddev.	
BIOPRO	6,1	3,3	3,9	3,3	***
GHQ-30	15,9	8,3	4,5	6,8	***
SCL-90	2,0	0,7	1,5	0,5	***
Agorafobie	1,6	0,8	1,3	0,5	***
Angst	2,2	0,9	1,6	0,6	***
Depressie	2,3	0,9	1,6	0,7	***
Somatiek	2,0	0,9	1,6	0,7	***
Insufficiëntie	2,1	0,8	1,6	0,7	***
Sensitiviteit	1,9	0,7	1,5	0,5	***
Hostiliteit	1,7	0,8	1,4	0,5	***
Slaapproblemen	2,5	1,2	1,9	1,1	***

\*\*\*: significant verschil ( $p < 0,001$ )

Alle scores na hulpverlening zijn significant lager dan die ervoor. Deze resultaten zijn in overeenstemming met het cliëntenoordeel uit paragraaf 3.3.1 en het hulpverlenersoordeel uit paragraaf 3.2, waar ook het merendeel vond dat verbetering was opgetreden. In tabel 3.14 staat de samenhang tussen het cliëntenoordeel, de cliëntentevredenheid en het hulpverlenersoordeel over de bereikte verandering en het verschil in scores op de screeningslijsten weergegeven.

Tabel 3.14 De relatie tussen het oordeel (van cliënt of hulpverlener) of de hulpverlening heeft geholpen en de verschillen in scores op de GHQ, BIOPRO en SCL-90 (N=161)

	Gemiddelde verschillcores		
	GHQ	BIOPRO	SCL-90
<b>CLIENT:</b>			
<b>Heeft hulpverlening geholpen om beter met problemen om te gaan:</b>			
Eigenlijk niet geholpen	2,8	-1,0	0,20
Wel wat geholpen	9,3	1,8	0,33
Aanzienlijk geholpen	13,6	2,6	0,62
>> correlatie cliëntenoordeel met verschillscore	0,23 ***	0,16 *	0,19 **
<b>De score op de tevredenheidslijst:</b>			
>> correlatie tevredenheidslijst met verschillscore	0,19 ***	0,10 ns	0,20 ***
<b>HULPVERLENER:</b>			
<b>Wederom voordoen van problematiek binnen 0,5 jaar:</b>			
Zeer waarschijnlijk	8,1	0,9	0,34
Waarschijnlijk	11,7	0,9	0,32
Weet niet	11,4	2,6	0,49
Onwaarschijnlijk	11,5	2,4	0,52
Zeer onwaarschijnlijk	15,8	3,3	0,90
>> correlatie hulpverlenersoordeel met verschillscore	0,09 ns	0,12 *	0,15 **
<b>Af ronding:</b>			
Cliënt verbeterd	12,6	2,4	0,56
Anders	10,9	1,9	0,44
>> toetsen voor het verschil in beide categorieën	*	*	*

ns: geen significant verschil; \* significant verschil: (\*:p<0,05)(\*\*p<0,01)(\*\*\*:p<0,001)

Zoals uit deze tabel blijkt is er sprake van consistentie: het cliëntenoordeel over de mate waarin de hulpverlening heeft geholpen hangt significant samen met de verschillen in scores op de screeningslijsten. Ook het oordeel van de hulpverleners over de vraag of de cliënt verbeterd is en of de problematiek zich nog eens zal voordoen, hangt significant met de verschilmaat samen. Wel is het opmerkelijk dat de correlaties tussen verschillcores en de score op de gehele tevredenheidslijst niet zeer hoog liggen. Cliëntensatisfactie zoals gemeten met de CSQ en de afname van het onwelbevinden, zoals afgeleid uit twee onafhankelijke metingen met de GHQ, SCL-90 en BIOPRO hangen maar in beperkte mate met elkaar samen.

In tabel 3.15 staat de relatie weergegeven tussen de afname in de scores op de screeningslijsten en de relevante variabelen waarop selectie heeft plaatsgevonden, analoog aan tabel 3.12.

Tabel 3.15 Verschilscores op probleemlijsten in relatie tot enkele cliëntenvariabelen waarbij selectie is opgetreden (N=161)

	Verschil-scores (gemiddeld, std.dev)					
	GHQ		BIOPRO		SCL-90	
Wel gehuwd	10,7	(8,6)	1,6	(3,1)	0,44	(0,54)
Niet gehuwd	11,9	(10,8)	2,6	(3,7)	0,51	(0,71)
Significant verschil?	ns		ns		ns	
Wel met betaalde baan	11,2	(9,2)	2,4	(3,1)	0,47	(0,66)
Niet met betaalde baan	11,2	(10,0)	2,0	(3,6)	0,49	(0,61)
Significant verschil?	ns		ns		ns	
Met materiële hulpvraag	5,4	(9,6)	0,2	(4,6)	-0,12	(0,71)
Geen materiële hulpvraag	11,6	(9,3)	2,3	(3,2)	0,53	(0,59)
Significant verschil?	*		ns		**	
Consult beëindigd, cliënt beter	12,6	(9,2)	2,6	(3,2)	0,56	(0,60)
Cliënt verwezen	8,5	(10,7)	1,1	(2,5)	0,33	0,46
Anders	14,8	(5,6)	3,0	(4,1)	0,63	(0,74)
Significant verschil?	ns		ns		ns	
Alle afspraken nagekomen	11,2	(9,9)	2,2	(3,3)	0,49	(0,57)
Anders	11,9	(9,5)	1,9	(3,9)	0,55	(0,86)
Significant verschil?	ns		ns		ns	

ns: geen significant verschil; \* significant verschil: (\*:p<0,05)(\*\*:p<0,01)

Een significant verband wordt gevonden tussen het wel of niet presenteren van een materiële hulpvraag en de verschilscore op de GHQ en de SCL-90. Cliënten met een materiële hulpvraag lijken er minder op vooruit gegaan te zijn dan cliënten met andere hulpvragen. Dit resultaat lijkt consistent met tabel 3.12. Hier waren cliënten met een materiële hulpvraag minder tevreden over de hulpverlening dan degenen met een andere hulpvraag.

### 3.4. Tussentijdse samenvatting

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal wat er gebeurt is met de AMW-cliënten na afloop van het hulpverleningsproces. Vitaal bij dit soort onderzoek is de verantwoording van de eventuele selectie-effecten in de onderzoekspopulatie. Dit onderzoek bouwt voort op eerder onderzoek naar de samenstelling van de cliëntenpopulatie tijdens de intake. In het eerste onderzoeksrapport (2) werd gesteld dat de onderzoekspopulatie niet sterk afwijkt van een volwassen cliëntèle van het algemeen maatschappelijk werk met vragen om psychosociale hulpverlening. In onze pogingen om van al deze cliënten ook informatie te verkrijgen bij afronding van het hulpverleningsproces zijn wij maar ten dele geslaagd. Direct na hun intake vulden 379 cliënten een vragenlijst in. Vervolgens bleek 14% met één gesprek geholpen dan wel doorverwezen te zijn. Deze cliënten kwamen niet in aanmerking voor deze beloopstudie, zodat de uitgangspopulatie voor de vervolgstudie 326 cliënten bedroeg. Van 256 van deze cliënten (79%) ontvingen wij enige informatie over de afronding van het hulpverleningsproces. Deze cliënten onderscheidden zich van de uitgangspopulatie van 379 cliënten doordat zij vaker een betaalde baan hadden. Andere significante verschillen werden door ons niet geconstateerd.

Van 161 cliënten (49% van 326) ontvingen wij een door henzelf ingevulde vragenlijst, van de anderen (29%) ontvingen we alleen een vragenlijst die de hulpverlener invulde. De cliënten die zelf een tweede vragenlijst invulden onderscheidden zich van de originele populatie doordat zij vaker gehuwd zijn, zij hebben vaker een betaalde baan terwijl zij minder vaak een materiële hulpvraag presenteerden. Ook op andere kenmerken onderscheidden cliënten met een zelf ingevulde vragenlijst zich van cliënten met alleen een hulpverlenersvragenlijst. Cliënten met een ingevulde vragenlijst waren therapietrouwer dan degenen die geen vragenlijst invulden: Cliënten met een ingevulde vragenlijst kwamen vaker afspraken na, terwijl zij ook vaker in overleg het succesvolle hulpverleningstraject afsloten. In de analyses die werden uitgevoerd zijn steeds deze variabelen betrokken, om zo een potentieel selectie-effect te kunnen onderkennen.

Beschouwen we het hulpverleningsproces dan kunnen enkele conclusies worden geformuleerd. (1) De meeste contacten tussen cliënten en hulpverleners zijn individuele contacten, (2) begeleiding is de meest voorkomende interventievorm, (3) terwijl de AMW-er doorgaans de enige hulpverlener is. (4) In geval van samenwerking wordt het meest met een huisarts samengewerkt. Hulpverleners schreven op, in hun eigen woorden, voor welk



probleem zij hulp boden. Veruit het meest bieden zij hulp bij relatieproblemen, gevolgd door hulp bij intrapsychische problemen. Een vergelijking met de hulpvraag die in de eerste onderzoeksrunde door de cliënten zelf werd geformuleerd levert drie conclusies op. (5) Hulpverleners neigen sterker dan cliënten ernaar om meerdere dimensies van een probleem aan te geven. (6) Voor tweederde van de hulpvragen geldt dat de vertaalde hulpvraag betrekking heeft op gelijksoortige problemen. Voor éenderde van de hulpvragen wijkt de vertaalde hulpvraag af. (7) Hulpverleners brengen hulpvragen met intrapsychische problemen relatief vaak in verband met relatieproblemen.

De gemiddelde AMW-cliënt hoefde nauwelijks te wachten op het begin van de hulpverlening (0,1 maand). Het gemiddelde hulpverleningstraject nam 4,5 maanden met 8,2 zittingen in beslag. Volgens de hulpverleners resulteerde ruim de helft (59%) van de hulpverleningscontacten in een verbetering van de cliënt, terwijl het contact ook met wederzijdse instemming kon worden afgesloten. Een zesde van de cliënten is alsnog verwezen. Voor een kwart van de cliënten geldt dat het contact eenzijdig werd verbroken, dan wel dat géén verbetering is opgetreden. Van bijna de helft van de cliënten stellen de hulpverleners dat het onwaarschijnlijk is dat de problematiek zich binnen een half jaar weer voor zal doen. De hulpverleners zijn van mening dat vrijwel alle cliënten (94%) bij het AMW aan het goed adres waren voor hulp bij hun problemen. De drop out-rate is 20%. Onder cliënten met een materiële hulpvraag ligt de uitval op 45%.

Volgens iets meer dan de helft (55%) van de cliënten die zelf een vragenlijst invulden heeft de hulpverlening aanzienlijk geholpen. Zij zijn doorgaans zeer tevreden over de verleende hulp, 4% is ontevreden. De mate van onwelbevinden van de cliënten is na afloop van het hulpverleningsproces aanzienlijk lager dan tijdens de intake. Deze resultaten blijken echter gevoelig te zijn voor de opgetreden selectie-effecten. Met name cliënten met een materiële hulpvraag gaan er minder op vooruit en zijn minder tevreden dan cliënten met andere hulpvragen. Daarnaast zijn cliënten met een geringe mate van therapietrouw minder tevreden over de kwaliteit van de hulpverlening. Deze cliëntengroepen waren juist ondervertegenwoordigd in de onderzoekspopulatie waar tevredenheid en veranderingen in de mate van onwelbevinden werden gemeten.

De mate van tevredenheid met de hulpverlening en de afname van de problematiek hangt maar in beperkte mate met elkaar samen. In de inleiding werd reeds het onderzoek van Kooi en Donker (17) genoemd,

waar vanuit het cliëntenperspectief de effectiviteit van de hulpverlening geen wezenlijk onderdeel is van het kwaliteitsoordeel. Ook in andere studies wordt het ontbreken van een relatie tussen satisfactie en effectiviteit van de hulpverlening bevestigd (20). De gemiddelde tevredenheidsscore van 27,4 voor de cliënten in ons onderzoek ligt hoger dan de scores die Bökkerink en Wensing (21) vonden in een onderzoek naar de tevredenheid van 227 AMW-clieñten met de AMW-hulpverlening in de regio Oss. Zij vonden een gemiddelde score van 25,1. Een belangrijk verschil met onze onderzoekspopulatie lijkt de grotere fractie cliënten met materiële problemen (28,3%) in dat onderzoek. Dit verschil is echter niet zodanig dat dit de verschillen in de tevredenheidsscores kan verklaren.

### **3.5. Nieuwe vragen**

Het overzicht uit de vorige paragraaf roept een tweetal nieuwe vragen op. De eerste vraag heeft te maken met het effect van de selectie: is het mogelijk om een gecorrigeerde schatting te geven van cliëntensatisfactie en veranderingen in onwelbevinden? De tweede vraag is de vraag naar de vergelijking van verschillende categorieën cliënten waarbij de problematiek meer of minder is afgenomen. Deze vragen worden in de volgende twee paragrafen beantwoord.

### **3.6. Een poging een voor selectie gecorrigeerde schatting te geven van de cliëntentevredenheid en de veranderingen in mate van onwelbevinden**

In hoofdstuk 3.1 werden twee stappen beschreven waar selectie van de onderzoekspopulatie een rol kan hebben gespeeld: cliënten van wie na het eerste gesprek niets meer werd vernomen (21%) en daarna cliënten van wie alleen via de hulpverlener iets werd vernomen (29%). Twee soorten variabelen blijken gevoelig geweest te zijn voor deze selectie. Dit zijn initiële cliëntkenmerken: hulpvraag (wel of niet materieel), burgerlijke staat (wel of niet getrouwd) en het wel of niet hebben van een betaalde baan. Van deze drie variabelen bleek alleen de hulpvraag significant samen te hangen met de tevredenheid van de cliënten en de veranderingen in mate van onwelbevinden. De andere soort variabelen zijn procesvariabelen die vallen onder het kopje therapietrouw: het wel of niet nakomen van afspraken en het wel of niet in overleg, en met succes, afsluiten van de hulp-

verlening. De score op deze variabelen hangt significant samen met de cliëntentevredenheid, niet met de afname van de problematiek.

