

Samenwerking tussen maatschappelijk werk en gezondheidszorg
in de eerstelijns

D. Kersten

april 1985

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsge-
zondheidszorg NIVEL
Postbus 1568 3500 BN Utrecht
telefoon: 030-319946

13-10-1970
BIBLIOTHEEK
NEDERLANDS
INSTITUUT
VOOR ONDERZOEK
VAN DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDZORG
NIVEL

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Kersten, D.

Samenwerking tussen maatschappelijk werk en gezondheidszorg
in de eerste lijn / D. Kersten. - Utrecht : Nederlands in-
stituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
NIVEL. - Ill., graf.

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-005-6

SISO 601.51 UDC 614.2+364.4

Trefw.: eerstelijnsgezondheidszorg / maatschappelijk werk.

Voorwoord

Dit onderzoek is uitgevoerd in de periode tussen mei 1984 en mei 1985 met subsidie van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

In het onderzoek is met behulp van cliëntenregistratiegegevens nagegaan of er verschillen geconstateerd kunnen worden in het functioneren van algemeen maatschappelijk werkers die werkzaam zijn binnen en buiten gestructureerde samenwerkingsverbanden met de eerstelijnsgezondheidszorg.

Begeleidingscommissie:

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur:
Mevrouw C.J. de Boer-van Schaik, opgevolgd door
de heer J.R. Kraan (voorzitter).

AMW-instellingen:

De heer B. van der Schalie (PSC, Amsterdam)
Mevrouw A. Menger (SSIMW, Den Haag).

JOINT:

De heer H. de Jong
De heer P. de Weerd.

NIMAWO:

De heer H. de Graaf.

Vanuit het NIVEL werd deelgenomen door:

De heer D. Kersten
De heer P.F.M. Verhaak.

Onderzoeksteam:

De heer J. Gravenstein - (data-invoer)
De heer D. Kersten - (onderzoekswerkzaamheden)
De heer F. Mulder - (research-assistentie)
Mevrouw A.C.A.M. Verweij - (secretariaat)

Het verslag dat voor u ligt is als volgt opgezet:

- hoofdstuk 1 en 2 geven te zamen een redelijk compleet beeld van dit onderzoek, zonder dat op details wordt ingegaan;
- hoofdstuk 3 tot en met 6 kan men beschouwen als verantwoording voor de in hoofdstuk 1 en 2 gepresenteerde resultaten, conclusies en aanbevelingen.

In het onderzoek zijn twee delen te onderscheiden: een kwantitatief deel, waarin de analyse van de cliëntenregistratiegegevens heeft plaatsgevonden, en een kwalitatief gedeelte waarin uitvoerende maatschappelijk werkers zijn geïnterviewd naar aanleiding van de resultaten van het kwantitatieve onderzoeksdeel. De resultaten van de analyses zijn te vinden in hoofdstuk 5; in hoofdstuk 6 wordt verslag gedaan van de gehouden interviews.

	pag
1. SAMENVATTING EN DISCUSSIE	1
2. AANBEVELINGEN	24
3. VRAAGSTELLING EN ONDERZOEKSOPZET	28
3.1. Vraagstelling	28
3.2. Algemene onderzoeksopzet	32
3.3. Cliëntenregistratie-systemen	35
3.4. Schriftelijke enquête over samenwerking	36
3.5. Aggregatie van cliëntenregistratiegegevens	43
3.6. Achtergrondkenmerken van de maatschappelijk werker, zijn werkgebied en caseload	47
3.7. Multiple Classificatie Analyse	51
4. OPERATIONALISATIE VAN SAMENWERKINGSVORMEN	54
4.1. Onderscheiden van samenwerkingsvormen	54
4.2. Verbanden tussen samenwerkingsvorm en andere verklarende variabelen	59
4.3. Contrôle op de samenstelling van groepen wèl en niet-samenwerkers	60
5. RESULTATEN VAN HET KWANTITATIEVE ONDERZOEKSDEEL	63
5.1. Inleiding	63
5.2. Kenmerken van de caseload	64
5.3. Instroom van cliënten	75
5.4. Samenwerking tijdens de hulpverlening	83
5.5. Wijze van beëindiging van het contact en instroom van cliënten	95
5.6. Problematiek waaraan gewerkt is	103
5.7. Methode van hulpverlening	111
5.8. Caseload-verschillen	116
5.9. Duur en omvang van de hulpverlening	121
5.10. Verhouding direct-indirect cliëntgericht werk	129
5.11. Tijd besteed aan samenwerking AMW-ELGZ	137
6. RESULTATEN VAN HET KWALITATIEVE ONDERZOEKSDEEL	145
LITERATUUR	157

- BIJLAGE 1: Geautoriseerde verslagen van de afzonder- 159
lijke interviews
- BIJLAGE 2: Vragenlijst over samenwerking tussen AMW en
ELGZ
- BIJLAGE 3: Aggregatieschema van de cliëntenregistratie-
gegevens (los verkrijgbaar bij het NIVEL)

1. SAMENVATTING EN DISCUSSIE

De positie van het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) ten opzichte van de eerstelijnsgezondheidszorg (ELGZ) staat de laatste jaren nogal ter discussie. Een deel van het AMW heeft gekozen voor nauwe samenwerkingsrelaties met huisartsen en wijkverpleging. Deze groep neemt zitting in gezondheidscentra, participeert in hometeams, of gaat andersoortige samenwerkingsrelaties aan. Zij verwachten positieve gevolgen van de samenwerking. Samenwerking leidt in deze gedachtengang tot een betere afstemming van de hulpverlening door de verschillende disciplines. Dit voorkomt dat mensen die klachten hebben waaraan psychosociale problemen ten grondslag liggen ten onrechte langs medische weg worden behandeld.

Tegenover deze voorstanders van samenwerking staat een ander deel van de maatschappelijke dienstverlening, dat vooral negatieve gevolgen verwacht van een nauwe samenwerking. In één woord kunnen we deze gevolgen aanduiden als 'medicalisering' van de maatschappelijke dienstverlening. Medicalisering is een ruim begrip waarmee in de praktijk alle negatieve gevolgen van overheersing van de medische sector op de maatschappelijke dienstverlening worden aangeduid.

De op stapel staande Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening geeft aan dat de overheid streeft naar een integratie van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening.

Een gemeenschappelijk wettelijk kader moet bijdragen tot versterking van de eerstelijns, waardoor mensen langer buiten de dure en meer onpersoonlijke tweedelijnszorg kunnen blijven.

Het onderzoek waarvan we hier de belangrijkste resultaten presenteren, hebben we uitgevoerd tegen de achtergrond van de hiervoor in het kort geschetste ontwikkelingen. De discussie in het AMW over wèl of niet samenwerken wordt gevoerd op grond van eigen ervaringen en vermeende algemene gevolgen. De inzichten die aldus verkregen worden, zijn nooit met behulp van systematisch onderzoek getoetst. In deze studie willen we met dit onderzoek een begin maken en cijfers aandragen voor een meer op feiten gebaseerde discussie.

In het onderzoek gaan we uit van de huidige praktijk waarin een deel van de werkers in het AMW werkzaam is binnen structurele samenwerkingsverbanden met de ELGZ, terwijl een ander deel dergelijke relaties niet onderhoudt. Deze variatie maakt het mogelijk om wat meer aan de weet te komen over de gevolgen van een structurele samenwerking AMW-ELGZ voor het functioneren van maatschappelijk werkers. Het functioneren van maatschappelijk werkers onderzoeken we daarbij op basis van **de cliënten-registratiegegevens**. De meeste maatschappelijk werkers in Nederland vullen namelijk per cliënt een formulier in met daarop een aantal standaard-gegevens. Aan de hand van deze gegevens kunnen we inzicht krijgen in een aantal aspecten van het functioneren van maatschappelijk werkers. In de eerste plaats betreft dat de contacten tussen het AMW en andere hulpverlenende instanties. We denken dan aan: de instroom in het AMW (welke hulpverleners verwijzen naar het AMW), de instanties met wie de maatschappelijk werker samenwerkt tijdens het hulpverleningsproces, en de uitstroom uit het AMW (naar welke hulpverleners verwijst de maatschappelijk werker).

Verder is uit de cliëntenregistratie informatie af te leiden over de problematiek van de cliënt, de gehanteerde methode van hulpverlening, de omvang van de caseload, kenmerken van de cliënten, en duur en omvang van de hulpverlening. We kunnen stellen dat we daarmee informatie hebben over de belangrijkste kenmerken van de hulpvraag, het hulpaanbod en de hulpvrager.

Een voorstudie op het huidige onderzoek (Verhaak, '84) wees uit, dat de cliëntenregistratie redelijk betrouwbaar inzicht verschaft in alle hier genoemde aspecten van het functioneren van maatschappelijk werkers.

In het onderzoek waarvan we hier verslag doen baseren we ons niet alleen op de cliëntenregistratiegegevens. In het kader van het onderzoek is een samenvatting van de resultaten voorgelegd aan vijftien uitvoerende maatschappelijk werkers. Daarna zijn interviews met hen gehouden waarin hun eigen ervaringen en inzichten zijn afgezet tegen verwachte en gevonden verschillen in het registratiemateriaal.

Aan het onderzoek is meegewerkt door 68 van de 80 AMW-instellingen die participeren in het cliënten-registratiesysteem van de JOINT. Omdat de vier grote steden niet in dit materiaal vertegenwoordigd zijn, en omdat voor een goed beeld hun registratiegegevens onmisbaar zijn, is tevens de medewerking verzocht en ook gekregen van drie grootstedelijke instellingen.

Het gaat hier om de Stichting Samenwerkende Instellingen Maatschappelijk Werk in Den Haag (SSIMW), het Protestants Sociaal Centrum in Amsterdam (PSC) en de vereniging het Samenwerkingsproject in Amsterdam.

In de begeleidingscommissie die aan het onderzoek is toegevoegd hadden vertegenwoordigers van PSC, SSIMW en JOINT zitting. Verder maakten vertegenwoordigers van het NIMAWO en van het Ministerie van WVC deel uit van deze commissie.

Medio 1984 is aan de maatschappelijk werkers van de aan het onderzoek deelnemende instellingen gevraagd om een **schriftelijke vragenlijst** in te vullen. 85% van de verzonden vragenlijsten is teruggestuurd. In deze enquête zijn in de eerste plaats vragen gesteld over de wijze waarop en de intensiteit waarmee de werker samenwerkt met de ELGZ. Ook zijn vragen gesteld over de hoeveelheid tijd die hij naar schatting besteedt aan zogeheten direct cliëntgericht werk en aan diverse vormen van indirect cliëntgericht werk (beleid, bestuur, administratie, deskundigheidsbevordering, samenwerking, etc.). Tot slot zijn vragen gesteld die bedoeld zijn om de maatschappelijk werker en zijn werkgebied globaal te kunnen karakteriseren.

Deze informatie is nodig om bij het toetsen van verschillen tussen maatschappelijk werkers die wèl en die niet geregeld samenwerken met de ELGZ rekening te kunnen houden met achtergrondverschillen. Het gaat dan bijvoorbeeld om verschillen in sociale achterstand van de gebieden waar zij werkzaam zijn en de mate van verstedelijking van het werkgebied. Deze achtergrondverschillen zouden de verschillen op grond van de samenwerkingssituatie kunnen doorkruisen. In dit onderzoek is bij het analyseren van verschillen gecorrigeerd voor de achtergrondkenmerken door middel van een daartoe geëigende statistische techniek: de Multiple Classificatie Analyse.

Doordat het codenummer van de maatschappelijk werker in de

cliëntenregistratie op de vragenlijst was vermeld, konden de vragenlijstgegevens in verband gebracht worden met de cliëntenregistratiegegevens. Op deze wijze kon een bestand van gegevens worden opgebouwd waarin per maatschappelijk werker de voor het onderzoek benodigde gegevens vastgelegd zijn. Dergelijke gegevens bleken uiteindelijk redelijk compleet beschikbaar voor ruim 550 (algemeen) maatschappelijk werkers.

Om verschillen in het functioneren van wel en niet met de ELGZ samenwerkende maatschappelijk werkers te kunnen nagaan, was een gecompliceerde voorbewerking van de registratiegegevens nodig. (Er zijn cliënten-registratie-gegevens uit 1983 gebruikt.) Deze bewerkingen waren extra ingewikkeld, omdat de gegevens afkomstig waren van drie verschillende registratiesystemen te weten die van JOINT, PSC en SSIMW. De databewerking had ten doel de registratiegegevens, die gegevens van de cliënten bevatten, om te zetten in kenmerken die het functioneren van maatschappelijk werkers beschrijven.

Essentieel is in het onderzoek het onderscheid tussen maatschappelijk werkers die wèl en die niet gestructureerde samenwerkingsrelaties onderhouden met de ELGZ. Dit is nagegaan aan de hand van een vraag in de enquête of maatschappelijk werkers **wel of niet 'geregeld' samenwerken met de ELGZ**. 'Geregeld' betekent hier dan dat de samenwerking geregeld is in de zin dat er vaste afspraken over bestaan en ook dat samenwerking in de praktijk regelmatig plaatsvindt. Een ander criterium waaraan men moet voldoen om tot de categorie geregelde samenwerkers te behoren is, dat de samenwerking inhoudelijk gezien betrekking moet hebben op de bespreking van individuele cliënten. Uiteraard kunnen er daarnaast wel andere zaken aan de orde komen in de samenwerkingsbesprekingen.

Als we bovengenoemde criteria hanteren, dan blijkt dat zo'n 40% van de respondenten in dit onderzoek niet werkzaam is binnen geregelde samenwerkingsverbanden met de ELGZ. Voor de andere 60% blijkt dit wel op te gaan. Maken we op basis van de gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek een schatting, dan komen we ongeveer op dezelfde verhoudingen uit (Sociaal Cultureel Kwartaalbericht, '84, pagina 3). De aantallen wèl en niet-samenwerkers in het onderzoek lijken de landelijke situatie dus goed te weerspiegelen.

Uit de voorstudie op het huidige onderzoek kwam naar voren, dat het onderscheid tussen wel of geen geregelde samenwerking met de ELGZ belangrijk is in het AMW. Daarnaast is er echter ook nog sprake van een ander onderscheid als het gaat om met de ELGZ samenwerkende maatschappelijk werkers. Het gaat dan om de **hulpverleningsbenadering** van waaruit de maatschappelijk werker samenwerkt met de ELGZ. Enerzijds is er dan de **buurtgerichte** benadering waarin een buurtgerichte aanpak van de problemen voorop staat. Maatschappelijk werkers die deze benadering hanteren willen uitdrukkelijk voor bewoners uit de gehele buurt toegankelijk zijn. Afhankelijk van de problematiek die zich in een buurt voordoet zullen zij samenwerkingsverbanden aangaan met andere instanties: het opbouwwerk, het sociaal cultureel werk, de gemeentelijke sociale dienst, etc., etc., en ook de gezondheidszorg. Aan de andere kant zijn er maatschappelijk werkers die een benadering voorstaan waarin de nadruk ligt op **integratie van de hulpverlening** door maatschappelijk werkers, huisartsen en wijkverpleegkundigen. Afstemmen van de zorg van verschillende disciplines en het overhevelen van verantwoordelijkheden naar het collectief van hulpverleners staat hier centraal. Als consequentie richten deze maatschappelijk werkers zich dan op de gezamenlijke cliënten-/patiënten-populatie van het samenwerkingsverband van werkers uit het AMW en de ELGZ.

Bij het maken van het onderscheid tussen de buurtgerichte en de geïntegreerde benadering gaat het om twee criteria. Het ene criterium is de mate waarin AMW en ELGZ zich richten op gelijke doelpopulaties, dat wil zeggen veel of weinig gemeenschappelijke patiënten/cliënten hebben. Het andere criterium ligt in het onderscheid, dat men òf uitsluitend geregeld samenwerkt met de gezondheidszorg ('alleen' gezondheidszorg), òf dat men daarnaast ook geregeld overleg heeft met andere hulpverleners zoals het opbouwwerk, sociaal cultureel werk, de wijkagent de gemeentelijke sociale dienst, pastores, etcetera ('ook' gezondheidszorg). Maatschappelijk werkers met een buurtgerichte benadering werken dan 'ook' samen met de gezondheidszorg, terwijl hun doelpopulaties maar een kleine overlap vertonen met die van de ELGZ (in de praktijk minder dan 50% gemeenschappelijk cliënten/patiënten). De werkers met de geïntegreerde benadering vallen precies in het andere uiterste: zij werken 'alleen' samen met de gezondheidszorg en zij hebben een

grote overlap (50% of meer) van doelpopulatie met de ELGZ. Dit is echter de theorie. In de praktijk blijken op grond van de gegevens van dit onderzoek, naast de twee genoemde, nog twee varianten voor te komen die we zouden kunnen aanduiden als mengvormen. Er is namelijk ook nog een derde categorie werkers die 'alleen' samenwerken met de gezondheidszorg bij een kleine overlap van doelpopulatie met de ELGZ. En ook een vierde samenwerkingsvorm blijkt in de praktijk voor te komen die bestaat uit werkers die een grote overlap van doelpopulatie met de ELGZ hebben, terwijl ze 'ook' samenwerken met de gezondheidszorg.

In de praktijk blijken op grond van de genoemde criteria dus vier samenwerkingsvormen voor te komen in plaats van twee, en het onderscheid geïntegreerde tegenover buurtgerichte hulpverleningsbenadering is daarmee weinig eenduidig geworden: althans op basis van de genoemde criteria, is de tweedeling in het huidige onderzoek niet te maken. Voor de goede orde zij nogmaals vermeld, dat alle vier de samenwerkingsvarianten 'geregeld' samenwerken met de ELGZ, in de betekenis zoals we die eerder hebben besproken.

Het bovenstaande heeft tot gevolg gehad, dat we verschillen hebben bestudeerd tussen maatschappelijk werkers die wèl en niet geregeld samenwerken met de ELGZ, maar dat we ook de verschillen tussen de vier samenwerkingsvarianten geanalyseerd hebben. In de samenvattende bespreking van verschillen die we hier presenteren, zullen we ons echter om wille van de duidelijkheid hoofdzakelijk tot de verschillen tussen wèl en niet samenwerkers beperken. Slechts incidenteel zullen we in de bespreking verschillen op grond van overlap van doelpopulaties van AMW en ELGZ naar voren halen, of ingaan op verschillen tussen 'alleen' en 'ook' samenwerken met de ELGZ. Heel vaak bleken de verschillen die tussen de vier samenwerkingsvarianten gevonden werden, namelijk slechts moeizaam te interpreteren. Dit komt, omdat het moeilijk is voor te stellen voor welke typen van maatschappelijk werkers de vier theoretisch onderscheiden samenwerkingsvarianten in de praktijk staan.

We zullen hieronder tot een bespreking van de gevonden verschillen overgaan. Daarbij gaan we eerst successievelijk in op de verschillende aspecten van het functioneren van maatschappelijk werkers. Per onderdeel zullen we ook reacties

vanuit de interviews weergeven. Aan het eind van dit stuk zullen we de zaak globaler beschouwen waarbij ook meer algemene, uit de interviews naar voren gekomen reacties op het onderzoek, aan bod zullen komen.

Voor we tot bespreking van verschillen overgaan, willen we hier nog een algemene opmerking maken. Als overzichtscijfers worden gepresenteerd, dan kunnen die afwijken van de jaarcijfers van de afzonderlijke registratiesystemen. Daarvoor zijn verschillende redenen. De belangrijkste daarvan is dat de gegevens afkomstig zijn uit verschillende registratiesystemen. Dat geeft uiteraard op zich al afwijkende percentages ten opzichte van de afzonderlijke systemen. Maar daar komt nog bij dat als gevolg van verschillen tussen de systemen soms niet op dezelfde wijze gepercentageerd kon worden als in de afzonderlijke jaaroverzichten gebruikelijk is.

Instream in het AMW

De cliënt zelf (59%) en de huisarts (17%) zijn de belangrijkste initiatiefnemers voor contacten met het AMW. Andere instanties sturen maar weinig cliënten door en zijn daarom niet interessant om in het onderzoek naar verschillen tussen wél en niet-samenwerkers te betrekken. In verband met deze verschillen wordt wel de veronderstelling geuit, dat samenwerking met de ELGZ tot gevolg heeft dat minder cliënten op eigen initiatief contact opnemen met het AMW. Tegelijkertijd, zouden dan naar verhouding meer cliënten naar het AMW worden verwezen door de huisarts.

Tot op zekere hoogte wordt deze veronderstelling bevestigd door de resultaten van het huidige onderzoek. Samenwerkers krijgen een bijna dubbel zo groot deel van hun cliënten (20%) via de huisarts dan niet-samenwerkers (11%).

Wat verder blijkt is, dat samenwerkers weer meer cliënten via de huisarts binnen krijgen, als ze grotendeels voor dezelfde doelpopulatie werken als de huisarts.

De grotere instroom via de huisarts gaat in de praktijk echter slechts voor een klein deel ten koste van de contacten op eigen initiatief van de cliënt. In dit opzicht is er namelijk wel een verschil in die zin dat samenwerkers bij een kleiner deel van hun caseload (58%) contacten op eigen initiatief zien dan niet-samenwerkers (61%). Dit verschil is echter relatief klein. Als we niet rekenen in percenta-

ges van de caseload van de maatschappelijk werker, maar in absolute aantallen cliënten, dan zijn er geen aanwijzingen, dat de instroom via de huisarts echt ten koste gaat van de instroom op initiatief van de cliënt zelf. De grotere instroom via de huisarts gaat dus hooguit in geringe mate gepaard met minder contacten op eigen initiatief van de cliënt. Zoals verderop zal blijken hebben samenwerkers echter niet meer cliënten dan niet-samenwerkers. De grotere instroom via de huisarts gaat dus vooral ook ten koste van de andere, 'kleine' verwijzers naar het AMW.

Een ander punt is, dat als we afzien van de contacten op initiatief van de cliënt zelf, de huisarts ook voor niet-samenwerkers de belangrijkste bron van cliënten is.

Kortom: samenwerking met de eerstelijnsgezondheidszorg heeft tot gevolg dat meer cliënten via de huisarts bij het AMW komen, maar dit gaat nauwelijks gepaard met minder cliënten die contact zoeken op eigen initiatief.

Uit de interviews wordt het resultaat ten aanzien van de instroom van cliënten in grote lijnen bevestigd. Soms lijken de verschillen wat extremer: bij hechte samenwerking tussen AMW en ELGZ krijgt de maatschappelijk werker echt het leeuwendeel van zijn cliënten via de huisarts, en dit gaat dan uiteraard wel ten koste van de contacten op initiatief van de cliënt zelf.

Samenwerking tijdens de hulpverlening

Bij meer dan de helft van hun cliënten (59%) werken maatschappelijk werkers tijdens de hulpverlening op een of andere wijze samen met andere hulpverleners. Kijken we naar de gevallen waarin wordt samengewerkt (waarbij meer dan één samenwerkingspartner bij één cliënt kan voorkomen), dan blijkt dat een vijfde deel van alle samenwerking plaatsvindt met de huisarts. Andere belangrijke samenwerkingspartners zijn de gemeentelijke sociale dienst, het categoriale maatschappelijk werk, en de geestelijke gezondheidszorg, die elk ongeveer een tiende van alle samenwerkingsgevallen voor hun rekening nemen. Met collega-maatschappelijk werkers wordt blijkens de cliëntenregistratiegegevens in het algemeen maar zelden samengewerkt tijdens het hulpverleningsproces (3% van alle samenwerkingsgevallen). We spreken dan over samenwerking in de zin van co-therapie en niet over andere vormen van samenwerking.

Maatschappelijk werkers die een geregelde samenwerkingsrelatie onderhouden met de eerstelijnsgezondheidszorg werken vaker samen tijdens het hulpverleningsproces. Nadere analyse wijst uit, dat dit geheel voor rekening komt van een praktisch dubbel zo intensieve samenwerking met de huisarts (25% ten opzichte van 13% bij niet-samenwerkers). Daarbij geldt dan nog, dat samenwerking met de huisarts extra vaak voorkomt, als AMW en ELGZ zich grotendeels richten op dezelfde doelpopulaties (oplopend tot bijna één derde deel van alle samenwerkingsgevallen). Tot zover beantwoordt het resultaat geheel aan wat men zou kunnen verwachten.

Voor zover die verwachtingen inhouden, dat de intensievere samenwerking met huisarts in de plaats komt van de samenwerking met andere instanties, vinden we daar in onze resultaten nauwelijks bewijs voor. Alleen ten aanzien van de samenwerking met het categoriale maatschappelijk werk vinden we een verschil in die zin dat samenwerkers wat minder vaak met categoriale werkers samenwerken dan niet-samenwerkers.

Kortom: maatschappelijk werkers die functioneren binnen een geregeld samenwerkingsverband met de ELGZ werken vaker samen met een huisarts gedurende het hulpverleningsproces, maar niet of nauwelijks minder frequent met andere categorieën hulpverleners.

Uit de interviews komt naar voren, dat de samenwerkingscontacten met de huisarts veelal niet erg intensief zijn. Dit houdt dan uiteraard nog niet in, dat ze onbelangrijk zijn. Tot een intensieve samenwerking met een afgestemd hulpverleningsplan komt het alleen bij enkele echt 'moeilijke' gevallen.

In de interviews wordt verder het belang benadrukt van consultatie geven door de maatschappelijk werker aan de huisarts. Dit komt bij een goed lopende samenwerking steeds vaker voor. Daardoor stijgt, zo stelt men, bij de huisarts de kennis van de sociale kaart en daardoor zou hij ook gericht gaan verwijzen.

Beëindiging van het contact met het AMW

Als we kijken naar de wijze waarop de beëindiging van het contact door de maatschappelijk werker in de cliëntenregistratie gekenmerkt wordt, dan blijkt dat op het tijdstip van

beëindiging tweederde van de hulpverleningsgevallen is afgerond. Van de rest wordt ongeveer de helft verwezen en de andere helft valt in de categorie voortijdige beëindiging. Ten aanzien van de verschillen tussen samenwerkers en niet-samenwerkers blijkt, dat samenwerkers iets meer hulpverleningen als afgerond bestempelen, maar het verschil loont niet de moeite om er diep op in te gaan (2% op een totaal gemiddelde van 66%).

Kijken we alleen naar de verwijzingen, dan zien we dat het meest frequent verwezen wordt naar de geestelijke gezondheidszorg (5% van alle cliënten). De tweede plaats wordt ingenomen door het categoriale maatschappelijk werk (3%). Er zijn geen belangrijke verschillen tussen samenwerkers en niet-samenwerkers in de verwijzingspatronen. De huisarts speelt voor beide categorieën maatschappelijk werkers nauwelijks een rol.

Kortom: De verwijzingspatronen van wèl en niet-samenwerkers verschillen over het geheel genomen niet.

Uit de interviews komt naar voren, dat zeker de samenwerkende maatschappelijk werkers nogal eens tegen hun cliënten zeggen: ga er ook eens met je huisarts over praten. Dit is echter geen verwijzing in de zin van de cliëntenregistratie, omdat daar alleen van verwijzing sprake is, als de maatschappelijk werker de hulpverlening afsluit met een verwijzing.

Problematiek

Hier willen we kijken naar alle problemen waaraan maatschappelijk werkers met hun cliënten werken, waarbij één cliënt meer dan één probleem kan hebben. In de eerste plaats zijn dat psychische problemen (22% van alle problemen). Met psychische problemen bedoelen we dan problemen in verband met verwerking, eenzaamheid, identiteit, verslaving en andere psychische problemen. Verder onderscheiden we de volgende categorieën problemen: inkomen/besteding (13%), huisvesting (13%), relatie tot de partner (12%), relatie ouder-kind (10%) en echtscheiding (7%).

Ten aanzien van de verschillen tussen samenwerkers en niet-samenwerkers is de problematiek waarmee de hulpverle-

ners geconfronteerd worden met name één van de punten waarop men verschillen verwacht. In een publicatie van de JOINT, 'Maatschappelijk werk in samenwerking' (1982), concludeert men op basis van literatuurstudie en interviews met maatschappelijk werkers uit samenwerkingsverbanden met de eerstelijnsgezondheidszorg het volgende:

- bij samenwerkers is de invalshoek voor de hulpvraag vaker psycho-somatische klachten;
- aan samenwerkers wordt minder vaak hulp gevraagd bij financiële problemen.

In dit onderzoek hebben we geen verschillen geanalyseerd in de wijze waarop de klachten gepresenteerd worden bij de aanvang van de hulpverlening. We onderzoeken verschillen in de problemen waaraan gewerkt is. De voorstudie voor dit onderzoek echter wees uit, dat er praktisch nooit verschil is tussen beide in de cliëntenregistratie.

Nu terug naar de hiervoor vermelde verwachtingen. In dit onderzoek vinden we relatief kleine verschillen tussen samenwerkers en niet-samenwerkers, als het om de problematiek gaat. Het enige verschil dat enigszins van belang is, is een verschil in het vóórkomen van problemen die verband houden met de relatie tot de partner.

Samenwerkers krijgen iets meer met deze relatieproblemen te maken dan niet-samenwerkers (respectievelijk 13% en 11%).

Als we de 'psychosociale invalshoek bij de hulpvraag' in de bovengenoemde veronderstellingen mogen vertalen in de aanwezigheid van psychische problemen, dan zien we daarin op grond van de huidige cijfers dus geen verschillen van enige betekenis. Ook ontbreken systematische verschillen tussen wel en niet-samenwerkers als het gaat om het vóórkomen van financiële problemen.

In één bijzonder type samenwerkingssituatie zien we overigens wel wat minder inkomens- en bestedingsproblematiek. Dat is het geval als het AMW zich op dezelfde doelpopulatie richt als de huisarts en zich bovendien in zijn samenwerkingsrelaties speciaal richt op de gezondheidszorg. Het gemiddelde percentage inkomens- en bestedingsproblematiek ligt dan enkele percenten lager.

Kortom: Als we de resultaten op een rijtje zetten, dan concluderen we dat op basis van de cliëntenregistratiegegevens geen consequente patronen van grote verschillen tussen samenwerkers en niet-samenwerkers worden gevonden, waar het

gaat om de problematiek van hun cliënten. Iets minder relatieproblematiek bij niet-samenwerkers en bij een zeer nauwe samenwerking iets minder financiële problemen; dat zijn de enige verschillen.

Een aantal samenwerkers bevestigt tijdens de interviews, dat zij meer te maken krijgen met psychosociale problemen en minder met advieswerk. Benadrukt wordt dan echter, dat dat alles te maken heeft met de organisatie van het werk. Het advieswerk wordt dan bijvoorbeeld behartigd via een open spreekuur van de instelling, of via een goede relatie met sociale raadslieden, MAIC's, en dergelijke.

Methode van hulpverlening

Als we de methoden van hulpverlening die maatschappelijk werkers hanteren, bestuderen, dan zien we dat begeleiding de meeste gebruikte methode is. (we kijken dan naar de frequentie waarmee methoden gebruikt worden waarbij meer dan één methode per cliënt gehanteerd kan zijn; in de praktijk loopt dit overigens meestal één op één.) Begeleiding maakt iets minder dan de helft uit van alle gebruikte methoden. In een vijfde van alle gevallen kiest men voor het geven van informatie en/of advies als methode van hulpverlening. Bemiddeling voor de cliënt en vooral het verlenen van concrete diensten behoren tot de methoden die naar verhouding wat minder vaak gebruikt worden, terwijl groepswerk slechts sporadisch voorkomt.

Als het gaat om de verschillen die men zou verwachten in de frequentie waarmee methoden gehanteerd worden, dan zouden we het volgende kunnen verwachten. Samenwerkers hanteren vaker begeleiding en minder vaak informatie en advies (en eventueel ook minder bemiddeling).

Samenwerkers zouden immers minder geconfronteerd worden met materiële problemen die met informatie en advies opgelost kunnen worden. Daarentegen zien zij juist wat meer psychosociale en psychosomatische problemen die in aanmerking komen voor begeleiding.

We zien deze verschillen maar ten dele terug in de feiten, zoals die naar voren komen uit de cliëntenregistratiegegevens. Samenwerkers maken inderdaad wat vaker gebruik van begeleiding. Begeleiding zien we in 48% van de gevallen bij samenwerkers ten opzichte van 43% bij niet-samenwerkers.

Daarmee is het verschil wel duidelijk aanwezig, maar niet echt groot te noemen.

Verder blijken er geen aanwijzingen voor systematische verschillen, dus ook niet in de mate waarin informatie en advies gebruikt wordt als methode van hulpverlening.