### Correctie voor selectie van hulpvragen

Het is mogelijk om de samenstelling van de onderzoekspopulatie van deze tweede onderzoeksronde te corrigeren voor de selecte verdeling van de hulpvragen. Daartoe wordt voor de verschillende hulpvragen de gemiddelde tevredenheidsscores en de verschillcores berekend. Op basis van deze cijfers wordt een nieuw gewogen gemiddelde berekend, alsof de verdeling van de hulpvragen identiek is aan die onder de cliënten uit de eerste onderzoeksronde. In tabel 3.16 staan de gecorrigeerde waardes weergegeven.

Tabel 3.16 Tevredenheidsscores en veranderingen in onwelbevinden voor en na weging op basis van de verdeling van hulpvragen uit de eerste onderzoeksronde

	ongecorrigeerd <sup>1)</sup>	gecorrigeerd	verschil (%)
Tevredenheid	27,6	27,3	1%
Verschilscore GHQ	11,1	10,2	8%
Verschilscore BIOPRO	2,2	1,9	15%
Verschilscore SCL-90	0,48	0,41	15%

<sup>1)</sup> Door partiële non-respons op de hulpvraag kunnen de ongecorrigeerde waardes afwijken van de waardes die voor de gehele populatie werden verzameld.

De invloed van de correctie op de tevredenheid is minimaal, 1%. De invloed van de correctie op de afname van het onwelbevinden is groter. De gecorrigeerde verbetering ligt 8 tot 15 % lager dan de ongecorrigeerde verbetering. De gecorrigeerde gemiddelde scores aan het einde van de hulpverlening liggen daardoor hoger: respectievelijk 5,2 voor de GHQ (ongecorrigeerd 4,5), 4,3 voor de BIOPRO (ongecorrigeerd 3,9) en 1,6 voor de SCL-90 (ongecorrigeerd 1,5).

### Correctie voor de therapietrouw

Voor therapietrouw zijn geen metingen in de eerste ronde gedaan. Daarom dienen enkele aannames gedaan te worden. Zoals in tabel 3.10 is weergegeven neemt de respons in de tweede onderzoeksfase af met de afname van de therapietrouw. We veronderstellen dat dit niet alleen geldt voor de cliënten waarvoor alleen hulpverleners een vragenlijst invulden,

maar ook voor de cliënten waar we na de eerste vragenlijst niets meer van vernamen. Aangezien de non-respons van deze cliënten 100% is, veronderstellen we daarom dat het merendeel zich in de minst therapietrouwe categorie bevindt. We gaan er van uit dat de scores van deze cliënten te vergelijken zijn met de scores van de cliënten die de therapie niet succesvol en in overleg beëindigden noch werden doorverwezen, dan wel de scores van cliënten die niet alle afspraken nakwamen. 256 cliënten behoren tot de onderzoekspopulatie van deze beloopstudie. 118 cliënten vertoonden therapietrouw wat betreft het houden aan afspraken of het in overleg afsluiten van de hulpverlening, of werden doorverwezen. Een groep van 138 cliënten behoort vertoonde lage therapietrouw. In tabel 3.17 staan de originele en gecorrigeerde waarde voor de cliëntentevredenheid weergegeven. Omdat geen significante relatie tussen de 'therapietrouw-variabelen' en de verschilscores van onwelbevinden werd gevonden, worden deze verschilscores buiten beschouwing gelaten.

Tabel 3.17 Tevredenheidsscores en veranderingen in onwelbevinden voor en na weging op basis van de veronderstelde therapie-ontrouw van de non-respondeerders

	ongecorrigeerd	gecorrigeerd	verschil (%)
Tevredenheid:			
correctie voor het nakomen van afspraken	27,5	27,0	2%
correctie voor de afsluiting	27,5	26,1	5%

Uit tabel 3.17 blijkt dat de gecorrigeerde tevredenheidsscores 5% lager liggen, op 26,1. De veronderstelling dat de cliënten die het contact eenzijdig verbraken of wegbleven minder positief waren over de AMW-hulpverlening dan cliënten die in overleg de therapie beëindigden wordt bevestigd, doch het selectie-effect hierdoor is beperkt tot maximaal 5%.

### Opmerking

In bovenstaande alinea's is geprobeerd een schatting te maken van de scores op de screeningslijsten en de tevredenheid van de cliënten van het AMW rekening houdend met te verwachten verschillen in deze scores voor non-respondeerders. Een dergelijke schatting leidt tot minder 'gunstige' uitkomsten.

Dit is echter niet het laatste woord. De respons van de non-respondeer-

ders is gemodelleerd op een specifieke groep respondeerders. Eén kenmerk van deze respondeerders verschilt echter wezenlijk van de non-respondeerders: ze hebben in ieder geval één ingevulde vragenlijst in de tweede ronde veroorzaakt. De werkelijke score van de non-respondeerders is niet bekend. De gecorrigeerde cijfers kunnen daarom niets meer zijn dan een indicatie van de range waarin de werkelijk tevredenheidsscores en verschillcores zich bewegen.

### **3.7. Is het mogelijke subgroepen te onderscheiden die meer of minder tevreden zijn met de hulpverlening van het AMW, dan wel waarbij de problematiek meer of minder is veranderd?**

In deze paragraaf zullen verschillende segmenten van de AMW-cliënten die aan dit onderzoek meedoen met elkaar vergeleken worden ten aanzien van de mate waarin hun problemen afnamen en hun tevredenheid met de hulpverlening. Noodgedwongen gaan we daarbij alleen uit van cliënten die zelf twee vragenlijsten inleverden.

Cliëntenkenmerken die in aanmerking komen voor een nadere analyse zijn de volgende. De ernst van de problematiek is een potentieel belangrijke variabele. Afspraken tussen AMW en RIAGG houden in dat cliënten met ernstige, psychopathologische, problematiek eigenlijk niet bij het AMW geholpen horen te worden. Bij deze invalshoek doen zich echter twee problemen voor. Ten eerste is het niet mogelijk om op basis van de respons op de screeningslijsten cliënten te onderscheiden naar waarschijnlijke aan- of afwezigheid van psychopathologie. Ten tweede geldt een statistisch probleem: Het is waarschijnlijk dat cliënten met een hoge score veel zullen verbeteren terwijl cliënten met een lagere score minder zullen verbeteren, zonder dat dit te maken heeft met een succesvollere behandeling. Dit fenomeen heet regressie naar het gemiddelde. Om deze reden is het betrekken van de initiële scores op de screeningslijsten een hachelijke onderneming. Toch zou een dergelijke analyse nog het meest aansluiten bij de gedachtes die leefden bij het voorbereiden van dit onderzoek, zoals reeds gememoreerd in paragraaf 1.3. De mate waarin sprake is van situatie-specificiteit van problemen dan wel generalisatie van problemen over meer situaties is wel betrouwbaar vastgesteld in de nul-meting met behulp van de BIOPRO. De scores op deze variabele zouden daarom als vertrekpunt van één analyse kunnen dienen. Om het effect van regressie naar het gemiddelde te minimaliseren, kunnen de scores op de GHQ en de SCL-90 als afhankelijke variabelen genomen worden. De scores op

deze variabelen hangen weliswaar samen met de BIOPRO-scores, maar deze samenhang is in ieder geval niet volledig. Tevens zullen voor cliënten met verschillende BIOPRO scores de tevredenheidsscores vergeleken worden. Daarnaast zal uitgegaan worden van de hulpvragen, als een andere indicator van de problematiek. Eerder werd al aangetoond dat de hulpvraag van invloed is op de verschillen van de problemenlijst, zodat van deze variabele zeker enig onderscheidend vermogen verwacht mag worden.

Daarnaast is het mogelijk om uitgaande van de initiële scores op de SCL-90, de GHQ en de BIOPRO te kijken naar het beloop van de hulpverlening: de therapietrouw en de tevredenheid.

Sociaal demografische variabelen zijn tevens van belang. Het AMW blijkt vooral op mensen met een lagere Sociaal Economische Status (SES) een relatief grote aantrekkingskracht te hebben. De vraag lijkt relevant of cliënten met een lagere SES net zoveel, minder of juist meer baat hebben bij de hulp van het AMW.

In paragraaf 3.2.2 werd een beperkte discrepantie gesignaleerd tussen initiële hulpvraag en vertaalde hulpvraag. De afstemming tussen de initiële hulpvraag en de vertaalde hulpvraag zou ook hulpverleningskenmerk kunnen zijn met invloed op de verschillen. Ook de invloed van deze combinatie-variabele op de verschillen zal nader worden onderzocht.

### **Situatie-specificiteit van de problemen**

In tabel 3.18 staan de gemiddelde scores op de SCL-90, de GHQ en de verschillen in SCL-90 en GHQ-scores weergegeven in relatie tot de BIOPRO-scores. Voor de overzichtelijkheid zijn de BIOPRO-scores verdeeld in een vijftal categorieën met ongeveer gelijke aantallen respondenten. Uit deze tabel blijkt een duidelijke samenhang tussen de BIOPRO scores enerzijds en de GHQ en SCL-90 scores anderzijds. Het risico van regressie naar het gemiddelde is dus aanwezig. Het positieve verband tussen BIOPRO-scores en de veranderingen in de SCL-90 en BIOPRO scores is wellicht het gevolg van dit fenomeen. De correlatie tussen de initiële SCL-90 score en de BIOPRO score is groter dan de correlatie tussen de initiële GHQ-score en de BIOPRO. Ook de correlatie tussen de verschillen van de SCL-90 en de BIOPRO is groter dan de correlatie tussen de verschillen van de GHQ en de BIOPRO. Deze waarneming ondersteunt de veronderstelling dat hier sprake is van regressie naar het gemiddelde. Om dit probleem van regressie naar het gemiddelde enigszins weg te werken is het quotiënt berekend van de verschillen en de initiële score. Het regressie naar het gemiddelde effect wordt door deze berekening in

zekere mate gecorrigeerd. De resultaten van deze analyse zijn weergegeven in de derde kolom. Geen verband is gevonden tussen de relatieve daling van GHQ-scores en de initiële BIOPRO-score, nog steeds wordt een significant positief verband gevonden tussen de relatieve daling van de SCL-90 scores en de initiële BIOPRO scores.

Ook werd in een andere analyse geen verband gevonden tussen de initiële BIOPRO-scores en de CSQ-scores, terwijl voor AMW-cliënten met een hogere BIOPRO-score geen hogere drop-out rates werden geconstateerd. Ook vonden wij voor cliënten met hoge BIOPRO-scores geen significant langere behandelduur. Wel wachtten cliënten met hogere BIOPRO-scores iets langer op de start van de hulpverlening, dan cliënten met lagere BIOPRO-scores. Cliënten met BIOPRO-scores van 8 of meer wachtten gemiddeld één week op de aanvang van de hulpverlening.

Tabel 3.18 De relatie tussen initiële BIOPRO-scores en de afname van het onwelbevinden onder AMW cliënten

	SCL-90 score, eerste meting		verschilscore SCL-90		fractie daling SCL-90	
	gem	stdv	gem	stdv	gem	stdv
BIOPRO-score, eerste meting						
0,1,2,3	1,52	,46	,28	,45	,13	,21
4,5	1,81	,52	,37	,42	,18	,20
6,7	2,05	,59	,41	,73	,18	,31
8,9	2,33	,70	,64	,80	,23	,26
hoger	2,60	,69	,78	,58	,29	,19
Correlaties:	,44	***	,18	***	,14	***

	GHQ score, eerste meting		verschilscore GHQ		fractie daling GHQ	
	gem	stdv	gem	stdv	gem	stdv
BIOPRO-score, eerste meting						
0,1,2,3	10,46	8,67	9,00	10,22	,46	1,03
4,5	13,87	8,14	11,13	8,76	,67	,52
6,7	17,06	7,31	11,11	10,34	,66	,58
8,9	17,29	8,26	10,92	10,06	,46	,78
hoger	19,35	7,46	14,42	9,22	,71	,35
Correlaties	,29	***	,11	*	-,03	ns

Dit zijn relevante onderzoeksresultaten. Dit betekent dat AMW-cliënten met veel problemen (gegeneraliseerde problematiek) niet minder tevreden waren met de AMW-hulpverlening, en niet minder vaak voortijdig afhaakten van de AMW-hulpverlening vergeleken met AMW-cliënten met slechts een enkel probleem. De afspraken in de nota Bouwstenen (1, 3) veronderstellen immers dat cliënten met veel verschillende problemen bij het AMW minder goed af zouden zijn. Gesteld kan worden dat het niet gelukt is om aan te tonen dat AMW-cliënten met problemen in meer situaties, slechter af zijn bij het AMW dan cliënten met situatie-specifieke problemen. De afname van hun onwelbevinden is niet minder dan het niveau onder cliënten met meer situatie-specifieke problemen, ook is onder hen de uitval niet meer, terwijl zij ook niet ontevredener zijn met de verleende hulp.