Kortom: samenwerkers maken wat intensiever gebruik van begeleiding, maar dat gaat niet gepaard met een systematisch minder frequente hantering van bepaalde andere methoden

Het resultaat zoals hier gevonden is sluit goed aan bij wat we zagen ten aanzien van de problematiek: geen grote verschillen in de problemen waar wel en niet-samenwerkers mee te maken krijgen. Dan zou het vreemd zijn, als er plotse-ling wel grote verschillen werden gevonden in de methode van hulpverlening.

Verschillen in aantallen cliënten

In 1983 hebben maatschappelijk werkers die aan de JOINT-clieñten-registratie deelnemen gemiddeld genomen 54 afgesloten lange hulpeenheden. Dit cijfer geeft uitdrukkelijk niet een compleet beeld van de totale caseload, want daarin komen ook hulpverleningsepisoden voor die doorlopen naar het volgend jaar en ook ontbreken zogeheten korte contac-ten. De aantallen afgesloten hulpeenheden vormen echter wel een geschikte basis voor de analyse van verschillen. Alleen is dan nog enige correctie nodig. In het aantal van 54 af- gesloten hulpeenheden per maatschappelijk werker is name-lijk nog geen rekening gehouden met eventuele parttime- dienstverbanden van maatschappelijk werkers, en langdurige afwezigheid door ziekte en dergelijke. Rekenen we het aan- tal om naar een 40-urige werkweek en een volledig werkjaar, dan komen we op 69 hulpeenheden. In onze cijfers vormen de afgesloten hulpeenheden zo'n 69% op het totaal van alle hulpeenheden. Daarmee zou het totaal aantal afgesloten en niet-afgesloten hulpeenheden per full-time, uitvoerend maatschappelijk werker uitkomen op honderd. De JOINT pre- senteert in haar publicatie 'Het AMW in beeld 1983' een ge- middeld cijfer van 94 hulpeenheden. Dit cijfer is afkomstig uit een telefonische enquête. De aantallen lijken redelijk met elkaar in overstemming.

Voor maatschappelijk werkers in Amsterdam en Den Haag lig- gen de cijfers wat hoger dan bij de instellingen die het

JOINT-systeem hanteren. Dit komt omdat daar meer korte informatie- en adviescontacten in het registratiesysteem worden opgenomen. Het gemiddelde aantal afgesloten hulpeenheden bedraagt daar voor de correctie gemiddeld 72 en na de correctie 94.

In de reeds eerder aangehaalde publicatie van de JOINT 'Maatschappelijk werk in samenwerking' is de veronderstelling te vinden, dat maatschappelijk werkers in de eerstelijnsgezondheidszorg grotere aantallen cliënten zullen bereiken en dat ze ook sneller worden geholpen. Op dit laatste punt komen we later terug onder het kopje 'duur en omvang van de hulpverlening'.

Hoewel de achtergrond van genoemde veronderstelling niet expliciet wordt aangegeven, lijkt de gedachtengang aan te sluiten bij een andere wel geuite suggestie, namelijk dat samenwerkers meer direct cliëntgericht werk doen. Dat impliceert dat zij meer cliënten zouden hebben.

Nu de resultaten van dit onderzoek. De JOINT-gegevens laten in ruwe vorm inderdaad het verwachte verschil zien: niet-samenwerkers hebben gemiddeld 50 afgesloten hulpeenheden en samenwerkers 57. Dit verschil van 7 hulpeenheden verdwijnt echter helemaal na omrekening van de caseload naar een 40-urige werkweek en een volledig werkjaar. Als we de cijfers verder aanpassen aan een denkbeeldige situatie waarin elke maatschappelijk werker al zijn tijd aan direct cliëntgericht werk besteed, dan ook zien we geen systematische verschillen. Bij Amsterdam en Den Haag zien we helemaal geen verschillen van betekenis; ook niet ten aanzien van de ruwe cijfers.

Kortom: Na enige elementaire correctie bestaan er geen systematische verschillen in de omvang van de caseload van wel en niet-samenwerkers.

In de interviews blijkt men zich over het geheel genomen goed in dit resultaat te herkennen. De indruk bestaat, dat de verschillen in het functioneren van wel en niet-samenwerkers tegen elkaar wegvallen, als het gaat om het aantal cliënten. Bijvoorbeeld tegenover het meer direct cliëntgericht werken staat een intensievere samenwerking met de gezondheidszorg bij samenwerkers.

Kenmerken van de cliënten

Uit de cliëntenregistratiegegevens kunnen een aantal kenmerken worden afgeleid om de caseload-samenstelling van een maatschappelijk werker te beschrijven. In de eerste plaats is in alle registratiesystemen de leeftijd van de oudste cliënt uit de hulpeenheid bekend. Op basis van deze cijfers is de gemiddelde leeftijd 41 jaar. (Als we de cijfers uit de JOINT-publicatie 'Registratiegegevens 1983' omrekenen naar een gemiddelde leeftijd, komen we uit op 39 jaar.)

Verder kunnen we voor de hulpeenheden die uit één persoon bestaan kijken naar het percentage vrouwelijke cliënten; dit ligt op 65%. (Volgens de JOINT-publicatie gaat het om 57% vrouwelijke cliënten.) Ook het aantal cliënten per hulpeenheid is bekend, zodat we het percentage 'eenpersoonshulpeenheden' kunnen berekenen. Dit komt uit op gemiddeld 65%. Ook is in twee van de registratiesystemen bekend of de cliënten al eerder contact hadden met het AMW van deze instelling. Gemiddeld blijkt dit in 28% van de gevallen zo te zijn. Ook is bekend wat de belangrijkste bron van inkomsten van de cliënt (of de partner) is, zodat we konden vaststellen dat gemiddeld voor 54% van de cliënten van een maatschappelijk werker een uitkering de belangrijkste bron van inkomsten is.

Ten aanzien van alle hiervoor genoemde kenmerken zijn we nagegaan of er verschillen bestaan tussen wel en niet-samenwerkers. Duidelijke verwachtingen ten aanzien van verschillen zijn er, voor zover ons bekend, op deze punten niet.

Wat wel eens gesuggereerd wordt, is, dat samenwerkers via de huisarts vooral beter gesitueerde cliënten krijgen met psychosociale problemen. Mensen in een zwakke maatschappelijke positie zouden vaker met materiële problemen naar het AMW komen waar met informatie en advies op kan worden ingegaan. Samenwerkers zouden dan aan dit type cliënten minder toekomen.

Op basis van het cijfermateriaal vinden we geen verschillen in de leeftijds- en geslachts-samenstelling van de caseload tussen samenwerkers en niet-samenwerkers.

Terzijde blijkt overigens, dat vrouwelijke maatschappelijk werkers gemiddeld 10% meer vrouwelijke cliënten hebben dan hun mannelijke collega's.

Wel- en niet-samenwerkers verschillen in zijn algemeenheid niet in het percentage 'eenpersoonshulpeenheden'; alleen samenwerkers die grotendeels voor dezelfde doelpopulatie werken als de ELGZ hebben wat minder 'eenpersoonshulpeenheden'; zij hebben wat meer echtparen, ouders met kinderen, etc. in hun caseload.

Bij niet-samenwerkers blijkt een iets groter deel van de cliënten reeds eerder contact te hebben gehad met de betreffende AMW-instelling, maar dat geldt dan alleen voor de cliënten van maatschappelijk werkers met een voortgezette opleiding. Bij de niet-samenwerkende maatschappelijk werkers met een opleiding op sociale-academie-niveau zien we dit verschil helemaal niet. De achtergronden van dit verschil zijn op het eerste gezicht niet duidelijk.

Een interessant verschil zien we in het percentage cliënten in de caseload wat een inkomen heeft op basis van een uitkering: voor niet-samenwerkers ligt dat wat hoger (57%) dan voor samenwerkers (53%). Het verschil is het grootst, als AMW en ELGZ zich voor het grootste deel op dezelfde doelpopulatie richten. Dit grootste verschil bedraagt dan zo'n 9% bij een totaal-gemiddelde van 54%. Voor de goede orde willen we hier nog vermelden, dat in deze cijfers onder andere een correctie heeft plaatsgevonden voor de sociale achterstand en ook voor de mate van verstedelijking van het werkgebied van de maatschappelijk werkers. Dus daar kunnen de verschillen niet zonder meer aan worden toegeschreven. Overigens blijkt, dat de urbanisatiegraad wel behoorlijk sterk van invloed is op het percentage uitkeringsgerechtigden: met het toenemen van verstedelijking stijgt het percentage uitkeringsgerechtigden in de caseload aanzienlijk (51% op het platteland tegenover 59% in steden vanaf 100.000 inwoners).

Kortom: het belangrijkste verschil in de caseload-samenstelling van wel en niet-samenwerkers lijkt het iets lagere percentage uitkeringsgerechtigden bij samenwerkers. Het verschil is in zijn algemeenheid niet groot, maar neemt wel toe als AMW en ELGZ zich richten op dezelfde doelpopulatie.

In de interviews herkent men zich over het algemeen niet in dit resultaat. Gesteld wordt, dat vooral het type buurt waar je voor werkt bepaalt wat voor cliënten er komen.

Duur en omvang van de hulpverlening

De duur van de hulpverleningsepisoden in het AMW kunnen we in het kort als volgt karakteriseren: grofweg één derde deel duurt korter dan een maand, iets minder dan één derde deel duurt langer dan een maand, maar niet langer dan een half jaar, en de rest bestaat uit contacten van een half jaar of langer. Daarbij moeten we aantekenen dat contacten die langer duren dan één jaar maar betrekkelijk weinig voorkomen. Verder nemen de contacten korter dan één maand in de cijfers een wat bijzondere positie in, omdat korte informatie- en advies-contacten in het registratiesysteem van SSIMW en PSC eerder geregistreerd worden dan in het JOINT-systeem. Kijken we naar de omvang van de hulpverlening in termen van het aantal contacten met de cliënt en laten we daarbij de éénmalige contacten buiten beschouwing (de registratie daarvan verschilt per registratiesysteem), dan blijkt dat één derde deel van de hulpverleningsgevallen twee of drie contacten beslaat. Het overige, twee derde deel bestaat uit hulpverleningsgevallen waarin vier of meer contacten met de cliënt hebben plaatsgevonden.

Verwachtingen over verschillen vinden we in de reeds eerder aangehaalde JOINT-publicatie. Zij spreken de verwachting uit, dat de cliënten van samenwerkers sneller geholpen kunnen worden. Als men hiermee bedoelt dat minder contacten nodig zijn, of kortere hulpverleningsepisoden, dan vinden we daar in ons materiaal geen aanwijzingen voor. In algemene zin vinden we geen verschillen tussen wel- en niet-samenwerkers in de maten die we gehanteerd hebben om de duur en omvang van de hulpverlening in uit te drukken. Daarbij moeten we aantekenen dat we de verschillen hebben bestudeerd over het totaal van alle probleemsoorten en niet per probleemsoort. In specifieke gevallen zouden dus in principe wel verschillen kunnen bestaan, alhoewel dit niet zo waarschijnlijk is. Eerder bleek namelijk, dat de verschillende probleemsoorten praktisch gelijkelijk door wel en niet-samenwerkers gesignaleerd worden.

Kortom: geen grote verschillen in duur en omvang van de hulpverlening tussen wel en niet-samenwerkers.

In de interviews herkent men zich veelal wel in dit resultaat.

Direct cliëntgericht werk

We hebben de aan het onderzoek deelnemende maatschappelijk werkers gevraagd om een schatting te maken van het percentage van hun werktijd dat ze besteden aan direct cliëntgericht werk. Dit houdt verband met het feit, dat het functioneren van samenwerkers meer in het teken zou staan van de directe hulpverlening aan individuele cliënten. Niet-samenwerkers daarentegen benaderen de problematiek minder individueel en leggen het accent meer op wat we misschien kort mogen aanduiden als een aan het opbouwwerk verwante aanpak. Het gevolg is dat de activiteiten van de niet-samenwerkers veel minder tot uitdrukking zouden komen in de cliëntenregistratiegegevens. De gegevens hebben immers alleen betrekking op de hulpverlening aan individuele cliënten.

De schattingen wijzen uit, dat maatschappelijk werkers gemiddeld 69 procent van hun werktijd, dus zeg maar ruim tweederde deel, besteden aan direct cliëntgericht werk. Omdat onder andere door de bezuinigingen van de laatste jaren in het maatschappelijk werk deze tijdsbesteding feitelijk heel anders zou kunnen zijn dan in de gewenste situatie, hebben we ook gevraagd naar het percentage direct cliëntgericht werk in een, zeg maar, ideale situatie. Dit percentage komt uit op 67 procent en is daarmee wel iets, maar niet noemenswaardig lager.

Nu de verschillen die we gevonden hebben op basis van ons cijfermateriaal. Allereerst blijken samenwerkers en niet-samenwerkers niet te verschillen in de veranderingen die ze willen van de feitelijke naar de gewenste situatie. In de verschillen die we vinden in de percentages feitelijk en gewenst direct cliëntgericht werk zien we eigenlijk ook geen recht-toe-recht-aan verschillen op basis van wel of niet samenwerken. Er is wel een verschil tussen wel en niet-samenwerkers, maar dat geldt eigenlijk alleen maar voor niet-samenwerkers met een voortgezette opleiding. Deze maatschappelijk werkers hebben het laagste percentage direct cliëntgericht werk in de feitelijke en ook in de gewenste situatie. In de feitelijke situatie is dit percentage 8 procent lager dan dat van hun collega's met sociale academie die eveneens niet geregeld samenwerken met de ELGZ.

Het is de vraag of we dit mogen uitleggen als een scherpere

taakverdeling waarbij VO-ers vooral de indirecte werkzaamheden verrichten en HBO-ers de directe.

Overigens blijkt dat het geschatte percentage direct cliëntgericht werk het laagst is in steden groter dan 100.000 inwoners met uitzondering van Amsterdam en Den Haag.

Kortom: niet-samenwerkende VO-ers maken de laagste schatting van hun percentage direct cliëntgericht werk, maar van systematische verschillen tussen wel en niet-samenwerkers als zodanig is geen sprake.

Uit de interviews komt naar voren, dat de koppeling van dit verschil aan de VO als volgt verklaard zou kunnen worden. Samenwerkers kiezen vaker een therapiegerichte VO-specialisatie dan niet-samenwerkers. Samenwerkers gaan na hun VO eerder meer dan minder direct cliëntgericht werk doen om hun in de opleiding opgedane kennis in de praktijk te brengen. Niet-samenwerkers gaan daarentegen na hun VO vaker meer tijd besteden aan begeleiding van stagiaires, jongere collega's, samenwerking met andere instanties, etc.

De tijd die samenwerkers besteden aan hun relatie met de ELGZ

Als we de gegevens omrekenen op maandbasis, dan besteden samenwerkers gemiddeld vier uur per maand aan hun relatie met de ELGZ. Van deze vier uur gaat gemiddeld twee en een half uur op aan cliëntenbespreking. Bespreking van bepaalde thema's, overleg over organisatorische aspecten van de samenwerking, en informeel overleg in de vorm van bijvoorbeeld sociaal café, duren elk zo'n 20 tot 30 minuten. We betrekken ook hier de tijden op één maand. Evaluatie van de samenwerking neemt gemiddeld 12 minuten in beslag en deskundigheidsbevorderings-bijeenkomsten in het samenwerkingsverband geven een tijdsbesteding van 5 minuten per maand te zien. (Als een bepaalde samenwerkingsactiviteit voor een maatschappelijk werker niet van toepassing was, werd de tijdsbesteding op 0 minuten gezet).

Kijken we naar verschillen tussen de diverse samenwerkings-situaties, dan zien we, dat wanneer AMW en ELGZ grotendeels voor dezelfde doelpopulatie werken, althans in stedelijke gebieden, de meeste tijd besteed wordt aan samenwerking. Het belangrijkste deel van de totale samenwerkingstijd wordt dan gestoken in cliëntenbespreking.