Tabel 3.19 De relatie tussen initiële scores op GHQ, SCL-90 en BIOPRO en de therapietrouw

	GHQ (gemiddeld)	SCL-90 (gemiddeld)	BIOPRO (gemiddeld)
<b>Nakomen afspraken</b>			
Alle afspraken nagekomen	14,9	1,9	5,9
Enkele afspraken gemist	16,9	2,2	7,0
Veel afspraken gemist	17,3	1,9	5,9
Alle afspraken gemist	8,9	1,4	4,7
<b>Afronding hulpverlening</b>			
Cliënt verbeterd	15,5	1,9	5,7
Cliënt niet verbeterd	16,7	2,1	8,6
Cliënt beëindigde therapie eenzijdig	17,7	2,1	6,6
Cliënt kwam niet meer opdagen	14,8	1,9	6,7
Cliënt is alsnog ver	15,4	2,1	6,5

In tabel 3.19 staat de relatie weergegeven tussen de initiële scores op de screeningslijsten enerzijds en de therapietrouw anderzijds. Deze tabel laat zien dat er slechts in zeer beperkte mate een relatie bestaat tussen de initiële score op GHQ, SCL-90 en BIOPRO enerzijds en anderzijds de therapietrouw-variabelen. De enige aanwijzing voor een reëel verband is dat de initiële GHQ-scores van cliënten die geen enkele afspraak nakwamen lager liggen dan die van de cliënten die wel enkele of meer afspraken nakwamen. Dit resultaat wordt echter niet teruggevonden in de scores op de SCL-90 en de BIOPRO. Dit resultaat kan daarom niet als veel beteke-



nend worden opgevat. Daarnaast bleek geen significante relatie tussen GHQ, BIOPRO en SCL-90 score en de cliënten-tevredenheid. Ook nu moet geconcludeerd worden dat op basis van de initiële scores op de GHQ, de SCL-90 en de BIOPRO geen uitspraak gedaan kan worden over de manier waarop cliënten het hulpverleningsproces achteraf beoordelen en over de therapietrouw.

Ook nu kan de conclusie zijn dat cliënten met problemen in veel situaties of cliënten met een hoge mate van onwelbevinden niet meetbaar slechter af zijn bij het AMW, wat betreft tevredenheid en therapietrouw, vergeleken met cliënten die problemen in weinig situaties of weinig onwelbevinden ervaren.

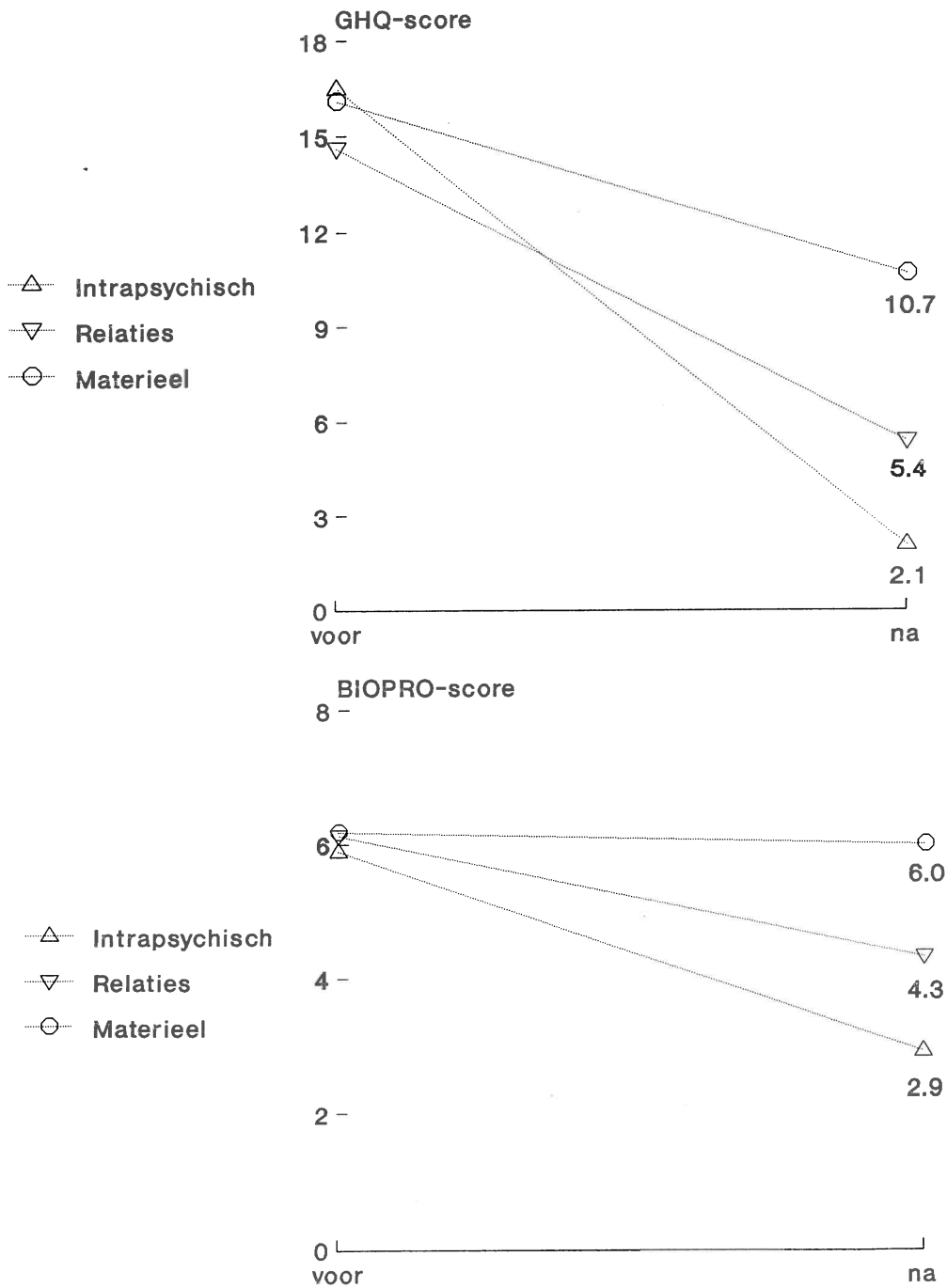
### **Hulpvragen**

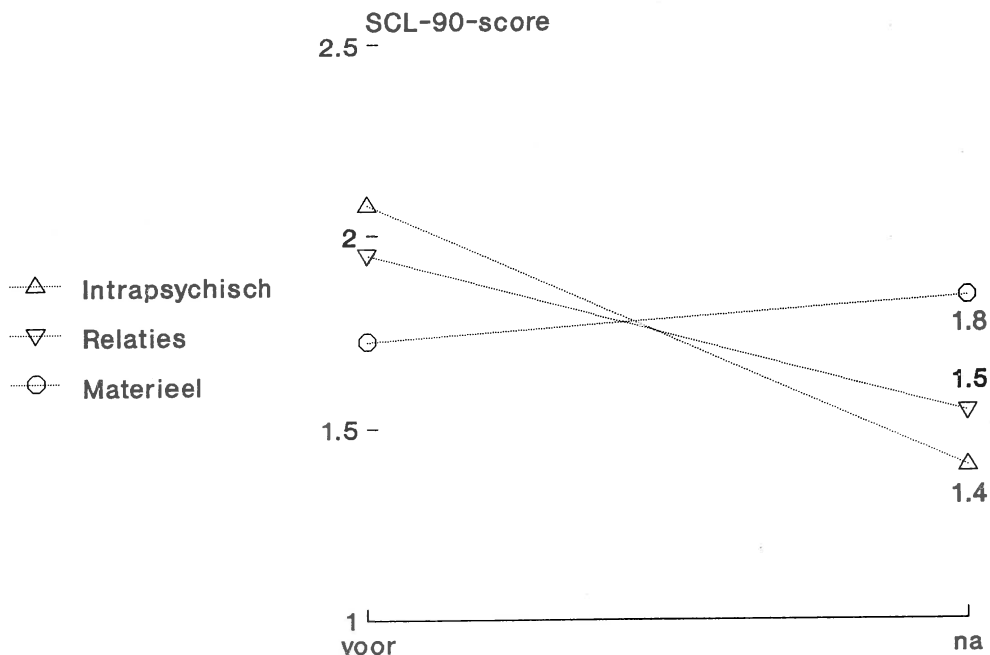
Uit tabel 3.13 was reeds opgemaakt dat een daling te constateren is in de mate van onwelbevinden. Op deze plaats wordt de vraag beantwoord of deze daling in gelijke mate geldt voor de verschillende hulpvragen. In figuur 3.4 staan de scores weergegeven op de GHQ, BIOPRO en SCL-90 van cliënten voor en na afloop van de hulpverlening voor de drie belangrijkste categorieën hulpvragen.

De daling van de mate van onwelbevinden bleek niet altijd dezelfde voor de drie belangrijkste categorieën hulpvragen. De afname voor en na de hulp verschilde significant tussen de categorieën hulpvragen voor de GHQ en de SCL-90. Voor de BIOPRO werd geen significant verschil gevonden in de dalingen tussen de verschillende hulpvraagcategorieën.

Cliënten met hulpvragen met materiële problemen ervoeren de minste veranderingen in mate van onwelbevinden. Cliënten met een materiële hulpvraag onderscheidden zich ook van de anderen met een geringere tevredenheid over de hulp, met een gemiddelde score van 24,9. Cliënten met een hulpvraag met intrapsychische problemen hadden een gemiddelde tevredenheidsscore van 27,9 en cliënten met relatieproblematiek gemiddeld 28,1. De tevredenheidsscores van cliënten met materiële hulpvragen lagen significant onder die van de cliënten met relationele hulpvragen en die van de cliënten met intrapsychische hulpvragen.

Figuur 3.4: Verandering van respectievelijk GHQ-, BIOPRO- en SCL-90- scores voor en na hulpverlening





Een zelfde analyse is uitgevoerd onder cliënten met een vertaalde materiële hulpvraag, onder uitsluiting van de cliënten die zelf een materiële hulpvraag presenteerden. Binnen de groep cliënten die zelf géén materiële hulpvraag presenteerden werden de verschillen en de tevredenheidsscores vergeleken tussen cliënten waarbij de hulpverlener hulp verleende bij materiële problematiek of niet. Cliënten met een vertaalde hulpvraag met materiële problemen onderscheiden zich niet van de andere cliënten in de verschillen op de GHQ, de BIOPRO en de SCL-90. Ook zijn zij niet meer of minder tevreden dan de anderen.

### Demografische variabelen

Het opleidingsniveau vertoonde geen relatie met de mate waarin de problemen afnamen (GHQ, SCL-90 en BIOPRO), noch met de cliënten-satisfactie. Een correlatie tussen opleidingsniveau en de veranderingen in scores van GHQ, BIOPRO, SCL-90 en CSQ werd niet gevonden. Cliënten met een betaalde baan eindigden significant vaker op een lager

---

---

niveau van onwelbevinden (lage scores op GHQ, SCL-90 en BIOPRO) dan de anderen: met name mensen zonder werk, of mensen met een WAO uitkering. Geen significante verschillen werden echter gevonden in de verschildscores van de GHQ, SCL-90 en de BIOPRO voor deze twee categorieën respondenten. Deze discrepantie kan deels verklaard worden door het feit dat het begin-niveau van onwelbevinden onder de cliënten met een betaalde baan iets lager lag dan dat van de anderen, waardoor zij met een vergelijkbare daling in onwelbevinden toch lager uitkomen dan de anderen. Ook werden geen significante verschillen gevonden tussen mensen met en zonder betaalde baan in hun tevredenheid over de hulpverlening.

### **Afstemming tussen de vertaalde hulpvraag op de initiële hulpvraag**

Voor hulpvragen met intrapsychische problemen, relatieproblemen en materiële problemen is de afname in onwelbevinden en tevredenheid met de hulpverlening vergeleken tussen cliënten waarvan de gepresenteerde hulpvraag in dezelfde categorie variabelen viel als de vertaalde hulpvraag versus cliënten waarbij verschillen tussen gepresenteerde en vertaalde hulpvraag werden gevonden. Voor hulpvragen met intrapsychische problemen werden twee analyses uitgevoerd: één analyse waarin de vertaalde hulpvraag voor alle relatieproblemen als niet aansluitend werd gedefinieerd, en één analyse waarin de vertaalde hulpvraag voor relatieproblemen met een intrapsychische component wel en de andere relatieproblemen niet als aansluitend werden gedefinieerd. Geen significante verschillen tussen cliënten met een aansluitende en cliënten met een niet aansluitende hulpvraag werden gevonden. Ook aggregatie over de drie categorieën hulpvragen leverde geen significante verschillen op, noch voor de veranderingen in onwelbevinden noch voor de cliënten tevredenheid.

### **Samenvatting beantwoording nieuwe vragen**

Door de samenstelling van de onderzoekspopulatie kunstmatig te corrigeren voor het selectie-effect dat optrad vanwege de non-respons bleken de cliëntentevredenheid minder hoog en de daling van de mate van onwelbevinden minder sterk te zijn. De veronderstelling lijkt gerechtvaardigd dat onder de cliënten die voortijdig afhaakten (ongeveer 20%) relatief velen zijn die niet tevreden zijn met de hulpverlening of die weinig baat ervaren bij de hulpverlening.

Op verschillende manieren werd geprobeerd de onderzoekspopulatie in groepen in te delen die meer of minder baat bij de hulp hebben gehad. Cliënten met problemen in veel verschillende situaties (volgens de nota

Bouwstenen eigenlijk RIAGG cliënten) waren niet slechter af met de hulpverlening dan cliënten met problemen in minder verschillende situaties. Ook vonden we geen relatie tussen de initiële scores op de GHQ, de SCL-90 en de BIOPRO en de therapietrouw en de cliëntentevredenheid. Demografische variabelen bleken ook geen determinant van cliëntentevredenheid of mate van afname van onwelbevinden. Hetzelfde geldt voor het wel of niet bestaan van een overeenstemming tussen hulpvraag en de vertaalde hulpvraag.