Tabel 1.1.: overzicht van de verschillen tussen niet- en wel samenwerkers in gemiddelden (bij niet significante verschillen zijn de gemiddelden per samenwerkingscategorie weggelaten)

		niet samenw.	wel samenw.	totaal
instroom	initiatief cliënt	61%	58%	59%
	initiatief huisarts	11%	20%	17%
contacten tijdens de hulpverlening	huisarts	13%	25%	21%
	gemeent. sociale dienst	-	-	12%
	categ. maatsch. werk	12%	9%	10%
	geest. gezondheidszorg	-	-	9%
	justitie	-	-	6%
uitstroom	hulpverlening afgerond	65%	67%	66%
	verwijzing	-	-	16%
	voortijdige beëindiging	-	-	18%
verwijzing	geest. gezondheidszorg	-	-	5%
	categ. maatsch. werk	-	-	3%
problematiek	psychische problemen	-	-	22%
	inkomen/besteding	-	-	13%
	huisvesting	-	-	14%
	relatie tot de partner	11%	13%	12%
	relatie ouder-kind	-	-	10%
	echtscheiding	-	-	7%
methode	begeleiding	43%	48%	46%
	informatie en advies	-	-	20%
	bemiddeling	-	-	14%
	concrete dienst	-	-	8%
	groepswork	-	-	4%

Tabel 1.1.: overzicht van de verschillen tussen niet- en wel samenwerkers in gemiddelden (bij niet significante verschillen zijn de gemiddelden per samenwerkingscategorie weggelaten) vervolg

		niet samenw.	wel samenw.	totaal
omvang van de caseload	a. ruw aant.lange afgesl. contacten	50	57	54
	b. idem als a. omgerekend naar 40-urige werkw. en volledig werkjaar	-	-	69
	c. idem als b. omgerekend naar 100% direct cliënt-gericht werk	-	-	104
duur hulpverlening	langer dan 1, maar niet langer dan 6 maanden	-	-	51%
	tussen 6 en 12 maanden	-	-	31%
	langer dan 12 maanden	-	-	18%
aantal contacten met cliënt	hulpeenh. met meer dan 1, maar niet meer dan 3 cont	-	-	33%
	hulpeenh. met 4 of meer contacten	-	-	67%
contacten over cliënt	gemiddeld aantal contacten over	-	-	3.3
kenmerken van de caseload	gemiddelde leeftijd	-	-	41
	perc. vrouwel. cliënten	-	-	65%
	perc. hulpeenh.bestaaude uit 1 cliënt	-	-	65%
	perc. hulpeenh.dat eerder contact had met instell.	-	-	28%
	perc. uitkeringsgerecht.	57%	53%	54%
direct cliënt-ger.werk	feitelijk perc.van werkt.	-	-	69%
	gewenst percentage	-	-	67%

Tot slot

In de resultaten, zoals we ze hier besproken hebben, komen slechts sporadisch verschillen tussen het AMW op het platteland, verstedelijkte gebieden, en de grote steden aan bod.

Dat wil niet zeggen, dat deze verschillen niet uit de registratiegegevens naar voren komen. Dit is wel degelijk het geval. Ze blijken echter slechts betrekkelijk zelden de verschillen op grond van wèl- en niet-samenwerken met de ELGZ te doorkruisen. Die gelden veelal op gelijksoortige wijze voor gebieden van verschillende urbanisatiegraad. Als we de verschillen puur op grond van urbanisatiegraad bestuderen, dan kijken we feitelijk vanuit een andere optiek naar dezelfde gegevens. De op zich interessante resultaten van een dergelijke analyse hier presenteren, zou het zicht op de verschillen als gevolg van de samenwerkingssituatie met de ELGZ alleen vertroebelen.

Kijken we naar de grote lijnen in de resultaten van het onderzoek, dan zien we dat slechts een deel van de verwachte verschillen daadwerkelijk worden geconstateerd in dit onderzoek. Een overzicht van de verschillen tussen wel en niet-samenwerkers is te vinden in tabel 1.1. De belangrijkste gevonden verschillen tussen wel en niet-samenwerkers zijn, dat samenwerkers een aanzienlijk groter deel van hun cliënten bij zich krijgen via de huisarts, en dat samenwerkers vaker contact opnemen met de huisarts naar aanleiding van concrete hulpverleningsgevallen. Uit de resultaten komt niet het beeld naar voren dat samenwerkers een totaal ander type cliënten bereiken. Er zijn wel wat verschillen in die zin dat samenwerkers iets meer met relatieproblemen geconfronteerd worden, wat meer aan begeleiding doen, en iets minder uitkeringsgerechtigden in hun caseload hebben. Erg groot zijn deze verschillen echter niet. En als het gaat om aantallen cliënten, duur en omvang van de hulpverlening, de hoeveelheid direct cliëntgericht werk dan zien we in dit onderzoek helemaal geen bewijs voor verschillen. We kunnen concluderen, dat er geen aanwijzingen zijn gevonden dat er in Nederland twee, echt totaal verschillende soorten van maatschappelijk werk bestaan.

Een deel van de geïnterviewde maatschappelijk werkers deelt de hiervoor genoemde conclusie. Sommige niet-samenwerkers met wie gesproken is zien in de resultaten echter toch

vooral het gevaar van een opkomende medicalisering van het maatschappelijk werk als gevolg van een intensieve samenwerking met de eerstelijnsgezondheidszorg. Nog weer andere geïnterviewden geven aan, dat als op andere wijze onderscheid gemaakt zou zijn tussen wel niet-samenwerkers, er waarschijnlijk meer, en ook meer extreme verschillen gevonden zouden zijn. Maatschappelijk werkers die zeer intensief samenwerken in een hometeam of gezondheidscentrum, en die eventueel ook in de eerste plaats loyaal zijn aan het eerstelijnssteam en niet aan het AMW-team, zouden wel degelijk sterk verschillen van degenen die niet samenwerken.

Uit de gehouden interviews komt als belangrijke aanvulling op het cijfermatige gedeelte van het onderzoek naar voren, dat zoiets als een geïntegreerde benadering en buurtgerichte benadering van het AMW vaak naast elkaar bestaan in het hetzelfde gebied. Maatschappelijk werkers participeren in een gestructureerd samenwerkingsverband, terwijl zij gelijktijdig structureel de problemen van een bepaald aandachtsgebied behartigen. Ook zien we wel een taakverdeling binnen de instelling waarbij bepaalde werkers al hun cliënten via het hometeam krijgen en anderen heel expliciet buurtgericht blijven werken. In grote steden lijkt in de taakverdeling tussen buurtgericht en geïntegreerd werken soms op instellingsniveau een zekere evenwichtige toestand te bestaan: een bepaalde instelling werkt volledig geïntegreerd, terwijl een andere de buurtgerichte aspecten voor zijn rekening neemt.

Het geheel wekt de indruk van een grote verzameling van uitzonderingssituaties waarin elke instelling binnen de gegeven situatie een eigen gezicht geeft aan het algemeen maatschappelijk werk.

2. AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk willen we de resultaten van het huidige onderzoek bezien in het licht van het beleid van de overheid. We moeten dan concluderen, dat er geen duidelijke beleidsaanbevelingen uit zijn af te leiden. Het onderzoek levert geen argumenten op die pleiten voor of tegen een beleid gericht op samenwerking tussen het algemeen maatschappelijk werk en de gezondheidszorg in de eerstelijns.

In het beeld dat op basis van het onderzoek ontstaat, overheerst het ontbreken van verschillen tussen maatschappelijk werkers die wèl en degenen die niet gestructureerd samenwerken met de eerstelijnsgezondheidszorg. Samenwerking leidt er niet toe, dat veel minder cliënten op eigen initiatief contact opnemen met het maatschappelijk werk. Samenwerking geeft geen aanleiding tot éézijdige samenwerkingscontacten van de maatschappelijk werker met andere hulpverleners. Er zijn geen grote verschillen in de wijze waarop men de problematiek van cliënten benoemt en in de methode van hulpverlening die men hanteert. Ook de aantallen cliënten, de duur en omvang van de hulpverlening blijken niet belangrijk te verschillen. Er zijn geen aanwijzingen gevonden dat samenwerkers een heel ander type cliënten bereiken dan degenen die niet samenwerken. Wèl krijgen samenwerkers aanzienlijk meer van hun cliënten via de huisarts en zij hebben tijdens de hulpverlening vervolgens ook vaker contacten met de huisarts.

We willen hier naar voren brengen, dat de situatie waarin het algemeen maatschappelijk werk verkeert vaak aanzienlijk verschilt van instelling tot instelling. Elke instelling ontwikkelt een eigen beleid dat de samenwerking met de gezondheidszorg en ook met andere hulpverleners regelt. Dit gebeurt op een wijze die zo goed mogelijk past bij het gegeven aanbod aan hulpverleners in de specifieke situatie en bij de concrete mogelijkheden om tot samenwerking te komen. Landelijke beleidsmaatregelen zullen voldoende rekening moeten houden met allerlei situationele verschillen om het locale evenwicht tussen de hulpverleners niet te verstoren.

Een belangrijk inzicht dat dit onderzoek heeft opgeleverd is dat het veld van het algemeen maatschappelijk werk op landelijk niveau goed onderzoekbaar is. Er zijn weliswaar wat extra inspanningen nodig, omdat de maatschappelijk werkers slechts indirect, via contactpersonen, te benaderen zijn. Het lijkt echter mogelijk om bijvoorbeeld met behulp van een schriftelijke vragenlijst bruikbare informatie te verzamelen.

In dit kader is het tevens van belang om te constateren, dat het bestaande cliëntenregistratiesysteem voor landelijk onderzoek bruikbare informatie kan opleveren. Daarbij zou echter een belangrijke vooruitgang geboekt worden, wanneer men een landelijk uniform registratiesysteem zou hanteren. Een kleinere verandering die ook al belangrijke voordelen zou opleveren, is een landelijke gelijke norm voor het wel of niet registreren van een contact. Vooral de afwijkende procedures voor de registratie van zogeheten korte contacten maken dat de systemen onderling slechts moeizaam te vergelijken zijn.

Aansluitend bij De Graaf (1982) kunnen we stellen, dat het beter lijkt een slechts beperkt aantal gegevens op landelijke schaal te verzamelen. Daar kan dan ook extra aandacht aan besteed worden, zodat deze gegevens betrouwbaar geregistreerd worden. Daarnaast of daaraan gekoppeld zou dan een hele flexibele registratie kunnen plaatsvinden van andere gegevens. De afzonderlijke instellingen zouden dan de vorm en inhoud van deze flexibele registratie zelf sterk mee moeten kunnen bepalen, zodat de gegevens kunnen bijdragen tot een optimalisering van het locale beleid.

Voor specifieke onderzoeksvragen lijkt het in de praktijk handzamer om een op de onderzoeksvraag afgestemde registratie op te zetten voor een tijdelijke periode en bij een steekproef van alle maatschappelijk werkers. De aldus verkregen informatie kan meer op de onderzoeksvraag worden toegesneden, terwijl tegelijkertijd minder inspanning nodig is om landelijk een betrouwbaar, uitgebreid registratiesysteem in stand te houden. We zijn ons er overigens van bewust, dat alle wijzigingen in een registratiesysteem minstens één paradoxaal nadeel hebben: wijzigingen kunnen op zichzelf genomen tot verbeteringen leiden, maar ze geven ook onrust wat vaak weer aanleiding geeft tot grotere onbetrouwbaarheid in de registratie.

We willen hier ook enkele aanbevelingen doen voor verder onderzoek. We denken dan aan de contacten met het algemeen maatschappelijk werk die tot stand komen op initiatief van de huisarts. Het is de vraag of het algemeen maatschappelijk werk via de huisarts een (geheel) andere doelgroep bereikt. Verschillen de cliënten die op initiatief van de huisarts contact opnemen van andere cliënten wat betreft hun persoonlijke en sociale achtergrond, hun problemen, de methode waarop hulp geboden wordt, duur en omvang van hulpverlening, etc. Weliswaar zijn in dit onderzoek op deze punten geen grote verschillen gevonden tussen de maatschappelijk werkers die wèl en degenen die niet gestructureerd samenwerken met de eerstelijnsgezondheidszorg, terwijl samenwerkers aanzienlijk meer cliënten via de huisarts krijgen. Maar deze analyses zijn te globaal (bij samenwerkers bedraagt de instroom via de huisarts gemiddeld 20%) om te concluderen dat er op cliënt-niveau geen grote verschillen bestaan. Overigens; het is goed mogelijk om dit onderzoek op basis van de bestaande cliëntenregistratiegegevens uit te voeren. Als we het datamateriaal van het huidige onderzoek zouden gebruiken, dan zouden we de onderzoeksvraag nog uit kunnen breiden, door na te gaan of samenwerkende maatschappelijk werkers andere cliënten via de huisarts krijgen dan niet-samenwerkers.

Een tweede onderzoeksvoorstel wat we hier kort willen typeren, houdt in om het huidige onderzoek op de middellange termijn nog eens te herhalen. De achterliggende gedachte is, dat de meeste samenwerkingsverbanden nog relatief jong zijn, zodat de ontwikkelingen nog niet zijn uitgekristalliseerd. Een herhaling van het onderzoek zou de ontwikkelingen die plaatsvinden kunnen nagaan, waarbij het huidige onderzoek als referentiepunt kan dienen.

Een derde voorstel houdt in om op een aantal punten dieper op de verschillen tussen wèl en niet-samenwerkende maatschappelijk werkers in te gaan. Het huidige materiaal kent zijn beperkingen. Als voorbeeld kan de methode van hulpverlening dienen. Wanneer enkele gesprekken met de cliënt plaatsvinden, dan kan dat geregistreerd worden als 'begeleiding'. Dit staat immers omschreven als: het geven van vrij intensieve steun aan de cliënt, opdat de cliënt probleemoplossend bezig kan zijn. Deze omschrijving kan echter

evengoed slaan op een langdurige hulpverlening met een min of meer psychotherapeutisch karakter. Het huidige cliëntenregistratiesysteem kent dus tamelijk globale categorie-aanduidingen en extra materiaalverzameling is nodig om op dit soort punten meer gedifferentieerde kennis te verzamelen.

Resumerend kunnen we stellen, dat we met het huidige onderzoek slechts een eerste begin hebben gemaakt met het verhelderen van de relatie tussen maatschappelijk werk en gezondheidszorg.

3. VRAAGSTELLING EN ONDERZOEKSOPZET

3.1. Vraagstelling

Het huidige onderzoek is het vervolg op een voorstudie die in 1983/1984 is uitgevoerd door de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek van het voormalige Nederlands Huisartsen Instituut waarvan het huidige NIVEL de voortzetting is. Deze voorstudie mondde uit in een onderzoeksvoorstel dat de basis vormt voor het onderhavige onderzoek.

Uitgangspunt in de voorstudie (en ook in dit onderzoek) was de volgende vraag: 'Zijn er verschillen aan te wijzen in het functioneren van maatschappelijk werkers die in een eerstelijnsamenwerkingsverband werken en maatschappelijk werkers die in een instelling voor Algemeen Maatschappelijk Werk zonder geformaliseerde samenwerkingsafspraken met de eerstelijnsgezondheidszorg werkzaam zijn?' (Verhaak, 1984, pag. 2). In de voorstudie is nagegaan of inzicht verkregen kan worden in het functioneren van beide categorieën maatschappelijk werkers op basis van gegevens uit bestaande registratiesystemen van AMW-instellingen. Maatschappelijk werkers registreren namelijk met behulp van zogenaamde cliëntenregistratiesystemen bepaalde kenmerken van de hulpvrager, de hulpvraag en het hulpaanbod.

In de voorstudie is de inhoud van de verschillende in Nederland gehanteerde systemen geïnventariseerd. Daarnaast zijn de gegevens van een aantal systemen getoetst op betrouwbaarheid en kwaliteit. Zo kon worden bepaald welke registratiesystemen nodig en bruikbaar zijn om de onderzoeksvraag op adequate wijze te bestuderen. Op de manier waarop de gegevens uit deze systemen in dit onderzoek zijn gebruikt, komen we later terug. Hier willen we echter signaleren, dat uit de voorstudie bleek, dat het mogelijk is het functioneren van maatschappelijk werkers te bestuderen op basis van bestaande registratiegegevens.

In de voorstudie is ook een ander element uit de vraagstelling aan de orde gesteld, te weten de samenwerking tussen het algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijnsgezondheidszorg. Op dit punt leidde de voorstudie tot het inzicht dat niet alleen onderscheid gemaakt zou moeten worden tus-

sen maatschappelijk werkers met en zonder formele samenwerkingsrelaties met de eerstelijnsgezondheidszorg. Er is een tweede belangrijk onderscheid en wel op grond van de **hulpverleningsbenadering** van de maatschappelijk werker. Enerzijds is er de benadering die in de hulpverlening het accent op de buurt legt. Men hanteert een **buurtgerichte benadering** waarin men uitdrukkelijk voor bewoners uit de gehele buurt toegankelijk wil zijn.

Aan de andere kant is de benadering die de nadruk legt op integratie van de hulpverlening door maatschappelijk werkers, huisartsen en wijkverpleegkundigen. Afstemmen van de zorg en overhevelen van individuele verantwoordelijkheden naar het collectief van hulpverleners staat hier voorop. Als consequentie richten de maatschappelijk werkers met een dergelijke **geïntegreerde benadering** zich op de gezamenlijke cliënten-/patiëntenpopulatie van het samenwerkingsverband.

Kijken we naar de relatie die men vanuit beide hulpverleningsbenaderingen onderhoudt met de eerstelijnsgezondheidszorg, dan zien we dat die relatie er in beide benaderingen meestal wel is. Alleen het oogmerk van waaruit wordt samengewerkt verschilt. Het buurtgerichte AMW zal, afhankelijk van de problematiek die zich de buurt voordoet, samenwerken met de voor een concreet geval relevante partners. Dit kan het opbouwwerk zijn, het sociaal cultureel werk, de politie; en in een bepaald geval kan het ook de gezondheidszorg zijn. Het AMW met de geïntegreerde benadering zal daarentegen door de gelijke doelpopulatie met de eerstelijnsgezondheidszorg automatisch in de eerste plaats samenwerken met de huisarts en de wijkverpleging. Pas in de tweede plaats en minder gestructureerd zullen zij contacten onderhouden met andere hulpverleners.

Terug naar dit onderzoek, dan heeft het voorgaande consequenties voor de vraagstelling. De vraagstelling wordt tweeledig en luidt:

1. Bestaan er verschillen in functioneren tussen maatschappelijk werkers die wel nauwe samenwerkingsrelaties onderhouden met de eerstelijnsgezondheidszorg en degenen die dat niet doen;
2. Bestaan er verschillen in functioneren tussen maatschappelijk werkers die een nauwe samenwerkingsrelatie onderhouden met de eerstelijnsgezondheidszorg vanuit een buurtgerichte benadering en zij die dit doen vanuit een geïntegreerde benadering.

In deze vraagstelling behoeven tenminste drie aspecten een nadere toelichting, te weten: **'nauwe samenwerkingsrelatie'**, **'eerstelijnsgezondheidszorg'**, en **'functioneren van maatschappelijk werkers'**. Op deze punten zullen we hieronder successievelijk ingaan.

Een **nauwe samenwerkingsrelatie** vatten we hier op als een vorm van **geregeld overleg** waarbij in ieder geval problemen van individuele cliënten aan de orde komen. Met geregeld overleg bedoelen we dan zowel, dat het overleg regelmatig plaatsvindt als 'geregeld' in de zin van 'er bestaan vaste afspraken over'. Overlegvormen als louter sociaal café of functionarissencontact vallen daarmee dus af. De voorwaarde dat in de samenwerking individuele cliënten besproken worden geldt overigens ook in de registratie van hometeams.

Onder **samenwerking met de eerstelijnsgezondheidszorg** verstaan we hier samenwerking met tenminste een huisarts of wijkverpleegkundige. Dit kan dus bilateraal overleg zijn, maar er kan ook sprake zijn van geregeld overleg in de situatie van een hometeam of gezondheidscentrum (minimaal een maatschappelijk werker, een huisarts en een wijkverpleegkundige, eventueel aangevuld met fysiotherapeuten, verloskundigen, etc.).

Aan het **functioneren van maatschappelijk werkers** onderscheiden we een aantal aspecten. In de eerste plaats betreft dat de contacten die verband houden met concrete hulpverleningsgevallen. We denken aan de **instroom van het AMW**, oftewel: wie zijn de hulpverleners die de cliënt bewegen tot contact met het AMW, als hij tenminste niet op eigen initiatief komt. Andere contacten zijn die welke voortvloeien uit de **samenwerking met andere hulpverleners** tijdens het hulpverleningsproces. Als laatste bron van contacten voor het AMW noemen we de **uitstroom uit het AMW**: naar wie wordt de cliënt verwezen, als de hulpverlening niet geheel wordt afgerond. Naast de contacten met andere hulpverleners beschouwen we ook de methode van hulpverlening **die gehanteerd wordt tijdens het hulpverleningsproces en de benoeming van problematiek** waaraan gewerkt wordt als aspecten van het functioneren van maatschappelijk werkers. Andere kenmerken van het functioneren van de maatschappelijk werker zien we in de **omvang van zijn caseload**, dat wil

wil zeggen het aantal cliënten per maatschappelijk werker, en ook in de **kenmerken van de caseload**: wie zijn de cliënten in termen van leeftijd, geslacht, bron van inkomsten en één persoon versus echtpaar. Een ander aspect van het functioneren dat we in het onderzoek betrekken is de hoeveelheid **direct cliëntgericht werk** dat een maatschappelijk werker verricht, dat wil zeggen de werkzaamheden die direct ten dienste staan van de hulpverlening van cliënten tegenover activiteiten als beleid, bestuur en administratie, deskundigheidsbevordering van zichzelf en anderen, samenwerking met andere instanties.

Naar aanleiding van de bovengenoemde aspecten van het functioneren van maatschappelijk werkers is in de voorstudie een vraagstelling van het huidige onderzoek uitgewerkt in zes deelvragen (Verhaak, 1984, pagina 34 e.v.). We zullen deze deelvragen hier niet onverkort herhalen. Essentieel is dat gevraagd wordt of verschillen geconstateerd kunnen worden tussen maatschappelijk werkers die wél respectievelijk niet geregeld samenwerken met de eerstelijnsgezondheidszorg met betrekking tot elk van bovengenoemde aspecten van het functioneren van maatschappelijk werkers. Dezelfde vragen worden gesteld ten aanzien van verschillen tussen maatschappelijk werkers die een buurtgerichte respectievelijk een geïntegreerde hulpverleningsbenadering hanteren.

In de deelvragen wordt nog een andere kwestie aangeroerd, namelijk dat bij het bestuderen van deze verschillen rekening dient te worden gehouden met achtergrondkenmerken van de maatschappelijk werker en zijn werkgebied. Als voorbeeld van zo'n achtergrondkenmerk willen we hier het voorzieningenaanbod in een bepaald gebied noemen. Met voorzieningenaanbod bedoelen we dan in dit geval de aanwezigheid van hulpverlenende instanties die zich richten op problemen waarmee men ook bij het AMW terecht zou kunnen. Een maatschappelijk werker die werkzaam is in een gebied zonder alternatieven voor het AMW zal op grond daarvan, naar men mag aannemen, bepaalde problemen vaker tegenkomen in zijn caseload. Als nu zou blijken dat maatschappelijk werkers die geregeld samenwerken met de gezondheidszorg systematisch vaker in gebieden werken met een heel specifiek voorzieningenaanbod, dan is het effect van samenwerking met de gezondheidszorg niet zonder meer duidelijk. Om dit helder te krijgen zullen bepaalde correcties toegepast moeten wor-

den voor de invloed van het voorzieningenaanbod. Hoe dit in dit onderzoek is uitgevoerd bespreken we later.

Uiteraard gaat het in dit verband niet alleen om het voorzieningenaanbod, maar ook om andere variabelen. We kunnen dan denken aan de mate waarin problemen zich in een bepaald gebied voordoen: sommige gebieden kennen nu eenmaal meer problemen dan andere, zodat een groter beroep op het AMW te verwachten is. Andere achtergrondkenmerken zien we in de kenmerken van de maatschappelijk werker. Aannemelijk lijkt, dat bijvoorbeeld het aantal jaren dat hij in het beroep van maatschappelijk werker actief is, eventueel zijn specialisatierichting in de Voortgezette Opleiding, en dergelijk van invloed zijn op de zwaarte en soort van problematiek in zijn caseload.

3.2. Algemene onderzoeksopzet

Bij dit onderzoek naar verschillen tussen maatschappelijk werkers in structurele samenwerkingsverbanden met de eerstelijnsgezondheidszorg en degenen die daarbuiten functioneren, konden we aansluiten bij de situatie zoals die zich in de praktijk in Nederland voordoet. Een deel van de maatschappelijk werkers functioneert namelijk binnen gezondheidscentra, hometeams en andere samenwerkingsverbanden met de eerstelijnsgezondheidszorg. Anderen onderhouden daarentegen veel lossere contacten.

Het is voor dit onderzoek van belang, dat van beide categorieën een redelijk groot aantal zijn medewerking verleent aan het onderzoek. In paragraaf 3.3 zullen we bespreken welke instellingen en groepen van instellingen benaderd zijn voor het onderzoek.

In de uitvoering van het onderzoek zijn duidelijk twee fasen te onderscheiden. In de eerste, **kwantitatieve** fase stonden de cijfers uit de cliëntenregistratie centraal. Op basis van deze gegevens zijn verschillen onderzocht tussen maatschappelijk werkers die wèl en die niet geregeld samenwerken met de eerstelijnsgezondheidszorg. Op de totale tijd van twaalf maanden die voor het onderzoek beschikbaar was nam dit deel zo'n tien maanden in beslag. Na deze periode bestond een duidelijk beeld van de verschillen, zoals die uit het cijfermateriaal naar voren kwamen. In de tweede, - **kwantitatieve** fase van het onderzoek zijn deze resultaten

van het eerste deel in gesprekken met uitvoerend maatschappelijk werkers getoetst aan hun praktijkervaringen. We zullen hieronder de opzet van beide onderzoeksdelen nader uitwerken.

- Kwantitatieve fase

We zullen dan beginnen met de eerste fase waar de registratiegegevens centraal stonden. We moeten dan allereerst vaststellen, dat de variatie wèl versus niet geregeld samenwerken met de ELGZ geen kenmerk van de AMW-instelling is, maar van de maatschappelijk werker. We bedoelen hiermee te zeggen, dat verschillende maatschappelijk werkers van dezelfde instelling vaak op verschillende wijzen samenwerken met de eerstelijnsgezondheidszorg. Instellingen detacheren bijvoorbeeld enkele werkers in een gezondheidscentrum, terwijl de anderen vanuit het eigen bureau blijven werken. Van deze laatste hebben sommigen losse relaties met de gezondheidszorg, terwijl anderen functioneren in een home-team.

De consequentie is, dat gegevens over de samenwerkingsrelatie AMW-eerstelijnsgezondheidszorg per maatschappelijk werker verzameld moeten worden. In de praktijk bleek verder, dat vaak alleen de maatschappelijk werker zelf goed op de hoogte is van de aard en intensiviteit van zijn samenwerkingsrelaties. Daarom zijn in dit onderzoek de gegevens over samenwerking verzameld met behulp van een schriftelijke vragenlijst die is verzonden aan individuele maatschappelijk werkers. Op de wijze waarop deze vragenlijst verspreid is, de respons, etc., komen we in paragraaf 3.4 terug. Hier willen we constateren, dat deze vragenlijstgegevens in verband gebracht zijn met de cliëntenregistratiegegevens. Deze verbinding van gegevens is uitgevoerd per individuele maatschappelijk werker. Uiteraard kon dit niet zonder meer plaatsvinden, omdat de registratiegegevens kenmerken van de individuele cliënten vastleggen. Om de gegevens uit de vragenlijsten en registratiegegevens in één bestand onder te kunnen brengen was het nodig om de cliëntgegevens om te zetten in kenmerken die het functioneren van de maatschappelijk werkers beschrijven. We moeten dan denken aan variabelen die aangeven hoeveel procent van de cliënten van de werker bij hem binnenkomt via de huisarts, hoeveel procent van de problemen waarmee hij te maken krijgt verband houden met het inkomen of de bestedingsgewoonten van de cliënt, etc. Een dergelijke omzetting van de

gegevens die we aggregatie noemen heeft plaatsgevonden met behulp van speciale daarvoor geschreven computerprogramma's. In paragraaf 3.5 zullen we de wijze waarop deze aggregatie is uitgevoerd bespreken.

Na de aggregatie zijn met behulp van een passende statistische techniek, de Multiple Classificatie Analyse, de verschillen bestudeerd tussen de beide categorieën maatschappelijk werkers. Deze techniek maakt het mogelijk de verschillen te onderzoeken waarbij gecorrigeerd wordt voor bepaalde achtergrondkenmerken. Welke achtergrondkenmerken dit zijn en hoe de gegevens zijn verkregen zullen we bespreken in paragraaf 3.6. De achtergronden van de Multiple Classificatie Analyse zullen we toelichten in paragraaf 3.7. De resultaten die gevonden werden met behulp van deze analyse-techniek bespreken we in hoofdstuk 5.

- Kwalitatieve fase

Tot zover de bespreking van de opzet van de eerste fase van het onderzoek. Nu zullen we ingaan op de tweede fase die een kwalitatieve aanvulling en verdieping is van het meer cijfermatige eerste deel van het onderzoek.

Er is voor gekozen om in het kwalitatieve onderzoeksdeel de resultaten van het kwantitatieve gedeelte, verder uit te diepen op basis van de praktijkervaringen van uitvoerend maatschappelijk werkers. In totaal is aan vijftien maatschappelijk werkers een samenvatting van de resultaten op basis van de registratiegegevens toegestuurd.

Deze samenvatting ging vooral in op verschillen tussen maatschappelijk werkers die wèl en degenen die niet geregeld samenwerken. Verschillen tussen de buurtgerichte en de geïntegreerde benadering van AMW bleken in de praktijk niet erg helder te analyseren te zijn, zoals verderop zal blijken. Dit onderwerp is dan ook in meer globale termen aan de orde gesteld.

Bij de keuze van maatschappelijk werkers die in de kwalitatieve fase van het onderzoek zijn betrokken, is erop toegezien, dat er in een aantal opzichten voldoende variatie was in de betreffende groep. Het gaat dan om variatie in: wèl versus niet geregeld samenwerken met de eerstelijnsgezondheidszorg, variatie in urbanisatiegraad van het gebied waar zij werkzaam zijn, en variatie in opleiding (sociale academie versus Voortgezette Opleiding).

Nadat de betreffende maatschappelijk werkers de samenvat-

ting was toegestuurd, hebben met hen gesprekken plaatsgevonden. In de gesprekken werden verwachtingen die er zijn ten aanzien van verschillen tussen wèl en niet-samenwerkers gerelateerd aan de resultaten van het kwantitatieve onderzoeksdeel. Deze beide facetten werden dan weer in het licht geplaatst van eigen praktijkervaringen van de maatschappelijk werkers.

Zeven van de gesprekken zijn telefonisch gevoerd en acht persoonlijk. Bij deze laatste acht heeft in drie gevallen een gesprek met twee personen tegelijkertijd plaatsgevonden. Door het korte tijdsbestek waarin de gesprekken gehouden moesten worden, bleek het niet mogelijk om groeps gesprekken met een stuk of vijf personen met een wisselende achtergrond af te spreken. Enkele van deze groeps gesprekken zouden nuttig zijn geweest, omdat verschillende gezichtspunten met elkaar geconfronteerd zouden worden in de discussie.

Een verslag van elk van de gesprekken is te vinden in bijlage 1. De verslagen zijn door de betreffende personen geautoriseerd.

3.3. Cliëntenregistratie-systemen

Zoals uit de voorstudie voorafgaand aan dit onderzoek blijkt (Verhaak, '84), bestaat voor de cliëntenregistratie geen uniform, landelijk systeem. Het systeem van de JOINT, de landelijke organisatie voor maatschappelijke dienstverlening, is het grootst. Het wordt gebruikt door 80 van de in totaal 182 AMW-instellingen in Nederland. (Het cijfer van 182 instellingen komt uit de meest recente CBS-gegevens; Sociaal-Cultureel Kwartaalbericht '84, 3). Het bestrijkt weliswaar een groot deel van Nederland, maar de provincies Limburg, Friesland, Groningen en het grootste deel van Noord-Holland ontbreken. Een probleem is, dat de vier grote steden dit systeem niet hanteren, zodat het beeld wat met de gegevens van het JOINT-systeem verkregen kan worden met name ten aanzien van het AMW in grootstedelijke situaties incompleet is. Daarom is niet alleen de medewerking van de JOINT verzocht, maar ook van drie instellingen uit Amsterdam en Den Haag, die, doordat zij elk op hun eigen wijze samenwerken met de eerstelijnsgezondheidszorg, tesamen een redelijk compleet beeld geven van het AMW in de grote steden. In de eerste plaats betreft het hier

het Protestants Sociaal Centrum (PSC) in Amsterdam, een instelling met zo'n vijftig maatschappelijk werkers (inclusief stagiaires, parttimers, etc.), die nagenoeg allemaal in een hometeam-achtige samenwerkingsvorm met de eerstelijnsgezondheidszorg participeren. In de tweede plaats is contact gezocht met de vereniging het Samenwerkingsproject in Amsterdam waar twintig teams bestaande uit een huisarts, maatschappelijk werker en een wijkverpleegkundige zeer nauw met elkaar samenwerken. De derde grootstedelijke instelling is de Stichting Samenwerkende Instellingen Maatschappelijk Werk (SSIMW) uit Den Haag waar zo'n 92 maatschappelijk werkers (inclusief stagiaires, parttimers, etc.) werkzaam zijn. Op enkele uitzonderingen na nemen zij niet deel aan geregelde samenwerkingsverbanden met de eerstelijnsgezondheidszorg.