Wel bleken cliënten met een materiële hulpvraag er het op meerdere fronten slechter vanaf te brengen dan de anderen. De daling in scores op de GHQ en de SCL-90 was minder, zij waren ook minder tevreden met de verleende hulp en deze categorie cliënten vertoonde ook de grootste mate van therapie-ontrouw.

### **3.8. Samenvatting en conclusies voor de AMW-cliëntèle**

#### **De hulpverlening**

De AMW-hulpverlener is doorgaans de enige hulpverlener die betrokken is bij een individuele cliënt. Het werk wordt in belangrijke mate gekarakteriseerd met het begrip 'begeleiding'.

De gemiddelde AMW-cliënt wachtte enkele dagen op het begin van de behandeling. De gemiddelde duur van de hulpverlening bij het AMW is ruim vier maanden met daarin acht zittingen.

#### **Verleende hulp en hulpvragen**

AMW-hulpverleners bieden in 2/3 van de gevallen hulp bij problemen uit de hulpvraag van de cliënt. AMW-hulpverleners benoemen in de problemen waarbij hulp werd verleend meer aspecten dan de client deed in de hulpvraag. Vaak betekent dit dat zij ook ingaan op relatieproblemen. AMW-hulpverleners lijken te 'relationaliseren'. Opvallend was dat onder AMW-hulpverleners het identiek zijn dan wel het afwijken van hulpvraag en geboden hulp geen invloed heeft op de afname van de mate van onwelbevinden en de tevredenheid. Het lijkt er op dat AMW-hulpverleners er over het algemeen goed in slagen aan te sluiten bij de hulpvraag van de cliënt, ook al vertaalt de hulpverlener deze hulpvraag anders.

#### **Afname van problematiek**

Voor de AMW-cliënten geldt dat de mate van onwelbevinden en het aantal

situaties waarin problemen werden ervaren in de hulpverleningsperiode is afgenomen. AMW-cliënten die bij de intake gegeneraliseerde problematiek presenteerden (veel problemen in verschillende situaties) hadden niet minder baat bij de verleende hulp vergeleken met cliënten waarvan de problematiek in mindere mate was gegeneraliseerd. Hiermee is de vraag ontkennend beantwoord of cliënten met gegeneraliseerde problematiek bij het AMW in mindere mate aan het juiste adres zijn vergeleken met cliënten met situatie-specifieke problematiek.

#### **Kwaliteit: drop-outs en tevredenheid**

De uitval onder de cliënten (het voortijdig eenzijdig beëindigen van de hulpverlening) van AMW op 20%. Een nadere analyse liet zien dat het uitvalpercentage onder cliënten met een materiële hulpvraag hoger lag (namelijk op 45%) dan voor cliënten met ander hulpvragen.

Ruim de helft van de AMW-cliënten stelt in geval van hulpbehoefte zeker terug te zullen komen. Gemiddeld zijn AMW-cliënten zeer tevreden met de verleende hulp.

#### **Afname van problematiek en cliëntentevredenheid bij een materiële hulpvraag van AMW-cliënten**

Voor cliënten met een materiële hulpvraag geldt de afname in de mate van onwelbevinden en de afname van het aantal ervaren problemen geringer was dan voor de cliënten met relationele of intrapsychische hulpvragen. Ook waren cliënten met een materiële hulpvraag minder tevreden met de verleende hulp en wat het drop-out percentage onder hen groter dan onder cliënten met een andere hulpvraag.

Dat de hulpverlening aan AMW-cliënten met een materiële hulpvraag ongunstig afsteekt bij de AMW-hulp bij andere hulpvragen is een zeer verrassend gegeven. Het verlenen van hulp bij materiële problemen leek het onbetwiste domein van het AMW. En nu blijkt uit dit onderzoek dat de voortijdige uitval van cliënten groot is, dat zij minder tevreden zijn met de verleende hulp en dat bij hun niet of nauwelijks een vermindering valt te constateren in de mate van onwelbevinden. Het ligt in de lijn van de verwachting dat dit onderzoeksresultaat aanleiding zal zijn voor discussie. Gezocht zal worden naar mogelijke verklaringsgronden voor dit fenomeen. Een viertal mogelijke verklaringsgronden die dicht bij dit onderzoek liggen zullen hierna besproken worden en voor zover mogelijk aan de onderzoeksresultaten getoetst.

De mogelijke verklaringen liggen (1) binnen het onderzoek (selectie-effecten

zijn de oorzaak van de bijzondere resultaten) (2) in de aard van de materiële problematiek (materiële problemen zijn niet makkelijk op te lossen), (3) in de verwachtingen van de hulpvrager en (4) binnen de AMW-organisatie.

De eerste mogelijke verklaring is dat de voortijdige uitval onder cliënten met materiële hulpvragen er debet aan is dat de tevredenheidsscore zo laag is en dat nauwelijks tot geen verbetering in onwelbevinden te constateren viel. Met andere woorden: cliënten die baat hadden bij de hulpverlening zijn voortijdig uitgestapt, juist omdat hun problemen opgelost waren. Tegen deze veronderstelling pleit dat de gemiddelde tevredenheidsscores juist lager liggen van AMW-cliënten die consulten voortijdig beëindigden en van cliënten die afspraken niet nakwamen. Daarnaast geldt dat een voortijdige beëindiging niet hetzelfde is als een afgesloten hulpverlenings-traject. Blijkbaar waren de hulpverleners niet van mening dat het 'goed ging' met de cliënt. De eerste verklaringsgrond lijkt dus ongegrond.

De tweede mogelijke verklaring is dat materiële problematiek zich niet makkelijk laat oplossen. Werkloosheid, huurschulden, een lage opleiding en slechte huisvesting behoren tot de harde werkelijkheid, die niet zomaar te veranderen is met hulpverlening. Deze redenering lijkt te kloppen met de onderzoeksresultaten. Ze kan de hoge uitval verklaren: cliënten hebben al snel in de gaten dat 'die AMW-er' niet eventjes zorgt voor een nieuw huis of een baan, en daarom haken ze af. Hetzelfde geldt voor de cliënten die het traject aflopen. Ze hebben tijd geïnvesteerd, die er niet toe heeft geleid dat de problemen echt werden opgelost. Dit leidt niet tot tevredenheid. Deze tweede verklaringsgrond lijkt dus plausibel, maar zal bij nadere beschouwing niet echt welkom zijn. De consequentie van deze verklaringsgrond is dat hulpverlening bij materiële problematiek niet kan werken. Waarom, zou er dan nog hulp worden verleend bij deze problematiek? Om het leven van een AMW-cliënt wat draaglijker te maken? Ook daar lijken de AMW-hulpverleners niet in geslaagd te zijn, gezien de geringe daling van de mate van onwelbevinden.

De derde verklaring, dat het ontbreken van succes samenhangt met de verwachtingen van de hulpvragers lijkt reëler. Vooral ook omdat overwogen moet worden dat onder de cliënten met een relationele of intrapsychische hulpvraag die door de hulpverlener vertaald werd als een materiële hulpvraag geen sprake was van minder gunstige resultaten. Het lijkt mogelijk dat niet zozeer de aanwezigheid van materiële problemen aanleiding is tot een minder gunstig resultaat, maar veelal het presenteren van een hulpvraag met materiële problemen, met de kennelijk daarbij behorende verwachtingen. Het hulpaanbod voldoet wellicht niet aan deze hoog

gespannen verwachtingen van cliënten met een materiële hulpvraag. Hierdoor stappen ze vroeg uit, of raken in mindere mate tevreden. De gebruikte hulpverleningsstrategie bij financiële problemen: cliënten leren zelf hun problemen op te lossen en de verwachting: het AMW zal mijn budgeteringsprobleem wel eens oplossen liggen ver van elkaar af. Het bestaan van een dergelijke discrepantie zou een goede verklaring kunnen zijn van hoger drop-out cijfers en een lagere tevredenheid. Uitgaande van deze redenering dienen vraagtekens gesteld te worden bij het vermogen van AMW-hulpverleners om deze AMW-hulpverleningsstrategie succesvol toe te passen: de effectiviteit van de AMW-er om de cliënt met zich mee te nemen bij de vertaling van het probleem lijkt gering.

De vierde mogelijke verklaring ligt in het verlengde van voorgaande constatering en is dat de AMW-hulpverleners vooral goed zijn (geworden) in het verlenen van hulp bij relatie-problemen en intrapsychische problemen. Een bevestiging voor deze veronderstelling vinden we in het feit dat AMW-hulpverleners relatief vaak relationele aspecten onderkennen aan gepresenteerde problemen. Daarnaast blijkt de hulpverlening bij deze twee categorieën hulpvragen ook het meest effectief en te leiden tot een hoge mate van cliënten-satisfactie. Hulpverlening bij materiële problemen, of beter hulpverlening bij hulpvragen met materiële problemen vraagt blijkbaar een andere deskundigheid dan hulpverlening bij intrapsychische en relatieproblemen. Zou hier sprake zijn van de noodzaak tot specialiseren, omdat de generalistisch georiënteerde AMW-er onvoldoende gespecialiseerd is voor dergelijke specialistische problemen?

De meest voor de hand liggende verklaringsgrond voor de 'slechte' resultaten van het AMW bij materiële hulpvragen is daarom dat cliënten met materiële hulpvragen van een AMW-er iets verwachten wat deze AMW-er niet biedt of wil bieden. Gedurende het proces waarin de hulpverlener de hulpvrager zover probeert te krijgen dat hij de hulpverleningsstrategie van het AMW accepteert en overneemt, stappen vele hulpvragers uit. Hulp verlenen bij materiële problemen, waar de cliënten een verwachting hebben van het hulpaanbod van het AMW dat meer aansluit bij de werkwijze van het AMW leidt daarnaast tot succes.

De AMW-er lijkt over het algemeen goed in staat om een hulpvraag adequaat te vertalen, om een adequaat hulpaanbod te bieden bij hulpvragen met relatieproblemen of intrapsychische problemen. In die gevallen waar hulpvraag en vertaalde hulpvraag niet overeenkwamen, vonden wij geen meer ontevreden cliënten dan in het geval dat hulpvraag en vertaal-



---

---

de hulpvraag wel met elkaar overeenkwamen. Echter, minder effectief blijkt de AMW-hulpverlener te zijn bij het vertalen van de hulpvraag met materiële problematiek in een hulpaanbod. Deze vertaling is vitaal voor de cliënt om van de AMW-hulpverlening gebruik te kunnen maken, en deze vertaling is wellicht ook vitaal om adequaat zelf de materiële problemen op te lossen. Voor de hand zou het liggen om aan het maken van deze vertaling meer tijd en aandacht te besteden. Hier lijkt immers het probleem te liggen? Een dergelijke strategie heeft echter het nadeel dat niet ingegaan wordt op de geformuleerde hulpvraag, met het risico van voortijdig afhaken.



## 4. CONCLUSIES

In dit hoofdstuk worden de conclusies van de beloopstudie onder cliënten geformuleerd. Deze beloopstudie is ernstig gehandicapt door de geringe respons onder RIAGG cliënten. Het bleek ondanks intensieve pogingen van onze kant niet mogelijk voldoende RIAGG-respondenten in deze beloopstudie te betrekken voor het formuleren van betrouwbare conclusies die betrekking hebben op de RIAGG-clieñten. Omdat wij toch zoveel mogelijk willen voldoen aan de onderzoeksopdracht betrekken wij in dit hoofdstuk gegevens over RIAGG-clieñten uit andere studies. Conclusies op basis van de resultaten onder AMW-clieñten die geen evenknie hebben in het onderzoek onder RIAGG-clieñten worden besproken in de laatste paragraaf van hoofdstuk 3. Deze worden in dit 4e hoofdstuk niet herhaald. Daarom wordt op deze plaats naar deze paragraaf verwezen.

Deze beloopstudie bouwt voort op een eerdere studie waarin de volwassen cliëntenpopulaties met psychosociale problemen van RIAGG en AMW met elkaar werden vergeleken rond de intake fase.

In het rapport van dit eerdere onderzoek (2) werd de conclusie geformuleerd dat de verdeling van de volwassen cliëntèle met psychosociale problemen tussen RIAGG en AMW niet verliep conform de afspraken die ooit door hen waren gemaakt in de nota Bouwstenen (1, 3). Twee criteria waren volgens deze nota van belang. Cliënten met situatiespecifieke problemen zijn AMW-clieñten, terwijl cliënten met gegeneraliseerde problemen RIAGG-clieñten zijn. Daarnaast was de afspraak gemaakt dat cliënten met (dreigende) psychopathologie RIAGG-clieñten zijn.

Uit het onderzoek rond de intake fase bleek dat bij een substantieel deel van de volwassen AMW-clieñtèle sprake is van gegeneraliseerde problematiek. Zij verschillen niet van de RIAGG-clieñtèle wat betreft de mate waarin sprake van situatiespecificiteit dan wel gegeneraliseerdheid van de problemen. Ook verschillen zij niet van RIAGG-clieñten in de mate van onwelbevinden. Ten derde vonden wij duidelijke aanwijzingen voor een niet te verwaarlozen hoeveelheid van psychiatrische problematiek onder de AMW-clieñtèle. De conclusie kan getrokken worden dat bij het AMW veel cliënten aankloppen die volgens de afspraken uit de nota Bouwstenen eigenlijk bij de RIAGG zouden moeten zijn.

Valt de AMW-populatie te kenmerken door de veelvormigheid van de aard problemen, de RIAGG-populatie laat zich in veel sterkere mate kenschetsen

als een meer uitgezuiverde populatie wat betreft psychopathologie. Onder RIAGG-cliënten troffen wij een psychiatrische prevalentie van 75% aan.

Voor wat betreft de hulpvragen die de cliënten zelf formuleerden konden slechts betrekkelijk kleine verschillen tussen RIAGG- en AMW-cliënten ontdekt worden. RIAGG-cliënten presenteerden vaker hulpvragen met daarin meer intrapsychische problemen. Het aandeel van deze categorie hulpvragen in het totaal van de RIAGG-hulpvragen was 15%. AMW-cliënten presenteerden vaker materiële problemen in hun hulpvragen. Het aandeel van deze categorie hulpvragen in het totaal van de AMW-hulpvragen was 18%. Het belang van demografische variabelen voor het onderscheid tussen RIAGG- en AMW-cliënten bleek minstens zo belangrijk als de eerder genoemde cliëntkenmerken: AMW-cliënten zijn doorgaans lager opgeleid en hebben minder vaak een betaalde baan.

De meeste AMW-cliënten kwamen op eigen initiatief of op verwijzing door een huisarts, de meeste RIAGG-cliënten waren op verwijzing van een huisarts bij een van de instellingen om hulp gekomen. Wij constateerden geen verschil in mate van onwelbevinden tussen RIAGG en AMW cliënten die door de huisarts waren verwezen.

Met de constatering dat de verdeling van de cliëntèle van RIAGG en AMW niet overeenkomt met de afspraken uit de nota Bouwstenen begonnen wij het tweede deel van ons onderzoek: de beloopstudie. De vraag hierbij was hoe de cliënten in beide type instellingen behandeld werden, hoe de problematiek veranderde en hoe de verleende hulp werd beoordeeld. Bijzondere aandacht zou daarbij gegeven moeten worden aan de vraag hoe het patiënten die "aan het verkeerde" adres (volgens de twee operationalisering uit de nota Bouwstenen) belandden, verder is vergaan. Op deze wijze zouden we kunnen nagaan in hoeverre de gevonden overlap schadelijk is voor de cliënt. Het beloop van hun problematiek en hun oordeel over de hulpverlening wordt gebruikt om een antwoord te geven op de vraag of zij schade hebben ondervonden door aan te kloppen bij het vermeende onjuiste "adres".

Uit het onderzoek tijdens de intake komt een beperking voor deze analyse voort. Het bleek niet mogelijk beide operationalisering uit de nota Bouwstenen ook daadwerkelijk toe te passen ter beoordeling van de vraag of een cliënt 'aan het verkeerde adres' was.

De beperking bij de beschrijving van de veranderingen in de problematiek en de beoordeling van de hulpverlening is in de aanhef van dit hoofdstuk aangegeven. Waar het om RIAGG-cliënten gaat, staan de aantallen ons niet toe om gedetailleerde uitsplitsingen te maken en kunnen alleen

conclusies geformuleerd worden als ze uit andere bronnen bevestigd worden.

Bij het beantwoorden van de vraag naar de gevolgen van het aanbieden van problemen 'aan het verkeerde adres' hebben we ons moeten beperken tot de vraag hoe het AMW-cliënten met gegeneraliseerde problematiek (op het 'verkeerde adres' volgens de nota Bouwstenen) is vergaan in vergelijking met andere AMW-cliënten. Een vergelijking met RIAGG-cliënten met gegeneraliseerde problematiek was niet mogelijk. Geen nader onderzoek hebben we kunnen instellen onder die AMW-cliënten waarbij sprake was van psychopathologie. Het kan zijn dat deze groep relatief oververtegenwoordigd is onder cliënten met gegeneraliseerde problematiek. We weten dit echter niet.

### **Een beschrijving van de start en duur van de hulpverlening**

De gemiddelde AMW-cliënt wachtte enkele dagen op het begin van de behandeling. De gemiddelde duur van de hulpverlening bij het AMW is ruim vier maanden met daarin acht zittingen. De gegevens voor AMW-cliënten komen overeen met de gegevens uit de AMW-registratie (16). Kooi en Donker (17) presenteren een gemiddelde wachtperiode voor RIAGG-cliënten na de intake van 15 dagen. De gemiddelde duur van de hulpverlening bedroeg volgens hun gegevens ongeveer 11 maanden.

### **Drop-outs en tevredenheid**

De uitval onder de cliënten (het voortijdig eenzijdig beëindigen van de hulpverlening) is voor AMW-cliënten 20%. Een relatief hogere drop-out rate werd gevonden onder AMW-cliënten met materiële problematiek.

Kooi en Donker (17) rapporteren een drop-out van 29% van de RIAGG-cliënten.

De gemiddelde tevredenheidsscores voor de AMW-cliënten is 27,3 (tabel 3.16). De Brey (15) rapporteerde een gemiddelde CSQ-score onder RIAGG-cliënten van 25,1. De conclusie lijkt te zijn dat RIAGG-cliënten minder tevreden zijn met de RIAGG-hulpverlening dan AMW-cliënten met de AMW-hulpverlening, terwijl de drop-out onder AMW-cliënten (rond de 20%) lager ligt dan die onder RIAGG-cliënten (rond de 29%).

### **Een vergelijking van AMW-cliënten met gegeneraliseerde problemen en situatie-specifieke problemen**

AMW-cliënten met gegeneraliseerde problematiek onderscheiden zich in het beloop van hun problematiek niet in ongunstige zin van de cliënten met situaties-specifieke problemen. De relatieve afname van de ernst van de

problematiek treedt bij iedere gradatie van gegeneraliseerde problematiek op en wel in dezelfde mate.

De mate waarin AMW-cliënten met gegeneraliseerde problemen voortijdig het hulpverleningsproces afbreken verschilt niet de mate waarin AMW-cliënten met situatie-specifieke problemen dit doen.

De AMW-cliënten die bij aanvang veel problemen tegelijkertijd ervaren zijn niet minder tevreden met de hulpverlening dan degenen die slechts op een of enkele terreinen aangaven problemen te hebben.

### **Conclusie**

In de nota Bouwstenen wordt gepleit voor een onderscheid tussen RIAGG- en AMW-cliënten op basis van twee criteria: de aan- of afwezigheid van (dreigende) psychopathologie en de mate van gegeneraliseerdheid van de problemen.

In onze rapportage van het eerste deel van ons onderzoek betoogden wij dat een onderscheid op basis van de aan- of afwezigheid van psychopathologie onder de cliëntèle van de twee instellingen in de praktijk geen werkbaar onderscheid zal zijn, zolang leken en relatieve leken op het gebied van de psychiatrie voor het grootste deel de cliëntenstroom van beide instellingen bepalen. Van hen mag niet verwacht worden dat zij dit 'specialisten-criterium' feilloos zullen toepassen. Dit neemt niet weg dat de aanwezigheid van psychopathologie een wezenlijk kenmerk is van RIAGG-cliënten. In het rapport "Vragen om problemen" wordt aangetoond dat de RIAGG-cliëntèle voor 75% blijkt te voldoen aan dit criterium.

In deze rapportage van de beloopstudie concluderen wij dat er geen aanwijzing is dat cliënten met problemen in veel verschillende situaties: gegeneraliseerde problemen, minder baat hebben gehad bij de AMW-hulpverlening vergeleken met AMW-cliënten met problemen in minder situaties: situatiespecifieke problemen. Wij vonden geen verschillen in de afname van de mate van onwelbevinden, de uitval en de cliëntentevredenheid tussen deze twee cliëntcategorieën. Dit onderzoek ondersteunt de relevantie niet van het onderscheid tussen AMW- en RIAGG-cliënten naar de mate waarin problemen gegeneraliseerd zijn.

In bijlage 3 in dit rapport zijn de reacties op het eerste rapport weergegeven van de instellingen die bij dit onderzoek zijn betrokken. Deze reacties kenmerken zich doordat getracht is te zoeken naar ordeningsprincipes die niet voortkomen uit de nota Bouwstenen voor de afstemming

tussen RIAGG en AMW dan wel ideeën die neer komen op een veel inniger samenwerking tussen RIAGG en AMW (zie bijlage 3).

De reacties zijn gebaseerd op de door velen uitgesproken veronderstelling dat de werkelijkheid weliswaar niet overeenkomt met de wenselijkheid uit de nota Bouwstenen, maar dat deze werkelijkheid niet echt ongewenst is. Oftewel, er schort iets aan deze nota. Deze reacties hebben bijgedragen aan onderstaande overwegingen.

De AMW-cliëntèle kenmerkt zich door een grote variatie aan problemen. Blijkbaar is het AMW goed bereikbaar voor mensen met veel verschillende problemen. Daarnaast blijken mensen met een lagere sociaal-economische status relatief vaker tot de AMW-cliëntèle te behoren. De hulpverlening van het AMW is er op gericht mensen zo snel mogelijk weer te laten functioneren in hun sociale omgeving, en niet zozeer op het veranderen van de persoon. De vertaalde hulpvragen illustreren dit: de veel voorkomende hulp bij het verwerken van problemen en het accent op hulpverlening bij relatieproblemen.

De RIAGG cliëntèle kenmerkt zich door een veel grotere uitzuivering van de problematiek: bij 75% van de cliënten is sprake van psychopathologie. De mee specialistische hulpverlening aan RIAGG-cliënten lijkt hierop aan te sluiten.

De denkwijze die ten grondslag ligt aan de nota Bouwstenen is gebaseerd op de veronderstelling dat diagnostische categorieën het leidende principe zouden moeten zijn bij het onderscheid tussen AMW en RIAGG. Gezocht zal moeten worden naar andere relevante concepten voor het onderscheid tussen of de afstemming van hulpverlening bij psychosociale problemen die geboden wordt door AMW en RIAGG. Twee 'cliëntkenmerken' komen in aanmerking als aanvulling voor de afspraken uit de nota Bouwstenen. Deze twee kenmerken gelden als een soort modificerende variabele voor de keuze voor hulpverlening bij AMW of RIAGG.

Het eerste 'kenmerk' komt voort uit de constatering dat het best werkende therapeuticum gelegen is in de juiste "match" tussen cliënt en hulpverlener, en dat het soort probleem of therapie dan van secundair belang is. Dit zou een aanvullende basis kunnen zijn voor het verdelen van cliënten over AMW en RIAGG. De gedachte dat persoonlijke 'matching' wellicht een onderdeel kan zijn van een nieuw ordeningsprincipe wat beter aansluit bij de dagelijkse praktijk werd in verschillende regio's gehoord. Misschien dat hierin deels een verklaring gezocht moet worden van het verschil tussen

de cliëntèle van RIAGG en AMW wat betreft de sociaal-economische status. Dit verschil blijkt vooral van belang voor cliënten van de afdeling Psychotherapie: onder hen is in mindere mate sprake van psychopathologie, terwijl zij het bovenste sociaal-economische segment van de RIAGG-clieñtèle vormen. Wellicht dat ook huisartsen een dergelijke redenering hanteren, en hun verwijzing naar AMW of RIAGG niet zozeer van de problematiek laten afhangen, zoals beschreven in de eerste rapportage, maar veel meer van de inschatting van de mate waarin de hulpvrager 'past' bij de betreffende instelling.

Het tweede kenmerk ligt in de overeenstemming tussen hulpvraag en hulpaanbod. Neem als eerste het voorbeeld van iemand met psychiatrische problematiek die moeite heeft met het invullen van een belastingformulier. Deze persoon zou volgens de nota Bouwstenen een RIAGG-clieñt zijn. De hulpvraag en het gewenste hulpaanbod hoort echter typisch thuis bij het AMW. Een diagnose alleen levert niet voldoende aangrijpingspunten voor een behandelplan. Andere factoren dan alleen de diagnose spelen hierbij een rol. Bijvoorbeeld of de cliëñt 'in therapie gaan' wel ziet zitten. Wellicht dat dit kenmerk ook reeds in de praktijk functioneert, waardoor met name de aanwezigheid van cliëñten met psychopathologie of meervoudige problematiek bij het AMW verklaard kan worden. Tegelijk zou dit een goed verklaring kunnen zijn voor hun tevredenheid met de AMW-hulpverlening. Het hulpaanbod kwam goed overeen met hun hulpvraag, ondanks de zwaarte van de problematiek. Overigens kan deze redenering in principe ook omgedraaid worden. Cliëñten, waarbij geen sprake is van psychopathologie volgens de DSM-III classificatie, maar voor wie de oplossing van hun problemen toch in het veranderen van hun intrapsychische functioneren ligt, zouden met hun hulpvraag een betere aansluiting bij het RIAGG-hulpaanbod kunnen vinden. Verondersteld zou kunnen worden dat er cliëñten zijn die meer baat hebben bij een 'fundamentelere' aanpak, die samen zal gaan met een langduriger hulpverleningsproces zoals de RIAGG deze biedt, terwijl andere cliëñten meer baat kunnen hebben bij kortdurende hulpverlening die minder 'fundamenteel' ingaat op de problemen, en vooral gericht is op het zo snel mogelijk weer te laten functioneren van mensen in hun sociale omgeving. Welke cliëñt baat heeft bij welk van deze soorten hulpverlening is uit dit onderzoek echter niet op te maken.

Eén ding is wel duidelijk. De antwoorden in de nota Bouwstenen op de vraag naar de onderlinge afstemming tussen RIAGG en AMW hebben geen algemene geldigheid meer. De vraag naar de onderlinge afstemming



zal gesteld blijven worden zolang er sprake is van twee verschillende instellingen die beide, voor een deel, hulp verlenen bij problemen die zich naar aard en intensiteit niet scherp van elkaar laten onderscheiden. Deze vraag verdient een beter antwoord dan het antwoord uit de nota Bouwstenen. In de bovenstaande paragrafen hebben wij getracht een enkele voorzet te doen. Het woord is wat ons betreft nu weer aan het veld.