Uit nadere contacten met deze instellingen bleek, dat het cliëntenregistratiesysteem van het Samenwerkingsproject maar weinig gegevens bevat. In feite was het aantal cliënten per maatschappelijk werker het enige gegeven wat zonder problemen beschikbaar was. Voor de andere gegevens werd geen uniforme manier van registreren gebruikt. Dit vormt de reden dat deze cliëntenregistratiegegevens verder niet in het onderzoek zijn betrokken. De betreffende maatschappelijk werkers hebben wel de vragenlijst ingevuld, zodat deze gegevens in enkele analyses (tijd besteed aan samenwerking; tijd besteed aan direct en indirect cliëntgericht werk) wel konden worden meegenomen.

De cliëntenregistratiegegevens die voor het onderzoek beschikbaar zijn gesteld, zijn allemaal de meest recente cijfers, namelijk die over het jaar 1983.

Het feit dat de registratiegegevens uit verschillende systemen afkomstig waren heeft het huidige onderzoek danig gecompliceerder gemaakt. Een uniform, landelijk systeem zou met het oog op onderzoek in de trant zoals het nu gedaan is, geen overbodige luxe zijn.

3.4. Schriftelijke enquête over samenwerking

Voor het onderzoek was het nodig om per maatschappelijk werker te weten of hij participeert in een geregeld samenwerkingsverband met de eerstelijnsgezondheidszorg. Deze in-

formatie is verzameld met behulp van een schriftelijke vragenlijst. Voor het verspreiden van deze vragenlijst diende een vrij ingewikkelde procedure gevolgd te worden. Centraal in de hele procedure stond de verbinding die nodig was tussen de al verzamelde cliëntenregistratiegegevens en de nog niet beschikbare gegevens over samenwerking die uit de vragenlijst moesten komen. Deze verbinding moest voor het uitvoeren van de analyses per maatschappelijk werker gemaakt kunnen worden. De sleutel tot samenvoeging was het codenummer van de maatschappelijk werker in de cliëntenregistratie. Dit is een nummer dat in principe op elk registratieformulier wordt ingevuld. De instelling waar de maatschappelijk werker in dienst is weet welke persoon staat voor een bepaald nummer. Om de maatschappelijk werkers te benaderen moest dus eerst bekend zijn welke de maatschappelijk-werker-codes zijn. Dit is na te gaan aan de hand van cliëntenregistratiegegevens. Maar om over deze gegevens te beschikken is eerst toestemming van de afzonderlijke instellingen nodig. PSC en SSIMW, de grootstedelijke instellingen die hebben meegewerkt aan het onderzoek, konden we rechtstreeks benaderen met het verzoek om de gegevens beschikbaar te stellen voor het onderzoek. In het geval van de instellingen die aan de JOINT-registratie deelnemen ligt dit wat ingewikkelder. Alvorens de JOINT deze gegevens voor het onderzoek kan vrijgeven, was eerst toestemming van de afzonderlijke instellingen nodig. 68 van de 80 instellingen in dit registratiesysteem hebben deze toestemming gegeven; een aantal van hen na telefonische rappels door de JOINT. 12 instellingen hebben uiteindelijk niet meegedaan. De achtergronden daarvan zullen we hier bespreken. Van twee kleinere instellingen is het gewoon niet tijdig gelukt om een definitief ja of nee te horen te krijgen. Andere instellingen wilden niet dat het registratiemateriaal integraal aan een instituut als het NIVEL ter beschikking kwam te staan; ook niet na een uitgebreide schriftelijke toelichting op het onderzoek. Een andere reden is dat men geen afzonderlijke maatschappelijk-werker-codes hanteert in de cliëntenregistratie, maar alleen een instellingscode. Ook werden de bezuinigingen in het maatschappelijk werk wel aangevoerd als reden waarom men geen tijd meer heeft voor dit soort van onderzoek. Tot slot speelde soms ook een zeker wantrouwen een rol ten aanzien van de bedoelingen van WVC met de resultaten van het onderzoek.

Al met al is de deelname van 68 van de 80 instellingen in het JOINT-systeem heel redelijk te noemen.

Met de schriftelijke verklaring tot medewerking aan het onderzoek en de registratiegegevens in de hand kon een begin gemaakt worden met de eigenlijke verspreiding van de vragenlijsten. Om te beginnen is per instelling een lijst gemaakt van alle maatschappelijk-werker-codes die in de cliëntenregistratie voorkomen. Vervolgens is telefonisch een contactpersoon gezocht binnen de instelling die voor de verspreiding van de vragenlijsten wilde zorgdragen. Op de vragenlijsten stonden de maatschappelijk-werker-codes uit de cliëntenregistratie, zodat het de taak was van de contactpersoon om te zorgen dat de juiste vragenlijst bij de juiste maatschappelijk werker terecht kwam.

Uit de contacten met instellingen bleek, dat niet alle instellingen in de praktijk een maatschappelijk-werker-code gebruiken. Sommigen hanteren alleen een gemeenschappelijke instellingscode voor alle werkers. Bij zes instellingen, waaronder enkele grote, bleek dit probleem op te lossen. Bij twee instellingen was namelijk toch een unieke identificatie per werker in het registratiemateriaal aanwezig, maar dan op een wat afwijkende wijze. Bij de andere vier instellingen kon met behulp van de 'schaduw-administratie' van de maatschappelijk werkers en de zogeheten formuliernummers (een unieke identificatie per registratieformulier) de maatschappelijk-werker-code alsnog achterhaald worden. Dit vereiste wel de nodige extra inspanning van de contactpersonen.

Uiteindelijk zijn 1.087 vragenlijsten verzonden naar de 68 JOINT-instellingen. Daarvan zijn er 936 geretourneerd. Dit is 86%. Van de 44 vragenlijsten voor PSC zijn er 37 teruggezonden (84%). Bij SSIMW in Den Haag zijn 92 vragenlijsten uitgezet en zijn er 68 teruggestuurd (74%). Voor het Samenwerkingsproject geldt dat van de 20 vragenlijsten er 18 zijn teruggekomen (90%). Kijken we naar het totaal, dan betekent dit 1.249 verzonden enquêtes met daarop een respons van 85%. Dit zou betekenen dat de gegevens van 1.058 maatschappelijk werkers beschikbaar zijn voor dit onderzoek. dit is echter niet het geval. Om uiteenlopende redenen kon uiteindelijk slechts ruim de helft van de respons worden

opgenomen in de analyses. Hierna geven we een overzicht van de redenen.

Tabel 3.1.: redenen waarom teruggezonden vragenlijsten niet betrokken konden worden in de analyses

	JOINT	PSC	Sam.w proj.	SSIMW	Tot.
1. niet langer in dienst, ziek, invalkracht, etc.	119	-	-	-	119
2. geen reden van niet in- vullen per afzonderlijke vragenlijst aangegeven	85	-	-	-	85
3. stagiaires	52	3	-	1	56
4. maatschappelijk-werker- code is bij instelling onbekend	49	-	-	-	49
5. maatschappelijk werk voor bijzondere groepen, bijv. ziekenh., scholen	40	-	-	-	40
6. weinig uitvoerend werk: leidinggevend functio- naris, etc.	18	-	-	-	19
7. overig	12	-	1	1	13
8. in 1983 7 mnd. of langer niet gewerkt, en/of meer dan 50% van de werktijd bested aan beleid, be- stuur en adm., en/of een werkweek van korter dan 12 uur	51	2	2	7	62
9. minder dan 15 afgesloten hulpeenheden per jaar	30	2	nvt	6	38
totaal afgevallen respons	456	7	3	15	481

Tabel 3.2.: redenen waarom teruggezonden vragenlijsten niet betrokken konden worden in de analyses
(vervolg)

	JOINT	PSC	Sam.w proj.	SSIMW	Tot.
uitgezette vragenlijsten	1.087	44	20	92	1.243
'bruto'-respons	936	36	18	68	1.058
'netto'-respons	480	29	15	53	577

Bovenstaande tabel geeft aan dat het totaal van de 'netto'-respons uiteindelijk 577 maatschappelijk werkers beslaat. Dat wil niet zeggen dat bij alle analyses al deze 577 respondenten in de analyses zijn betrokken. Vooral bij analyses waarin meer gegevens tegelijkertijd worden betrokken kan dit aantal nog behoorlijk dalen. Uiteindelijk ontbreken namelijk nog wel eens bepaalde gegevens. Als voorbeeld kunnen de twintig respondenten van het samenwerkingsproject gelden, waar de registratiegegevens niet van aanwezig zijn.

We zullen nu de redenen waarom vragenlijsten uiteindelijk voor de analyses afvielen puntsgewijs kort toelichten:

1. Maatschappelijk werkers die niet langer in dienst zijn, ziek zijn, etc. konden de vragenlijst uiteraard niet invullen.
2. Er zijn vragenlijsten in een pakketje teruggezonden waarbij wel wat redenen werden opgegeven waarom ze niet aan de betreffende maatschappelijk werker konden worden uitgereikt, maar dit werd niet gespecificeerd per vragenlijst.
3. Veel stagiaires waren inmiddels weer vertrokken. Bovendien zijn de stagiaires vooral in hun samenwerkingsrelatie met de eerstelijnsgezondheidszorg toch een bijzondere categorie. Stagiaires zijn bij de analyses dus geheel buiten beschouwing gevallen.
4. Elke ponsfout in de maatschappelijk-werker-code die gemaakt wordt bij het invoeren van de cliëntenregistratie-

gegevens in de computer, levert een extra code op. Een indicatie voor zo'n ponsfout is het geringe aantal formulieren wat deze code heeft. Voor alle zekerheid is echter bij het uitzetten van de vragenlijsten voor elke code een vragenlijst verzonden.

5. Een aantal maatschappelijk werkers is in dienst bij een AMW-instelling, maar doet categoriaal werk. Deze mensen hebben veelal uit zichzelf de vragenlijst oningevuld teruggezonden. Omdat het onderzoek is toegespitst op algemeen maatschappelijk werk zijn alle categoriale werkers buiten de analyses gehouden. Enkelingen die een deel van hun tijd categoriaal en een deel algemeen werk doen, zijn wel in het onderzoek betrokken.
6. Leiding gevende functionarissen en anderen die slechts incidenteel uitvoerend werk doen hebben de vragenlijst vaak oningevuld teruggezonden.
7. Overige blanco vragenlijsten: niet bereid aan het onderzoek mee te werken, zeer tegenstrijdig ingevulde vragenlijsten, vragenlijsten met code van mensen uit de gezinsverzorging, etc.
8. Na invoering van de vragenlijstgegevens in de computer is nog een selectie uitgevoerd. Daarmee zijn de vragenlijsten afgevoerd van maatschappelijk werkers die in 1983 om wat voor reden dan ook zeven maanden of langer niet gewerkt hadden. We verwachten voor hen een algemene uitzonderingspositie en ook maar weinig cliënten. Hetzelfde geldt voor degenen die in de vragenlijst te kennen geven 50% of meer van hun tijd te besteden aan werkzaamheden in verband met beleid, bestuur en administratie ten behoeve van de instelling. We gaan er vanuit dat dit staffunctionarissen zijn, die niet de 'gewone' samenwerkingscontacten onderhouden, maar vooral contacten op beleidsniveau. Ook hebben zij relatief weinig cliënten.
9. Bij de analyses waarin de cliëntenregistratiegegevens betrokken worden is een redelijk aantal cliënten per maatschappelijk werker nodig. Anders zeggen de registratiegegevens heel weinig. Een voorbeeld kan dit gemakkelijk illustreren. Als een maatschappelijk werker maar zes afgesloten hulpeenheden heeft, waarvan er vier op initiatief van de huisarts contact met hem hebben opgenomen, dan bedraagt het percentage instroom via de huisarts 67%. In de analyse telt deze maatschappelijk werker

even zwaar mee als een ander die zestig cliënten heeft van wie er veertig door de huisarts zijn verwezen. De verhouding vier op zes kan echter veel gemakkelijker op toeval berusten dan die van veertig op zestig.

Tot zover de bespreking van de respons op de schriftelijke vragenlijst. De inhoud van de vragenlijst is te vinden in bijlage 2. Hier rest nog de opmerking, dat de materiaalverzameling zich uitgestrekt heeft over een relatief lange periode van het onderzoek. De eerste vragenlijsten werden al eind juni '84, twee maanden na de start van het onderzoek, terug ontvangen. De inzameling van uitgezette enquêtes kon achter pas in januari '85 worden afgesloten; nauwelijks twee maanden voordat met de tweede fase van het onderzoek een begin werd gemaakt.

3.5. Aggregatie van cliëntenregistratiegegevens

De maatschappelijk werkers van de instellingen die aan het onderzoek hebben meegewerkt vullen voor al hun cliënten een registratieformulier in. Een deel van het formulier wordt ingevuld bij de intake en een ander deel bij de afsluiting van de hulpverlening. De gegevens hebben betrekking op de hulpvraag, het hulpaanbod en de hulpvrager. Bij alle instellingen die betrokken zijn bij dit onderzoek, zijn de registratiegegevens in geautomatiseerde vorm beschikbaar. Concreet hadden we te maken met drie bestanden. Een bestand van gegevens van cliënten van JOINT-instellingen, een bestand van PSC in Amsterdam, en een bestand van SSIMW in Den Haag. Alle bestanden bevatten cliëntenregistratiegegevens uit 1983.

De gegevens zoals ze in de bestanden zijn te vinden zijn kenmerken per cliënt of, liever gezegd per hulpeenheid (dat wil zeggen één of meer cliënten bijvoorbeeld een echtpaar, ouder met kind, etc.). Omdat het onderzoek bedoeld is om verschillen na te gaan tussen categorieën van maatschappelijk werkers moeten eerst de gegevens van alle cliënten van één maatschappelijk werker bij elkaar worden gezet. Dan kan pas nagegaan worden hoeveel cliënten een maatschappelijk werker heeft, hoe lang zijn hulpverleningsepisoden gemiddeld genomen duren, etc. Deze aggregatie van gegevens kan met de computer gebeuren. Daar moeten dan wel speciale programma's voor geschreven worden.

Een probleem bij de aggregatie is in dit geval dat de gegevens uit verschillende registratiesystemen komen, die weliswaar op elkaar lijken, maar toch elk hun eigen regels kennen. Zoals beeld en geluid in een film voor projectie gesynchroniseerd moeten, zo moeten ook de gegevens uit de verschillende registratiesystemen zo precies mogelijk gelijk gelegd worden om de aggregatieprogramma's te kunnen draaien. Dat vereist ook in ons geval heel wat knip- en plakwerk. Alle details van dit werk beschrijven leidt tot een lange opsomming. Daarom zullen we ons hier beperken tot de hoofdpunten. In een losse bijlage, die op aanvraag bij het NIVEL verkrijgbaar is, is het aggregatieschema te vinden met daarin alle details die verwerkt zijn in de computerprogrammatuur. Dit aggregatieschema is de basis voor alle verdere analyses. Het bevat ook totaalcijfers per registratiesysteem. Deze cijfers kunnen als vergelijkingsmateriaal dienen voor de cijfers waarop we de analyses baseren. Deze laatste gegevens hebben immers alleen betrekking op de maatschappelijk werkers die deel uitmaken van de netto respons op de vragenlijst.

kunnen we verwijzen naar brochures van de betreffende systemen. Voor het JOINT-systeem is dat 'Registratie-systeem JOINT-AMW, e.d. 1984: toelichting'; voor het systeem van SSIMW gaat het om de brochure 'Toelichting bij de cliëntenregistratie SSIMW, 1982'; en tenslotte bij PSC gaat het om de 'Toelichting bij de registratieformulieren, december 1981'.