## **Bijlage 1 ONDERZOEKSRESULTATEN: RIAGG-CLIËNTEN**

### **Inleiding**

In deze bijlage worden de onderzoeksresultaten van het vervolgonderzoek onder de cliënten van de RIAGG gepresenteerd. Het gaat hierbij om het antwoord op de vragen wat er gebeurd is met de cliënten die om hulp kwamen bij de RIAGG: 'Hoe verandert de problematiek van de cliënten van de RIAGG tijdens de hulpverleningsperiode' en 'hoe tevreden zijn de cliënten over de hulpverlening'. Als eerste zal de onderzoekspopulatie worden beschreven, waarop dit vervolgonderzoek betrekking heeft. Daarna zal het hulpverleningsproces beschreven worden, gevolgd door een beschrijving van de problematiek van de RIAGG-clieñten na afloop van de hulpverleningsperiode, of na een periode van minstens 9 maanden en van hun beoordeling van de kwaliteit van zorg.

Al op deze plaats dient een opmerking gemaakt te worden over de zeer beperkte geldigheid van deze resultaten. De onderzoekspopulatie is drastisch gereduceerd ten opzichte van de uitgangspopulatie. Bij het formuleren van conclusies op basis van deze resultaten zal daarom met grote terughoudendheid te werk gegaan worden.

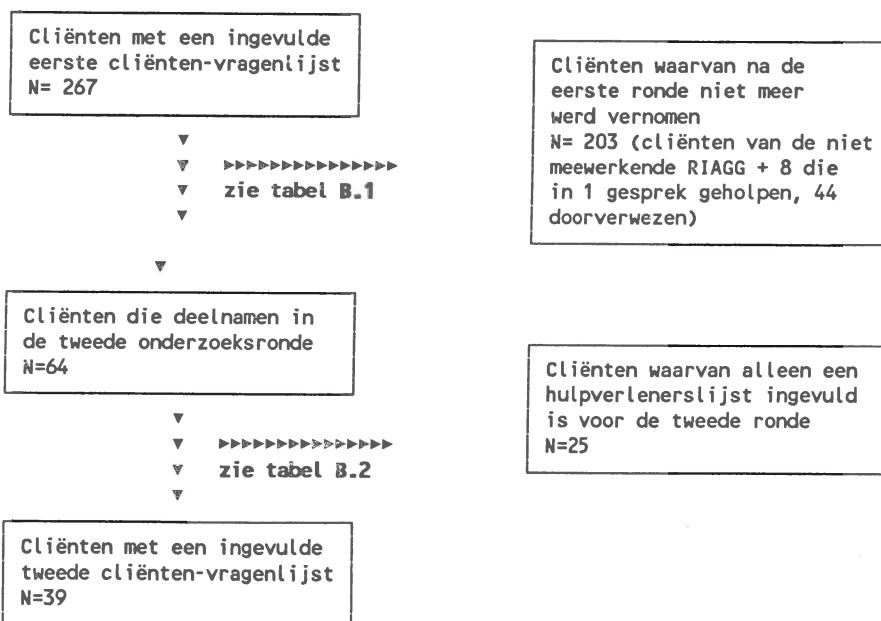
### **B.1. De onderzoekspopulatie**

In het rapport 'Vragen om problemen' (2) werd beschreven welke cliënten met vragen om hulp bij de RIAGG komen. Ondermeer werd geconstateerd dat ongeveer 4% van de cliënten in één gesprek wordt geholpen, en dat 22% wordt doorverwezen. Voor 74% van de cliënten wordt een langduriger contact aangegaan. De onderzoeksresultaten in dit hoofdstuk hebben in principe betrekking op deze 74% van de nieuwe RIAGG-clieñten.

In deze paragraaf wordt nagegaan of de onderzoekspopulatie uit dit vervolgonderzoek afwijkt van de onderzochte cliëntenpopulatie uit het voorgaande onderzoek. Cliënten die meededen aan het eerste onderzoek is bij afsluiting van het hulpverleningsproces gevraagd om ook aan de tweede ronde mee te doen. Echter, om allerlei redenen is de tweede onderzoekspopulatie veel kleiner dan de eerste. In hoofdstuk 2 zijn hier-

voor reeds redenen genoemd.

In deze paragraaf worden de gegevens met elkaar vergeleken van cliënten die wel in de tweede onderzoeksronde zijn vertegenwoordigd en de cliënten die niet in de tweede onderzoeksronde zijn vertegenwoordigd. In onderstaand schema is de verdeling weergegeven van de 267 cliënten met een ingevulde cliëntenvragenlijst in de eerste ronde. Op basis van het percentage van 74% van deze cliënten met een langduriger contact, zou van 198 cliënten een tweede vragenlijst verwacht worden. Op deze manier kan vastgesteld worden in hoeverre de cliënten uit deze tweede ronde representatief zijn voor alle cliënten uit de eerste onderzoeksronde, voor wat betreft de bij ons bekende kenmerken. Niet kan nagegaan worden of de cliënten uit deze tweede onderzoeksronde representatief zijn voor de eerste onderzoeksronde wat betreft niet aan ons bekende kenmerken.



Van 267 cliënten werd in de eerste onderzoeksfase een ingevulde cliëntenvragenlijst ontvangen, terwijl van 74% (198) van hen een tweede vragenlijst werd terugverwacht. Van 64 personen werd in de tweede ronde een cliënten of hulpverlenersvragenlijst ontvangen, dit is een respons van 33%. Van deze cliënten ontvingen we 39 ingevulde cliëntenvragenlijsten: een respons van 20%. Het is duidelijk dat dit bijzonder lage waarden zijn. Deze lage respons en de hieruit resulterende kleine onderzoekspopulatie

staan slechts een zeer terughoudende analyse toe. Dit betekent dat de analyses beperkt worden tot het geven van een beschrijving voor de gehele populatie. Nadere uitsplitsingen, die wel zijn uitgevoerd in hoofdstuk 3, worden achterwege gelaten.

Tabel B.1 Een vergelijking van de cliënten waarvan wel en de cliënten waarvan geen vragenlijst werd geretourneerd voor het vervolg onderzoek

Kenmerken	Wel in vervolgonderzoek N=64	Niet in vervolgonderzoek N=203	Significant Verschil
Geslacht, % vrouwen	69	60	ns
Leeftijd (gemiddeld)	38	36	ns
Burgerlijke staat, %			
Gehuwd	52	43	ns
Gescheiden <sup>14</sup>	13	17	
Weduw(e)(naar)	4	3	
Ongehuwd	32	36	
Wel of geen baan, % Met baan	57	52	ns
Opleiding (%)			
Geen, LO	12	17	ns
LBO	17	28	
MAVO	29	15	
MBO/HAVO/VWO	19	26	
HBO/WO	23	19	
Hulpvragen (%)			
Intrapsychische problemen:			
Symptomen	28	24	ns
Diagnostische labels	4	16	
Meervoudig	15	15	
Relatieproblemen:			
Enkelvoudig	23	18	
Met intrapsychische	9	10	
Somatiek	15	7	
Materieel	0	1	
Rest	6	8	
Scores op probleem-lijsten direct na intake (gemiddeld)			
GHQ	16,2	15,9	ns
BIOPRO	6,3	7,2	ns
SCL-90	2,1	2,3	p<0,05

ns: geen significant verschil

In tabel B.1 wordt onderzocht of de non-respons geleid heeft tot selectie van de onderzoekspopulatie op de demografische kenmerken, de hulpvragen en de scores op de GHQ, SCL-90 en BIOPRO. Alleen de scores op de SCL-90 van de cliënten die aan het vervolgonderzoek meededen liggen onder die van de andere cliënten (met een p-waarde kleiner dan 0,05) . Dit gegeven werd niet gereproduceerd in de vergelijking van de scores op de andere screeningslijsten. Geconcludeerd kan worden dat de non-respons niet of nauwelijks heeft geleid tot een significante selectie van de onderzoekspopulatie op kenmerken die door ons werden geregistreerd bij aanvang van het consult.

In tabel B.2 wordt onderzocht of er een verschil bestaat tussen de cliënten van wie in de tweede ronde alleen een hulpverlenerslijst werd ontvangen en cliënten die zelf een vragenlijst invulden. Cliënten die een tweede vragenlijst invulden lijken iets hoger opgeleid, ook scoren zij lager op de GHQ en de SCL-90.

De vergelijking van de cliënten die twee vragenlijsten invulden met alle anderen leverde een significant verschil op. De initiële score op de SCL-90 voor de cliënten die twee vragenlijsten invulden lag significant lager vergeleken met de scores van cliënten die dit niet deden.

Geconcludeerd kan worden dat zich selectie heeft voorgedaan op een bij ons bekend kenmerk: cliënten die beide vragenlijsten inleverden hadden een lagere initiële score op de SCL-90. In de volgende analyses zal met dit selectie-effect zoveel mogelijk rekening gehouden worden. Op andere bij ons bekende kenmerken, geslacht, leeftijd, het wel of niet hebben van een betaalde baan, en de hulpvragen zijn geen selectie-effecten geconstateerd.

Tabel B.2 Een vergelijking van de cliënten waarvan een vragenlijst werd geretourneerd door de hulpverlener, met cliënten die zelf ook een vragenlijst retourneerden

Kenmerken	Wel een cliënten- vragenlijst N=39	Geen cliënten vragenlijst N=25	Significant Verschil?
Geslacht, % vrouwen	63	77	ns
Leeftijd (gemiddeld)	38	37	ns
Burgerlijke staat, %			
Gehuwd	63	36	ns
Gescheiden	3	27	
Weduw(e)(naar)	6	0	
Ongehuwd	28	36	
Wel of geen baan, % Met baan	59	55	ns
Opleiding (%)			
Geen, LO	7	19	p=0,02
LBO	16	19	
MAVO	19	43	
MBO/HAVO/WVO	29	5	
HBO/WO	29	14	
Hulpvragen (%)			
Intrapsychische problemen:			
Symptomen	29	25	ns
Diagnostische labels	3	6	
Meervoudig	16	13	
Relatieproblemen:			
Enkelvoudig	29	13	
Met intrapsychische	7	13	
Somatiek	13	19	
Rest	3	13	
Scores op probleem-lijsten direct na intake (gemiddeld)			
GHQ	14	18	p=0,05
BIOPRO	6,0	6,7	ns
SCL-90	1,9	2,2	p=0,05

ns: niet significant

## B.2. De geboden hulp

De hulpverlener registreerde verschillende kenmerken van de geboden hulp: de werkvorm, de interventievorm, de mate van samenwerking met andere hulpverleners, de problemen waarbij hulp werd verleend en het beloop van het hulpverleningsproces. In de nu volgende paragrafen komen de resultaten aan bod. Deze resultaten zijn gebaseerd op de respons over 64 cliënten.

### B.2.1. Werkwijze

Tabel B.3 Kenmerken van de verleende hulp aan cliënten van de RIAGG (N=64)

Hulpverleningskenmerken		%
<b>Werkvorm: (*)</b>	Individueel	79
	Echtpaar	21
	Groep	13
	Gezin	2
<b>Interventievorm: (*)</b>	Begeleiding	59
	Algemeen:	
	Informatie en advies	11
	Beschikbaar zijn	6
	Onspanningstechnieken	8
	Bemiddeling	0
	Onderzoek	0
	Met een therapeutisch referentiekader:	
	Systeem-theoretisch	11
	Gedragstherapie	29
	Rationeel-erotief	2
	Psycho-analytisch	4
	Rogeriaanse therapie	6
Medicatie	4	
<b>Samenwerking met anderen:</b>	RIAGG-er was enige hulpverlener	80
	Met huisarts	2
	Met AMW	4
	Anders	14

(\*) Meer dan één antwoord per respondent was mogelijk

In tabel B.3 staan de werkvormen, interventievormen en de samenwerking weergegeven. De individuele hulpverlening is de meest gebruikte werkvorm, gevolgd door het werken met een echtpaar of een groep. Begeleiding is



de meest gebruikte interventievorm, terwijl de gedragstherapie van de interventievormen met een expliciet therapeutisch referentiekader, de meest gebruikte is. Voor de cliënten waarvan bekend is of zij verwezen werden naar de afdeling Psychotherapie dan wel de afdeling Sociale Psychiatrie of de 'Basis-afdeling' bleek het volgende. Voor de cliënten die verwezen werden naar de afdeling Psychotherapie was de interventie vorm vooral gebaseerd op een therapeutisch referentiekader. Voor de cliënten van de andere afdelingen was dit andersom. De meesten van hen ontvingen 'begeleiding'. Door de meeste hulpverleners (80%) wordt niet met een andere hulpverlener samengewerkt.

### B.2.2. De vertaalde hulpvraag

Tabel B.4 De problemen waaraan volgens de RIAGG-hulpverleners is gewerkt en de initiële hulpvragen van deze cliënten in hoofdcategorieën (100%=64)

Hoofdcategorieën	Vertaalde hulpvraag %	Initiële hulpvraag %
<b>Intrapsychisch</b>		
Intrapsychische symptomen	36	28
Diagnostische labels	8	4
Meervoudig	25	15
Totaal	69	47
<b>Relatieproblemen</b>		
Enkelvoudig	6	23
In combinatie met intrapsychische problemen	15	9
Totaal	21	32
Ziekte	2	15
Materieel, Werk	8	0
Rest	2	6

In tabel B.4 staan de hoofdcategorieën weergegeven van de hulpvragen en de vertaalde hulpvraag. Hulpverlening bij intrapsychische problemen is de meest voorkomende categorie (69%), gevolgd door relatieproblemen (21%). Deze trend is in overeenstemming met de gepresenteerde hulpvragen, hoewel in de hulpvragen die de cliënten presenteerden de verschillen in de prevalentie voor de verschillende categorieën minder uitgesproken zijn: intrapsychisch 47% en relationeel 32%.

De analyse laat dus zien dat RIAGG-hulpverleners bij het benoemen van de hulpvraag waar aan gewerkt is vaker dan RIAGG-cliënten gebruik maken van intrapsychische termen.

In tabel B.5 en tabel B.6 staan de initiële en vertaalde hulpvraag bij intrapsychische en relatie problemen weergegeven. Het hieronder gemelde beeld wordt hierin gereproduceerd.

Tabel B.5 Het aandeel van intrapsychische problemen in de vertaalde hulpvraag en de gepresenteerde (100%=64)

Hoofdcategorieën	Subcategorieën	Vertaalde hulpvraag %	Initiële hulpvraag %
Symptomen	Dingen op een rijtje willen hebben	2	2
	Onzekerheid	15	10
	Gespannen, nerveus, overspannen	4	2
	Kan gevoelens slecht uiten	2	
	Andere intrapsychische problemen	13	14
Diagnostische labels	Angsten, fobieën	4	
	Nazorg na psychiatrie	2	
Meervoudige intrapsychische problemen		25	17
Totaal intrapsychisch		67	48

Tabel B.6 Het aandeel van materiële en restproblemen in de vertaalde en gepresenteerde hulpvraag (100%=64)

Hoofdcategorieën	Subcategorieën	Vertaalde hulpvraag %	Initiële hulpvraag %
Enkelvoudig	Eenzaamheid		2
	Problemen tussen partners		12
	Gezinsproblemen	6	
	Anders	-	10
Met intrapsychische problemen	Algemeen	2	10
	Verwerking beëindiging relatie vaste partners	6	-
	Relaties, eigen identiteit, assertiviteit	8	-
	Totaal relatieproblemen	22	34

### **B.2.3. Verloop en afsluiting van de hulpverlening**

De duur van de wachtperiode tussen intake en daadwerkelijke hulpverlening, de duur van de behandeling, de mate waarin cliënten afspraken na zijn gekomen en de wijze van afronden werden door de hulpverleners geregistreerd (tabel B.7).

De gemiddelde wachtperiode die de hulpverleners registreerden was 1 maand. De maximale wachtperiode was 5 maanden. De gemiddelde behandelduur bedroeg 6,7 maanden variërend van minder dan 1 maand tot een enkele uitschieter van 16 maanden. Het gemiddeld aantal zittingen was 12,2 variërend van 1 tot 41.

Ruim de helft (59%) van de hulpverleners is van mening dat de cliënt verbeterd is. Ongeveer een kwart van de cliënten (26%) kwam, naar het zeggen van de hulpverleners, niet meer opdagen terwijl de therapie niet in overleg was beëindigd. Vrijwel in alle gevallen waren de hulpverleners van mening dat de cliënt bij de RIAGG aan het juiste adres was. Voor 26% van de cliënten zijn de hulpverleners van mening dat de problematiek zich waarschijnlijk of zeer waarschijnlijk weer voor zal doen. Voor 40% van de cliënten achten de hulpverleners het onwaarschijnlijk dat de problematiek zich weer zal voordoen.

Tabel B.7 Verloop en afsluiting van het RIAGG-hulpverleningsproces (N=59)

Kenmerken		
Wachtperiode in maanden,	gemiddeld (std.dev.)	1,0 (1,0)
Behandelingsduur in maanden,	gemiddeld (std.dev.)	6,7 (4,5)
Aantal zittingen	gemiddeld (std.dev.)	12,2 (8,7)
Nakomen afspraken door cliënt		
Cliënt kwam alle afspraken na		59%
Cliënt miste enkele afspraken		28%
Cliënt miste vrijwel alle/veel afspraken		12%
Afronding van de hulpverlening		
Samen besloten therapie te beëindigen, cliënt is verbeterd		59%
Samen besloten therapie te beëindigen, cliënt niet verbeterd		4%
Cliënt heeft eenzijdig de therapie beëindigd		13%
Cliënt kwam niet meer opdagen		13%
Cliënt is alsnog verwezen		11%
Achterafbeoordeling juistheid van hulp bij het RIAGG		
Achteraf is het juist dat de cliënt is geholpen bij het RIAGG		94%
Achteraf is het niet juist dat de cliënt is geholpen door het RIAGG		6%
Verwachting van waarschijnlijkheid van recidive binnen een half jaar		
Problematiek zal zich zeer waarschijnlijk weer voordoen		9%
Problematiek zal zich waarschijnlijk weer voordoen		17%
Weet het niet		34%
Onwaarschijnlijk dat problematiek zich weer voor zal doen		34%
Zeer onwaarschijnlijk dat problematiek zich weer voor zal doen		6%

### B.3. Veranderingen in de problematiek

In deze paragraaf worden de veranderingen in de problematiek beschreven.

Van belang hierbij is zich te realiseren dat selectie-effecten een grote rol hebben kunnen spelen bij het tot stand komen van de cijfers. Een indicatie hiervan is reeds gegeven in paragraaf B.1, waar aangetoond is dat de gemiddelde score op de SCL-90 lager ligt voor de cliënten die een tweede vragenlijst inleverden vergeleken met de andere cliënten. Daarnaast blijkt uit tabel B.8 dat er een significant verschil is in de respons wanneer cliënten vergeleken worden in de mate waarin zij afspraken na zijn geko-

men: cliënten die enkele, vele of alle afspraken misten vertonen een zeer lage (19%) respons, terwijl de anderen een hogere (84%) respons vertonen.

Tabel B.8 Responspercentage voor het invullen van een tweede cliënten-vragenlijsten voor RIAGG-clieñten met verschillende mate van therapietrouw (N=64)

	respons (%)
<b>Nakomen van afspraken</b>	
Cliënt kwam alle afspraken na	84%
Cliënt kwam enkele of meer afspraken na	19% ***
<b>Afronding hulpverlening</b>	
Samen besloten therapie te beëindigen, cliënt is verbeterd	59%
Samen besloten therapie te beëindigen, cliënt niet verbeterd	100%
Cliënt beëindigde therapie eenzijdig, of bleef weg	33%
Cliënt is verwezen	50%

\*\*\* significant verschil ( $p < 0,001$ ) in de responspercentages voor de verschillende categorieën van 'nakomen van afspraken'

### B.3.1. Het oordeel van de cliënt en de cliëntentevredenheid

Tabel B.9 laat zien dat 85% van de RIAGG cliënten die een tweede vragenlijst inleverden stellen dat de hulp 'wel wat' of 'aanzienlijk' heeft geholpen. Voor 15% heeft de hulp niet geholpen. De gemiddelde score op dit item is 3,3. Geen significant verschil werd gevonden in de gemiddelde score op dit item voor cliënten die alle afspraken nagekomen zijn vergeleken met cliënten die enkele of meerdere afspraken niet nakwamen.

De gemiddelde score van de RIAGG-clieñten op de tevredenheidslijst met 8 items is 24,6 (std.dev.=4,7). Dit betekent dat deze cliënten gemiddeld 'tevreden' waren met de hulpverlening. De hoogst mogelijke score is namelijk 32. Op basis van de beantwoording van de vraag naar tevredenheid kan geconstateerd worden dat 90% tamelijk of zeer tevreden is met de RIAGG-hulpverlening, terwijl zo een 10% tamelijk tot zeer ontevreden is.

Tabel B.9 Cliëntenoordeel over de verschillende tevredenheidsitems  
(N=39)

	%
<b>Kwaliteit:</b>	
De kwaliteit van de hulp was <b>slecht</b>	5
De kwaliteit van de hulp was <b>matig</b>	7
De kwaliteit van de hulp was <b>goed</b>	64
De kwaliteit van de hulp was <b>uitstekend</b>	23
(gemiddeld: 3,1 (stddev.0,72))	
<b>Aansluiting:</b>	
Heeft <b>beslist niet</b> de soort hulp ontvangen waarop gehoopt	5
Heeft <b>nauwelijks</b> de soort hulp ontvangen waarop gehoopt	13
Heeft <b>in het algemeen wel</b> de soort hulp ontvangen waarop gehoopt	52
Heeft <b>zeker</b> de soort hulp ontvangen waarop gehoopt	31
(gemiddeld: 3,1 (stddev. 0,81))	
<b>Wensen:</b>	
De hulpverlening heeft aan <b>géén van mijn wensen</b> voldaan	5
De hulpverlening heeft aan <b>slechts enkele van mijn wensen</b> voldaan	28
De hulpverlening heeft aan <b>de meeste van mijn wensen</b> voldaan	41
De hulpverlening heeft aan <b>bijna alle wensen</b> voldaan	26
(gemiddeld: 2,9 (stddev. 0,86))	
<b>Aan anderen aanbevelen:</b>	
Ik zou de hulpverlening van het RIAGG <b>beslist niet</b> aan kennissen aanbevelen	3
Ik zou de hulpverlening van het RIAGG <b>waarschijnlijk niet</b> aan kennissen aanbevelen	5
Ik zou de hulpverlening van het RIAGG <b>waarschijnlijk wel</b> aan kennissen aanbevelen	54
Ik zou de hulpverlening van het RIAGG <b>zeker</b> aan kennissen aanbevelen	39
(gemiddeld: 3,3 (stddev. 0,69))	
<b>Voldoende gesprekken:</b>	
Ik heb <b>veel te weinig</b> gesprekken gehad	3
Ik heb <b>niet genoeg</b> gesprekken gehad	11
Ik heb <b>voldoende</b> gesprekken gehad	76
Ik heb <b>ruim voldoende</b> gesprekken gehad	11
(gemiddeld: 2,9 (stddev. 0,57))	
<b>Effectiviteit:</b>	
De hulp heeft de <b>zaak alleen maar verergerd</b>	0
De hulp heeft <b>eigenlijk niet</b> geholpen	15
De hulp heeft <b>wel wat</b> geholpen	44
De hulp heeft <b>aanzienlijk</b> geholpen	41
(gemiddeld: 3,3 (stddev. 0,72))	

---

	%
<b>Tevredenheid over het geheel:</b>	
Ik ben <b>zeer ontevreden</b> over het geheel	3
Ik ben <b>tamelijk ontevreden</b> over het geheel	8
Ik ben <b>tamelijk tevreden</b> over het geheel	51
Ik ben <b>zeer tevreden</b> over het geheel	39
(gemiddeld : 3,6 (stddev. 0,58))	
<b>Weer naar RIAGG hulp:</b>	
Ik zou <b>beslist niet</b> terug willen voor hulp bij het RIAGG	5
Ik zou <b>waarschijnlijk niet</b> terug willen voor hulp bij het RIAGG	13
Ik zou <b>waarschijnlijk wel</b> terug willen voor hulp bij het RIAGG	58
Ik zou <b>zeker</b> terug willen voor hulp bij het RIAGG	24
(gemiddeld: 3,5 (stddev. 0,62))	

---

### **B.3.2. Verschillen in onwelbevinden en enkelvoudigheid of meervoudigheid van problematiek voor en na behandeling**

In tabel B.10 staan de gemiddelde scores op de screeningslijsten en de SCL-90 subschalen weergegeven, van de cliënten voor en na de hulpverlening. Vrijwel alle scores zijn lager na hulpverlening vergeleken met die van voor de hulpverlening.

De invloed van de mate waarin afspraken werden nagekomen op de verschillen is getoetst. Van het toetsen van een verband tussen de verschillen en de initiële SCL-90 score is afgezien, omdat hier het fenomeen regressie naar het gemiddelde een rol kan spelen (zie ook §3.7). Geen significante verschillen werden gevonden in de vergelijking van de verschillen in de scores op de screeningslijsten tussen cliënten die de afspraken wel en niet nakwamen.

Tabel B.10 Veranderingen in mate van onwelbevinden en situatiespecificiteit van problemen van cliënten van RIAGG (N=39)

Screeningslijsten	Voor hulpverlening		Na hulpverlening		Verschil Significant?
	Gemidd.	Stdd.dev.	Gemidd.	Stdev.	
BIOPRO	6,0	3,6	4,5	3,2	*
GHQ-30	14,0	8,3	4,6	6,4	***
SCL-90	1,9	0,6	1,6	0,5	**
Agorafobie	1,8	1,0	1,4	0,6	ns
Angst	2,3	0,9	1,5	0,5	**
Depressie	2,5	0,8	1,7	0,8	**
Somatiek	2,1	0,8	1,5	0,6	ns
Insufficiëntie	2,3	0,8	1,7	0,6	**
Sensitiviteit	2,2	0,8	1,7	0,5	*
Hostiliteit	1,8	0,8	1,4	0,6	*
Slaapproblemen	2,3	1,1	1,6	0,6	***

ns: geen significant verschil; \*: een significant verschil (\*:p<0,05)(\*\*p<0,01)(\*\*\*p<0,001)

#### B.4. Samenvatting en conclusies voor de RIAGG-cliëntèle

De geringe respons onder RIAGG-cliënten voor dit follow-up onderzoek maakt het noodzakelijk grote terughoudendheid te betrachten bij het formuleren van conclusies. Cliënten die twee vragenlijsten invulden hadden een lagere initiële score op de SCL-90 dan de andere cliënten. Ook de responspercentages van cliënten met een lage therapietrouw liggen relatief laag. Wij constateerden echter voor cliënten met een hoge en een lage initiële SCL-90 een daling van de mate van onwelbevinden. Dit is in eerste instantie een geruststellende constatering. Overwogen moet evenwel worden dat op andere cliëntkenmerken, die niet door ons werden geregistreerd, wellicht ook selectie heeft plaats gevonden die mogelijk wel van invloed kan zijn geweest op de uitkomsten van de analyses, dan wel dat de geringe populatiegroottes er niet toe leidden dat significante verschillen tussen de uitgangspopulatie en de populatie die meedoet aan deze tweede onderzoeksrunde werden gevonden terwijl er wel sprake is van selectie. De lage respons-cijfers en deze overweging maken het noodzakelijk uiterst terughoudend te zijn bij het uitvoeren van nadere analyses, zoals analyses die nodig zijn om subgroepen cliënten te ontdekken die meer of minder baat zouden hebben gehad bij de RIAGG hulpverlening. Van dergelijke nadere analyses wordt dan ook van afgezien.