Bij het analyseren van verschillen tussen maatschappelijk werkers die wel en niet geregeld samenwerken met de eerstelijnsgezondheidszorg hebben we ons gebaseerd op de gegevens die betrekking hebben op afgesloten hulpverleningsepisoden. Als de hulpverlening niet is afgesloten, dan zijn namelijk nog niet alle gegevens op het registratieformulier ingevuld. De hulpverleningsepisoden kunnen wel al voor 1 januari 1983 gestart zijn. De hulpverleningsgevallen kunnen dus wel langer dan één jaar geduurd hebben. Door ons te beperken tot de afgesloten hulpverleningsepisoden, baseren we onze conclusies op ongeveer 69% van alle cliënten.

Een probleem bij de integratie van de gegevens uit de verschillende registratiesystemen is dat ze alle drie een wat

andere richtlijn hebben om hulpverleningsgevallen wel of niet de registratie op te nemen. Het gaat hierbij om de korte contacten die praktisch altijd in het teken staan van informatie of advies aan de cliënt. In geen enkel systeem wordt elk telefoontje van een cliënt vastgelegd in de registratie: er is overal wel een drempel, maar de hoogte daarvan verschilt per systeem. Bij SSIMW worden in alle hulpverleningsgevallen waarbij een intakegesprek plaatsvindt, geregistreerd met behulp van hetzelfde systeem. JOINT-instellingen nemen echter de hulpverleningsgevallen pas dan in de cliëntenregistratie op, als de totale hulpverlening een uur of langer in beslag neemt. Dat uur kan dan wel betrekking hebben op verschillende contacten. Voor de kortere contacten hanteren een aantal JOINT-instellingen een afzonderlijke Informatie- en Advies-registratiesysteem. De gegevens die hierin zijn opgeslagen zijn niet in dit onderzoek betrokken.

PSC uit Amsterdam neemt een midden-positie in. Zij leggen als ondergrens aan, dat het contact minimaal een kwartier in beslag neemt. Verder moet er sprake zijn van wat genoemd wordt 'procesmatige' hulpverlening. Zij kennen dan echter vervolgens wel een onderscheid tussen zogeheten korte en lange contacten. Wat 'kort' en wat 'lang' genoemd wordt is overigens niet precies vastgelegd. Korte en lange contacten worden geregistreerd met behulp van hetzelfde formulier. Alleen worden bij korte contacten bepaalde vragenrubrieken overgeslagen en worden bij bepaalde vragen andere, meer globale antwoordmogelijkheden gehanteerd.

De meest eenvoudige manier om eenheid in de registratiesystemen te brengen lijkt om alle hulpverleningsgevallen waar hoofdzakelijk informatie en advies gegeven wordt buiten beschouwing te laten. Daarmee wordt het materiaal echter wel heel erg gekortwiekt. Bij de JOINT zou zo'n 37% van alle gegevens afgestoten worden. Bovendien gelden inhoudelijke bezwaren, omdat de informatie en advies-functie een wezenlijk onderdeel is van het AMW. Bovendien zou men in dit opzicht verschillen kunnen verwachten tussen wèl en niet-samenwerkers. Al met al is gekozen voor een oplossing waarbij zoveel mogelijk alle registratiegegevens opgenomen kunnen worden. Dan betekent dat er sprake is van wat ongelijksoortige gegevens en daar moet dan bij de interpretatie uiteraard rekening mee worden gehouden. Voor PSC geldt een wat

bijzondere positie. Daar zijn zoveel mogelijk de gegevens over zowel lange als korte contacten gebruikt. Bij sommige variabelen was dit niet mogelijk en konden alleen de lange contacten in beschouwing worden genomen.

Over het algemeen zijn na de aggregatie de gegevens per maatschappelijk werker vastgelegd in percentages. De noemer waarop gepresenteerd wordt zijn dan alle afgesloten hulpeenheden van een maatschappelijk werker in 1983. Zo krijgen we dan per maatschappelijk werker gegevens als: het percentage cliënten dat contact met hem opneemt op eigen initiatief, het percentage hulpeenheden waarbij de hulpverlening één contact beslaat, etc. Het voordeel van deze werkwijze is dat gegevens van verschillende maatschappelijk werkers op een inzichtelijke wijze vergelijkbaar zijn gemaakt. Er hoeven geen verdere correcties te worden toegepast voor de duur van de werkweek van de maatschappelijk werker, langdurige afwezigheid door ziekte, etc. Het nadeel is dat gerekend wordt met relatieve cijfers, zodat de gevonden verschillen niet in absolute termen geïnterpreteerd kunnen worden.

De gegevens uit verschillende registratiesystemen zijn op een aantal punten niet van dezelfde orde. Als voorbeeld zullen we ons hier beperken tot het benoemen van de problematiek waaraan gewerkt is. Als een cliënt meer dan één probleem heeft, dan wordt niet in alle registratiesystemen aangegeven wat het belangrijkste probleem is. Het gevolg is dat bij de aggregatie van gegevens op maatschappelijk-werker-niveau de problematiek niet simpelweg benoemd kan worden als: het percentage cliënten met financiële problemen, met psychische problemen, etc. Als oplossing is gekozen voor een andere wijze van percenteren: niet over cliënten, maar over problemen. Op alle problemen die een maatschappelijk werker tegenkomt, ziet hij een bepaald percentage financiële problemen, een bepaald percentage relatieproblemen, etc. Meer dan één probleem kan daarbij betrekking hebben op één cliënt.

Het voordeel van deze manier van percenteren is dat verschillen tussen registratiesystemen kunnen worden opgevangen. In het ene systeem is namelijk plaats voor maximaal twee problemen en in het andere systeem voor acht.

Deze afwijkende manier van percenteren was niet alleen bij

de benoeming van problematiek noodzakelijk, maar ook bij: de methode van hulpverlening (meer dan één methode gehanteerd per cliënt), en ook de samenwerking met andere instanties tijdens de hulpverlening (met meer dan één instantie samengewerkt bij dezelfde cliënt).

Niet op alle punten konden de gegevens uit de verschillende registratiesystemen onder een noemer gebracht worden. Dit is niet alleen afhankelijk van de manier waarop de vragen gesteld zijn op het formulier. Ook de wijze waarop de gegevens gecodeerd worden voor opslag in geautomatiseerde vorm is hierbij van belang. In een aantal gevallen betekent dit dat de gegevens van één van de registratiesystemen apart geanalyseerd moeten worden. Bij de bespreking van de resultaten van de analyses zullen we dit waar nodig aangeven.

3.6. Achtergrondkenmerken van de maatschappelijk werker, zijn werkgebied en caseload

Bij het analyseren van verschillen tussen wel en niet-samenwerkers moet rekening worden gehouden met een aantal achtergrondkenmerken die de verschillen tussen wel en niet-samenwerkers zouden kunnen doorkruisen. Het is lastig om vast te stellen welke kenmerken dit moeten zijn. Dit komt omdat we niet terug kunnen vallen op eerder onderzoek. Als daar bepaalde effecten zouden zijn aangetoond, dan zouden we hier meer houvast hebben, als het erom gaat met welke variabelen rekening moet worden gehouden.

We zullen hieronder de variabelen waarvoor we in dit onderzoek gecorrigeerd hebben met de daarbij behorende overwegingen bespreken. We beginnen dan met de variabelen die te maken hebben met het werkgebied van de maatschappelijk werker, daarna volgen kenmerken van de werker, en tot slot komen kenmerken van de caseload aan bod. In sommige analyses zijn namelijk verschillen tussen wel en niet-samenwerkers bestudeerd, waarbij gecorrigeerd is voor bepaalde kenmerken van de cliënten van de maatschappelijk werker.

- Werkgebied

Een variabele die een rol lijkt te spelen als het om verschillen tussen wel en niet-samenwerkers gaat, is de mate waarin er in het werkgebied van de maatschappelijk werker hulpverlenende instanties zijn die als alternatief kunnen gelden voor het AMW. Van een maatschappelijk werker die

werkzaam is in een gebied waar de mensen ook een beroep kunnen doen op een wetswinkel en/of sociaal raadsman en/of MAIC, en/of JAC kan men verwachten dat hij een wat andere caseload-samenstelling heeft. Nu is het heel lastig om voor elke maatschappelijk werker een sociale kaart te maken en die mee te wegen bij de analyses. Daarom is besloten om de urbanisatiegraad van gemeenten waarin een maatschappelijk werker zijn werkgebied heeft als een indicatie te beschouwen voor het voorzieningenaanbod. Daarbij gaan we er dus vanuit dat werkgebieden in gemeenten met een gelijke mate van urbanisatie een min of meer gelijk voorzieningenaanbod hebben. In de praktijk maken we onderscheid tussen gemeenten op: het (verstedelijkt) platteland, steden met minder dan 100.000 inwoners, steden met meer dan 100.000 inwoners maar uitgezonderd de allergrootste steden, en dan Amsterdam en Den Haag.

De indeling in vier categorieën van urbanisatiegraad zal niet alleen iets zeggen over het voorzieningenaanbod, maar ook over de problematiek en kenmerken van de cliënt waarmee een maatschappelijk werker te maken krijgt. De grote steden hebben immers hun eigen problematiek van stadsvernieuwing en grote concentraties allochtonen in oude wijken. En ook de andere urbanisatiegraag-categorieën kennen elk hun eigen problematiek. Het nadeel is echter, dat de urbanisatiegraad van de gemeente nogal een ruwe maat is ten aanzien van het vóórkomen van bepaalde problematiek. Wijken binnen éénzelfde gemeente kunnen in dit opzicht immers sterk verschillen. Daarom is gezocht naar een andere maatstaf die meer is afgestemd op de grenzen van het werkgebied van een specifieke maatschappelijk werker. Het beste aanknopingspunt hiervoor bleek de zogeheten sociale achterstandsscore die berekend is door het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP, 1980). Het Sociaal Cultureel Planbureau heeft op basis van de volkstellingsgegevens uit 1971 berekend hoe groot de sociale achterstand is van alle wijken van alle gemeenten in Nederland. Het nadeel van deze gegevens is dat ze wat achterhaald zijn. Het belangrijke voordeel is echter, dat het de enige maatstaf is die voor heel Nederland op uniforme wijze aanwezig is. Een aantal gemeentelijke herindelingen en grenswijzigingen tussen gemeenten na 1971 zijn overigens verwerkt in de cijfers.

In de sociale achterstandsscore zijn gegevens verwerkt over: opleiding, beroep, inkomen, AOW/AWW-uitkering, huur-

waarde van de woning, en dergelijke van de bevolking in een bepaalde wijk. De uiteindelijk maat wordt indicatief geacht voor een algemeen ongunstige leefsituatie. Hij geeft een relatief slechte positie aan ten aanzien van: arbeidsomstandigheden, macht in de arbeidssituatie, kans op werkloosheid of arbeidsongeschiktheid, vrijetijdsbesteding, gezondheid en het voorkomen van problemen in algemene zin, en politieke participatie.

Een algemene kwestie die we tot nu toe onbesproken hebben gelaten is òf je eigenlijk wel zou moeten corrigeren voor zoiets als probleemaanbod voor het AMW, zoals dat tot uitdrukking komt in de sociale achterstandsscore. Misschien is het probleemaanbod in een bepaalde wijk wel kenmerkend voor de samenwerkingswijze tussen AMW en eerstelijnsgezondheidszorg. Dit zou bijvoorbeeld betekenen dat maatschappelijk werkers die niet samenwerken zich heel bewust richten op andere problemen. We moeten constateren dat op dit punt heel weinig kennis bestaat. We hebben er in dit onderzoek voor gekozen om wel te corrigeren. We denken dat door correctie voor urbanisatiegraad en sociale achterstand de achtergrond waartegen de verschillen tussen wèl en niet-samenwerkers worden bestudeerd zoveel mogelijk gelijk is gemaakt.

Enkele praktische punten in het vaststellen van de urbanisatiegraad en sociale achterstand per maatschappelijk werker hebben we nog niet besproken. Als een maatschappelijk werker in meer dan één gemeente werkt is bij het bepalen van de urbanisatiegraad gekeken naar de gemeente die hij als eerste noemde bij de beschrijving van zijn werkgebied. We nemen dan aan dat de eerstgenoemde gemeente degene is die voor zijn werkgebied het belangrijkste is.

Ook bij het bepalen van de sociale achterstandsscore kan het uiteraard voorkomen, dat een maatschappelijk werker in meer dan één wijk werkzaam is. De score voor zijn totale werkgebied is dan het op basis van het inwonertal gewogen gemiddelde van alle wijken. Bij hele nieuwe wijken of bij benamingen van wijken die in de volksmond afwijken van de officiële aanduidingen is het niet mogelijk om zonder meer een sociale achterstandsscore te bepalen. In die gevallen is contact opgenomen met de betreffende AMW-instelling. Bij nieuwe wijken is in gezamenlijk overleg gezocht naar een

wat oudere, maar qua problematiek wel vergelijkbare wijk. Zo kon toch in verreweg de meeste gevallen een sociale achterstandsscore bepaald worden.

- Kenmerken van de maatschappelijk werker

Ten aanzien van de maatschappelijk werker zelf is er een aantal kenmerken waarvan men kan aannemen, dat ze van invloed zijn op zijn functioneren. In de eerste plaats is dat zijn opleiding en ervaring. Van ervaren maatschappelijk werkers zou men bijvoorbeeld kunnen verwachten, dat ze andere problematiek naar zich toe trekken dan hun pas afgestudeerde collega's. Als indicatie voor de mate van werkervaring kunnen we de leeftijd van de maatschappelijk werker hanteren. Een gegeven dat we echter ook kennen uit de vragenlijst is het jaar waarin de maatschappelijk werker is afgestudeerd aan de sociale academie. Dit kenmerk zal weliswaar sterk gerelateerd zijn aan de leeftijd, maar lijkt illustratiever voor de hoeveelheid werkervaring.

Wat betreft de opleiding maken we onderscheid tussen degenen die de sociale academie gedaan hebben en de maatschappelijk werkers die na de sociale academie hun opleiding hebben vervolgd met de Voortgezette Opleiding (VO). Binnen de VO onderscheiden we dan weer een therapiegerichte specialisatie (casework, gezinsbehandeling, gestalt, e.d.) tegenover de overige specialisaties: een organisatiegerichte, een maatschappijgerichte en een groepsgerichte opleiding.

Een ander kenmerk van de maatschappelijk werker waarmee we rekening kunnen houden, is zijn geslacht. Niet bekend is of en hoe deze variabele van invloed is op bepaalde aspecten van zijn functioneren, maar we kunnen hem in elk geval op tentatieve wijze in de analyses betrekken.

De duur van de werkweek van de maatschappelijk werker moet in ieder geval in het oog gehouden worden, als het gaat om de omvang van de caseload. Hetzelfde geldt voor langdurige afwezigheid bijvoorbeeld als gevolg van ziekte of in-/uitdiensttreding.

- Kenmerken van de caseload

Bij bepaalde analyses zijn de verschillen bestudeerd onder constanthouding van de kenmerken van de caseload van de maatschappelijk werker. Het gaat dan om het benoemen van de problematiek van cliënten en het aanduiden van de methode van hulpverlening die gebruikt is. Daar luidt de onderzoeksvraag als volgt: zijn er verschillen tussen wèl

en niet-samenwerkende maatschappelijk werkers in de wijze waarop zij de problematiek en methode van hulpverlening benoemen bij cliënten met dezelfde achtergrondkenmerken. De kenmerken waar het dan om gaat, zijn: leeftijd, geslacht, sociale klasse en het feit of de cliënt alleen naar het AMW gaat of dat het bijvoorbeeld een (echt)paar betreft. Deze variabelen worden verder uitgewerkt in paragraaf 5.2.

3.7. Multiple Classificatie Analyse

Als analyse-techniek is gebruik gemaakt van de Multiple Classificatie Analyse (MCA). Deze techniek maakt het mogelijk om de verschillen tussen groepen op significantie, algemene geldigheid, te toetsen. De MCA maakt het bovendien mogelijk om verschillen te analyseren op basis van één bepaald onderscheid, terwijl gecorrigeerd wordt voor de invloed van andere variabelen. De verschillen kunnen dan meer eenduidig toegeschreven worden aan het onderscheid. De techniek presenteert groepsgemiddelden in twee versies: een 'gewoon' gemiddelde en een gecorrigeerd gemiddelde. Dit laatste is zoveel hoger of lager dan het gewone gemiddelde, dat de invloed van de variabelen waarvoor gecorrigeerd moeten worden is weggepoetst.