We besluiten dit hoofdstuk met een samenvatting van de onderzoeksresultaten die naar ons oordeel het waard zijn om vermeld te worden.

De RIAGG-cliënt uit ons onderzoek wacht gemiddeld 1 maand op het begin van de hulpverlening. De behandelduur is gemiddeld 6,7 maanden met 12,2 zittingen. Dit zijn cijfers die overeenkomen met cijfers van anderen (17,22). De drop-out rate is 26%. Ook dit cijfer ligt in dezelfde orde van grootte als het cijfer dat Kooi en Donker vonden (17).

De RIAGG-hulpverleners van wie wij in de tweede ronde informatie ontvingen zijn doorgaans de enige hulpverlener van een cliënt, zij werken meestal met een individuele cliënt, terwijl de omschrijving van hun activiteiten in het geval van de cliënten van de afdeling psychotherapie meestal gaat om een interventie vanuit een therapeutisch referentiekader, en voor cliënten voor de afdeling sociale psychiatrie gaat het meestal om begeleiding. RIAGG hulpverleners verlenen vooral hulp bij intrapsychische problemen. Dit doen zij niet alleen in het geval van cliënten met een hulpvraag met intrapsychische problemen, zij doen dit ook in het geval van cliënten met relatieproblemen. In de literatuur hebben wij voor deze onderzoeksresultaten geen externe bevestiging kunnen vinden.

De meeste cliënten uit ons onderzoek zijn van mening dat de hulp die zij ontvingen heeft geholpen. Er is een significante daling in de scores op de BIOPRO, de GHQ en de SCL-90 te constateren. Het gemiddelde tevredenheidsoordeel van de cliënten is als 'tevreden' te benoemen. 90% van de cliënten is tamelijk of zeer tevreden met de verleende hulp, terwijl zo een 10% tamelijk of zeer ontevreden is. De tevredenheidsscores liggen in dezelfde orde van grootte als de scores die de Brey vond onder RIAGG cliënten (15).

## **BIJLAGE 2 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
- 2.6 Verwerking beëindiging vaste relatie
- 2.7 Relatieproblemen vanwege identiteitsproblemen, gebrek aan assertiviteit

### **3. Lichamelijk**

- 3.1 Ziekte, blijvende invaliditeit, handicap, chronische ziekte, niet psychisch
- 3.2 Moeite met ziekte die geconstateerd is
- 3.3 Psychosomatiek
- 3.4 Ziekte + intrapsychische problemen + relatieproblemen

### **4. Materieel**

- 4.1 Financiële problemen
- 4.2 Huisvestingsproblemen
- 4.3 Combinatie van materiële problemen
- 4.4 Combinatie van materiële en relationele problemen
- 4.5 Materiële en intrapsychische problemen
- 4.6 Combinatie van materiële en intrapsychische 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 3 Enkele reacties van de bij het onderzoek betrokken instellingen voor RIAGG en Maatschappelijk werk**

Na het verschijnen van het eerste onderzoeksrapport werd een viertal bijeenkomsten georganiseerd met vertegenwoordigers van RIAGG en AMW uit de regio's waar het onderzoek is uitgevoerd. Tijdens deze bijeenkomsten werd eerst het onderzoek toegelicht, en werden de onderzoeksresultaten besproken. Het laatste onderdeel van deze bijeenkomsten was een discussie over de manier waarop gereageerd kan worden door de betrokken instellingen op de resultaten van dit onderzoek. In deze bijlage worden de verschillende reacties op deze laatste vraag kort beschreven in geanonimiseerde vorm.

Door vrijwel alle deelnemers aan de gesprekken werden de conclusies uit het eerste onderzoeksrapport gedeeld. De verdeling van de volwassen cliëntèle van RIAGG en AMW met psychosociale problemen, met uitzondering van de cliënten van crisisdienst en 24-uur dienst, laten zich niet van elkaar onderscheiden conform de afspraken uit de nota Bouwstenen. Hierop wordt aangevuld dat bijvoorbeeld in het geval van langdurige psychiatrische problematiek het AMW een mogelijk belangrijke taak heeft bij de begeleiding. Ook werd benadrukt dat cliënten die eenmaal bij één instelling terecht zijn gekomen door verwijzing van een huisarts of op eigen initiatief niet graag weer naar een andere instelling worden doorverwezen.

Omdat erkend wordt dat het ordeningsprincipe uit de nota Bouwstenen in de praktijk niet zal kunnen werken, werd de conclusie getrokken dat gezocht moet worden naar een nieuw ordeningsprincipe voor de afstemming van de cliëntèle van RIAGG en AMW. Na deze constatering bleken de gedachtes in de regio's een verschillende kant op te gaan.

In één regio werd gesteld dat de dagelijkse praktijk niet slecht is, hoewel niet conform de afspraken. Gepoogd werd om begrippen te vinden die deze praktijk goed zouden kunnen beschrijven, om zo afspraken te kunnen maken die overeenkomen met de praktijk. Dit bleek zeer moeilijk. Het enige begrip dat stand hield was het begrip 'matching'. Dit houdt in het zoeken naar een zo goed mogelijke afstemming tussen hulpverlener en hulpvrager. Persoonlijke kenmerken van de hulpverlener zoals geslacht en sociaal economische status zouden hierbij een rol moeten spelen. Tijdens de vergadering waar dit idee werd gelanceerd, werd geconcludeerd dat er over de onderlinge afstemming tussen RIAGG en AMW nog flink zal

moeten worden nagedacht, omdat het toch belangrijk is om de onderlinge relatie aan derden uit te kunnen leggen.

In de tweede regio werd het accent niet zozeer gelegd op het nader definiëren van een onderscheid, maar vooral op het zoeken naar vruchtbare manieren van samenwerken. Zo werd de optie naar voren gebracht om te gaan werken aan een gezamenlijk referentiekader voor de intake. Wanneer het lukt om in de intake-fase bij zowel RIAGG als AMW een belangrijk aantal dezelfde elementen te registreren, dan kan onderlinge verwijzing veel meer het karakter hebben van verwijzing binnen één instelling waarna voortgebouwd kan worden op de resultaten van de intake die reeds werd gedaan door een andere hulpverlener. Ook werd de suggestie gedaan om er nadrukkelijker naar te streven het AMW als een soort voorkeur bij psychosociale problemen te laten fungeren. Dit zou zover kunnen gaan dat AMW-ers, mogelijk ondersteund door RIAGG-medewerkers, een belangrijk deel van de hulp bij psychosociale problemen gaat leveren. Deze hulp zou een sterk programmatisch karakter kunnen hebben. Zo zou het AMW kunnen functioneren als voortraject van de GGZ, waarbij gesteld wordt dat dit niet ten koste mag gaan van de laagdrempeligheid van het AMW.

In de derde regio is de vraag naar het werkelijke en praktische onderscheid tussen RIAGG en AMW aan de orde geweest. Hier kwam naar voren dat het onderscheid niet zozeer ligt in de problematiek van de cliënt, maar vooral in de werkwijze bij de hulpverlening. Bij een zelfde problematiek is het AMW vooral erop gericht mensen weer te laten functioneren in hun wijk of buurt, terwijl de RIAGG hulpverlening vooral gericht is op het intrapsychische functioneren. Wellicht dat dit deels een verklaring is voor de verschillen in sociaal economische status tussen RIAGG en AMW cliënten. Cliënten uit een lagere sociaal-economische klasse ligt een werkwijze wellicht beter die direct gericht is op het dagelijks functioneren in wijk of buurt, terwijl door cliënten uit een hogere sociaal-economische klasse de aandacht voor het intrapsychische functioneren meer gewaardeerd wordt. Verder blijkt dat in concrete situaties waar RIAGG en Maatschappelijke werk vertegenwoordigers nauw en dagelijks met elkaar samenwerken een goede vorm van samenwerking en afstemming mogelijk te zijn.

In de vierde regio wordt aangegeven dat de nota Bouwstenen opgesteld zou zijn vanuit een psychodynamische optiek. In het onderzoek wordt bij de diagnostiek van de problematiek geen gebruik gemaakt van deze optiek, maar wordt uitgegaan van het neo-kreapliniaanse paradigma

(23,24,25). Het stellen van een diagnose binnen deze psychodynamische optiek is echter nog meer een zaak van deskundigen dan het stellen van een diagnose binnen het neo-kreapliniaanse paradigma. Het is uitgesloten dat een dergelijke diagnose gesteld kan worden door leken of huisartsen. De volgende aanvulling op de nota Bouwstenen werd belangrijk gevonden. De nota Bouwstenen is opgesteld vanuit de gedachte dat verschillen in diagnostiek samen moeten leiden tot hulpverlening bij een andere instelling. Dit is duidelijk niet voldoende. Neem het voorbeeld van iemand met psychiatrische problematiek die moeite heeft met het invullen van een belastingformulier. Deze persoon zou volgens de nota Bouwstenen een RIAGG-cliënt zijn. De hulpvraag en het gewenste hulpaanbod hoort echter typisch thuis bij het AMW. Een aanvulling op de nota Bouwstenen zou dus bestaan uit een aanvullende 'diagnose' waar ook aangeven wordt wat het geschikte hulpaanbod is voor een cliënt. Bij deze nadere 'diagnose' kunnen ook andere factoren een rol spelen. Bijvoorbeeld of de cliënt 'in therapie gaan' wel ziet zitten.

## Literatuur

1. JOINT, NVAGG. Bouwstenen algemeen maatschappelijk werk en ambulante geestelijke gezondheidszorg. Den Bosch: Joint en Utrecht: NVAGG, 1987
2. Friele, R.D., Verhaak, P.F.M. Vragen om problemen: een onderzoek onder de volwassen cliënten van RIAGG en AMW. Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, Utrecht 1991.
3. JOINT, NVAGG. Bouwstenen algemeen maatschappelijk werk en ambulante geestelijke gezondheidszorg. Den Bosch: Joint en Utrecht: NVAGG, 1987
4. Levois, M., Nguyen, T.D., Attkisson, C.C. Artifact in client satisfaction assessment: experiences in community mental health settings. *Evaluation and Program Planning*; 4, 1981, pp. 139-150.
5. Tjhuis MAR, Verhaak PFM, Wennink HJ. Psychosociale problemen in de huisartsenpraktijk. NIVEL, februari 1991.
6. 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
7. ARRINDEL, W.A., J.H.M. ETTEMA. SCL-90. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1986
8. HOSMAN, C.M.H. Psychosociale problematiek en hulpzoeken: een sociaal-epidemiologische studie ten behoeve van de preventieve geestelijke gezondheidszorg. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1983
9. 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
10. HODIAMONT, P., N. PEER, N. SYBEN. Epidemiological aspects of psychiatric disorder in a Dutch health area. *Psychological Medicine*; 17, 1987, p. 495-505
11. 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
12. 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
13. 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
14. D'ARCY, C. Prevalence and correlates of nonpsychotic psychiatric symptoms in the general population. *Canadian Journal of Psychiatry*; 27, 1982, p. 316-324
15. Brey JHC de, Peereboom S. Onderzoek naar tevredenheid bij RIAGG-clients. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 64(1986)39-43

16. Brey H de, A cross-national validation of the client satisfaction questionnaire. *Evaluation and Program Planning* 6(1983)395-400
17. Kooi,R., Donker,M. Cliënten over de RIAGG. Ontwerp en afname van een vragenlijst voor kwaliteitsbeoordeling door cliënten. NcGv, Utrecht 1991.
18. MARASCUILO, L.A., M. MCSWEENEY. Nonparametric and distribution-free methods for the social sciences. Monterey: Brook/Cole publishing company inc., 1977
19. Potting JAL, Het AMW in beeld 1989. Jaarrapport 1989, Bunnik: VIVAM december 1990
20. Lebow J.L. Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment: a review of findings. *Evaluation and Program Planning*; 6, 1983, p. 211-236
21. Bökkerink, R., Wensing, M. Onderzoek naar tevredenheid onder cliënten van de regionale instelling maatschappelijk werk Oss. Wetenschapswinkel Nijmegen, 1990
22. Nederlandse Vereniging Voor Ambulante Geestelijke Volksgezondheid, NVAGG. Statistisch zakboekje 1988. Utrecht: NVAGG 1989
23. KLERMAN, G.L. Psychiatric diagnostic categories: issues of validity and measurement. *Journal of Health and Social Behavior* 30(1989)26-32
24. MIROWSKY, J., ROSS, C.E. Psychiatric diagnosis as reified measurement. *Journal of Health and Social Behavior* 30(1989)11-25
25. Klerman GL. Paradigm shifts in USA psychiatric epidemiology since world war II. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 20(1990)27-32