Hierna zullen we aangeven voor welke variabelen gecorrigeerd is. Dat betreft voor een deel dezelfde variabelen in alle analyses, maar voor een ander deel zijn het ook andere variabelen voor de verschillende clusters van de te verklaren variabelen. De resultaten van de analyses worden besproken in hoofdstuk 5: de resultaten van het kwantitatieve onderzoeksdeel. Hierna zullen we in een tabel een overzicht geven van de uitgevoerde correcties.

Tabel 3.3.: overzicht van de MCA-correcties

	werkgebied		maatsch.werk.			caseload			
	urb gr.	soc.ach- gr. terst.	gesl	opl	jaar afst	1*	2*	3*	4*
caseload-kenmerken	x	x	x	x	x				
instroom van cliënten	x	x	x	x	x				
samenwerkingscon- tacten tijdens de hulpverlening	x	x		x	x				
wijze van de be- ëindiging van het contact en verwij- zen van cliënten	x	x		x	x				
problematiek waar- aan gewerkt is en methode van hulp- verlening	x	x				x	x	x	x
omvang van de caseload, duur en omvang van de hulpverlening	x	x			x				
hoeveelheid direct cliëntgericht werk	x	x		x	x				
tijd besteed aan samenwerking	x	x		x	x				

* 1 = percentage éénpersoons hulpeenheden

2 = percentage vrouwelijke cliënten

3 = gemiddelde leeftijd van de cliënten

4 = percentage cliënten met een inkomen uit een uitke-
ring

De tabel geeft aan dat bij alle analyses zoveel mogelijk gecorrigeerd is voor alle kenmerken van de maatschappelijk werker en in ieder geval voor de kenmerken van zijn werkgebied. Dat niet in alle gevallen alle kenmerken van de maatschappelijk werker zijn meegenomen, houdt verband met de 'celvulling': voor een adequate Multiple Classificatie Analyse is het namelijk nodig dat alle mogelijke combinaties (bijvoorbeeld 'mannen met een werkgebied op het platteland, 'vrouwen met een therapie-gerichte VO', etc.) voldoende vaak vóórkomen in de geanalyseerde groep.

Ook in verband met problemen met de celvulling kon de driedeling in de variabele opleiding (sociale academie versus een therapiegerichte VO, versus een niet-therapie gerichte VO) niet gehandhaafd blijven. Deze is vervangen door de dichotomie sociale academie tegenover voortgezette opleiding.

Een andere reden dat soms niet voor alle variabelen is gecorrigeerd, is dat er een maximum is aan het aantal variabelen dat ter correctie kan worden opgenomen. Variabelen die dan weinig effect bleken te hebben, werden vervolgens geschrapt.

Tot slot geeft de tabel duidelijk aan, dat alleen correctie voor caseload-kenmerken heeft plaatsgevonden bij het benoemen van problematiek en methode van hulpverlening.

4. OPERATIONALISATIE VAN SAMENWERKINGSVORMEN

4.1. Onderscheiden van samenwerkingsvormen

In paragraaf 3.1 zijn we uitgekomen op een vraagstelling waarin enerzijds verschillen in functioneren tussen wèl en niet 'geregeld' samenwerkende maatschappelijk werkers aan de orde zijn; aan de andere kant gaat het om verschillen tussen maatschappelijk werkers die een buurtgerichte benadering hanteren ten opzichte van degenen die werken vanuit een geïntegreerde aanpak van de problemen. De vraag is nu hoe we deze verschillen operationeel kunnen maken.

Als het dan gaat om wèl versus niet geregeld samenwerken, dan zijn er duidelijke aanknopingspunten in de vraagstelling. Deze zijn uiteengewerkt in de vragenlijst. Om te beginnen is er een vraag over de mate waarin men geregeld samenwerkt met huisarts en/of wijkverpleegkundige. Verder gaat het in het onderscheid om de inhoudelijke kant van de samenwerking. Aan de hand van de vragenlijstgegevens kunnen we vaststellen of in de samenwerkingscontacten individuele cliënten aan de orde komen. Met deze gegevens in de hand komen we tot de volgende tweedeling van de respondenten: 230 respondenten (41%) vallen in de categorie 'niet-geregelde-samenwerkers' en 332 (59%) in de groep 'wèl-geregelde-samenwerkers'. (We beperken ons dan tot de respondenten van JOINT-instellingen, PSC in Amsterdam en SSIMW in Den Haag, die voldoen aan de eisen van de 'netto-respons' die genoemd zijn in paragraaf 3.4.).

Nu willen we ingaan op de wijze waarop we het onderscheid gemaakt hebben tussen de twee benaderingen die er zouden zijn in algemeen maatschappelijk werk: de buurtgerichte en de geïntegreerde benadering. De achtergronden van deze twee benaderingen kwamen reeds aan de orde in paragraaf 3.1. Bij het onderscheid spelen twee criteria een rol. In de eerste plaats gaat het om de mate waarin de maatschappelijk werker en de eerstelijnsgezondheidszorg een gelijke doelpopulatie hebben. Een grote overlap van doelpopulaties is dan kenmerkend voor maatschappelijk werkers die een geïntegreerde benadering voorstaan. Het tweede criterium houdt verband met

de samenwerkingsrelaties van de maatschappelijk werker. Werkt men vanuit de geïntegreerde benadering, dan staat de samenwerking met de gezondheidszorg voorop. Werkt men daarentegen vanuit de buurtgerichte benadering, dan spelen - ook de samenwerkingsrelaties met hulpverleners die geen deel uitmaken van de gezondheidszorg een belangrijke rol. De scheidslijn vormen de instanties als: het opbouwwerk, de gemeentelijke sociale dienst, de politie, pastores/dominees, het buurthuiswerk e.d. Intensieve samenwerking met dit type instanties is kenmerkend voor de buurtgerichte benadering. Bij de geïntegreerde benadering zal deze samenwerking nauwelijks voorkomen of minstens veel losser van karakter zijn.

Samenvattend kunnen we dus stellen dat het gaat om overlap van doelpopulaties en het feit of men 'alleen' of 'ook' samenwerkt met de gezondheidszorg. We zullen deze criteria hieronder voor dit onderzoek verder uitwerken.

In de eerste plaats willen we de overlap van doelpopulatie met de eerstelijnsgezondheidszorg concretiseren. Bij de eerstelijnsgezondheidszorg spreken we in ieder geval over huisarts en wijkverpleegkundige. Omdat deze twee disciplines uiteraard niet in alle gevallen dezelfde doelpopulatie hebben, is het de vraag: welk van beiden we als maatgevend beschouwen voor de overlap met 'de eerstelijnsgezondheidszorg'. Als we de overlap verdelen in 'klein' (minder dan 50%) en 'groot' (50% of meer), dan blijkt dat in dit onderzoek 76% van de respondenten min of meer dezelfde overlap van doelpopulatie heeft met de huisarts als met de wijkverpleging. Als we er tevens van uitgaan dat de huisarts in veel gevallen de belangrijkste samenwerkingspartner van de maatschappelijk werker zal zijn, dan is het niet onredelijk om de overlap van doelpopulatie met de huisarts als maatgevend te beschouwen voor de overlap van doelpopulatie met de hele eerstelijnsgezondheidszorg.

Nu zullen we het criterium 'alleen' of 'ook' samenwerken met de eerstelijnsgezondheidszorg verder uitdiepen. Dit onderscheid kunnen we met behulp van de in dit onderzoek gehanteerde vragenlijst maar moeizaam maken. Van maatschappelijk werkers die geregeld samenwerken met de eerstelijnsgezondheidszorg weten we welke hulpverleners deelnemen aan hun samenwerkingsbijeenkomsten met de eerstelijnsgezond-

heidszorg. Is er bij dit overleg een hulpverlener van buiten de gezondheidszorg aanwezig, dan weten we dat de betreffende maatschappelijk werker 'ook' samenwerkt met de eerstelijnsgezondheidszorg. Onderhoudt de maatschappelijk echter **gescheiden** contacten met de eerstelijnsgezondheidszorg en met de 'niet-gezondheidszorg', dan zijn we van zijn relaties buiten de gezondheidszorg niet exact op de hoogte. We weten uit een andere vraag echter wèl hoeveel tijd de maatschappelijk werker besteedt aan samenwerking met andere hulpverlenende instanties dan de eerstelijnsgezondheidszorg. We hebben nu als een tamelijk willekeurig criterium genomen, dat maatschappelijk werkers die 10% of meer van hun werktijd aan de samenwerking besteden met hulpverleners van buiten de eerstelijnsgezondheidszorg tot de categorie behoren die 'ook' samenwerkt met de eerstelijnsgezondheidszorg (10% is behoorlijk hoog, maar we moeten wel bedenken dat onder samenwerking, buiten de eerstelijnsgezondheidszorg bijvoorbeeld ook nog de samenwerking met RIAGG's valt; de 10% wordt door ongeveer 10% van alle respondenten gehaald.).

Samenvattend: er zijn twee redenen, die elk op zich voldoende zijn om bij de categorie 'ook-samenwerkers' te worden ingedeeld:

1. opbouwwerk, etc. is aanwezig in samenwerkingsbijeenkomsten met huisarts en/of wijkverpleging;
2. meer dan 10% van de werktijd wordt besteed aan samenwerking met hulpverleners buiten de eerstelijnsgezondheidszorg.

Doordat vrij 'hoge' eisen gesteld worden om in de categorie 'ook-samenwerkers' terecht te komen, mag men aannemen, dat deze categorie behoorlijk zuiver van samenstelling is. In de categorie 'alleen-samenwerkers' zullen echter wel enkele werkers voorkomen die eigenlijk is de categorie 'ook' thuishoren.

Na al deze technische en theoretische toelichting zullen we laten zien hoe het hanteren van de twee criteria voor de respondenten in dit onderzoek uitwerkt.

Tabel 4.1.: aantallen samenwerkende respondenten naar overlap van doelpopulatie en 'alleen' versus 'ook' samenwerken met de eerstelijnsgezondheidszorg (ELGZ) (N=332; JOINT, PSC en Den Haag)

	kleine overlap	grote overlap	
alleen ELGZ	96	117	213
ook ELGZ	61	58	119

(Korthedshalve zullen we in het vervolg de terminologie 'alleen ELGZ', 'kleine overlap', etc. vaak handhaven.). De tabel geeft duidelijk aan, dat niet alleen de combinaties 'alleen ELGZ' met grote overlap van doelpopulaties en 'ook ELGZ' met kleine overlap vóórkomen. De beide andere mogelijke combinaties doen zich in de praktijk weliswaar iets, maar niet heel erg veel minder vaak voor.

De conclusie kan luiden, dat op basis van de beschikbare gegevens geen tweedeling in de respondenten van het onderzoek naar voren komt, die aansluit bij de theoretische indeling van het maatschappelijk werk in de geïntegreerde en buurtgerichte benadering.

Als we dit geconcludeerd hebben, dan zijn er een aantal mogelijkheden om verder te gaan. In de eerste plaats zouden we in de analyse van het cliëntenregistratiemateriaal het onderscheid tussen de twee benaderingen verder kunnen laten vervallen. Dit doet echter helemaal geen recht aan het grote belang dat aan het onderscheid wordt gehecht in bepaalde kringen van het AMW. Dit blijkt onder andere uit de voorstudie voor dit onderzoek (Verhaak, '84, pagina 33). Een andere mogelijkheid is om wat te gaan schuiven met de criteria voor het maken van het onderscheid. Met name de voorwaarde '10% van de werktijd besteed aan samenwerking buiten de eerstelijnsgezondheidszorg' is misschien wat al te stringent. Het nadeel van een dergelijke operatie is echter, dat de onduidelijkheden niet verdwijnen, maar eerder toenemen. Nu is in ieder geval de categorie 'ook samenwerkers' duidelijk. Nog weer een andere mogelijkheid is om het onderscheid 'alleen' versus 'ook' geheel te laten vervallen. Wij kiezen daar echter niet voor, en we zullen in de analyses verschillen bestuderen tussen de vier samenwer-

kingsvarianten, zoals die eerder zijn gespecificeerd. De reden daarvoor is vooral pragmatisch. In de eerste plaats kunnen de verschillen op basis van overlap dan nog evengoed worden beschouwd, als wanneer het onderscheid 'alleen' versus 'ook' zou vervallen. Bovendien kunnen we gewoon afwachten of uit de analyses, als ze op deze wijze worden uitgevoerd, een samenhangend patroon van verschillen te voorschijn komt. Bovendien zou in dat geval het kwalitatieve onderzoeksdeel wellicht nog verdere opheldering kunnen bieden.

Voor de duidelijkheid zullen de analyses om verschillen vast te stellen tussen wèl en niet-samenwerkers afzonderlijk worden uitgevoerd. Als vervolgt worden dan apart de verschillen tussen de vier samenwerkingsvarianten onderzocht.

Al met al moeten we vaststellen, dat we er in dit onderzoek niet goed in geslaagd zijn om het onderscheid tussen de buurtgerichte en geïntegreerde aanpak operationeel te maken. Het criterium 'alleen versus ook samenwerken' is niet erg adequaat gemeten. Een ook in het andere criterium, de mate van overlap van doelpopulaties, schuilt een probleem. In een plattelandssituatie kan een grote overlap van doelpopulatie volledig geografisch bepaald zijn. Als in een dorpsgemeenschap één huisarts en één maatschappelijk werker werkzaam zijn en ze werken samen, dan hebben ze als het ware automatisch een maximale overlap van doelpopulaties. Dit is een heel andere situatie dan wanneer een huisarts, een maatschappelijk werker in een meer verstedelijkte omgeving doelbewust een grote overlap nastreven. Aan de hand van de overlap van doelpopulatie lijkt dus niet geheel eenduidig onderscheid te maken tussen buurtgericht en geïntegreerd werken.

We zullen in dit onderzoek, zoals gezegd, de verschillen tussen de vier onderscheiden samenwerkingsvarianten gewoon analyseren. Het inzicht dat hiermee verkregen wordt zullen we trachten uit te diepen in het kwalitatieve deel van dit onderzoek. We hopen daarmee aanknopingspunten te vinden voor het operationaliseren van de buurtgerichte en geïntegreerde benadering in toekomstig onderzoek.

4.2. Verbanden tussen samenwerkingsvorm en andere verklarende variabelen.

In deze paragraaf willen we ingaan op de relaties die er zijn tussen: de variabelen die de samenwerking van AMW een eerstelijnsgezondheidszorg in kaart brengen, kenmerken van het werkgebied en de caseload van de maatschappelijk werker, en tenslotte kenmerken van de maatschappelijk werker zelf. Deze verbanden zijn in de eerste plaats van belang, omdat zij wellicht de betekenis van de in de vorige paragraaf gesignaleerde vier samenwerkingsvarianten zouden kunnen verdiepen. Bovendien geven zij iets aan van het belang van de correctie door middel van Multiple Classificatie Analyse. Als alle kenmerken gelijkelijk aanwezig zijn in de verschillende samenwerkingssituaties, dan is de correctie niet van zo erg groot belang.

De relaties zijn onderzocht met behulp van Pearson-correlatie-coëfficiënten. We zullen hier geen totaaloverzicht presenteren, maar ons in de bespreking beperken tot de grote lijnen.

- Samenwerking

De correlaties tussen samenwerkingsvorm (vijf variabelen waarbij de waarde 0 staat voor afwezigheid van de betreffende samenwerkingsvorm en de waarde voor aanwezigheid) en de andere onafhankelijke variabelen zijn bijna geen van allen groter dan $r = .15$. De meest opvallende uitzondering daarop is dat de samenwerkingsvorm 'ook ELGZ-grote overlap' het meest voorkomt op het (verstedelijkt) platteland ($r = +.3$). Voorstelbaar is dat het hier vooral om hometeam-achtige samenwerkingsvormen gaat. In deze situatie heeft het maatschappelijk werk dandaarnaast (of eventueel gelijktijdig) contacten met de sociale dienst pastores, etc. De overlap van doelpopulatie met huisarts is in dergelijke situaties haast vanzelfsprekend maximaal, omdat elk dorp vaak zijn eigen vaste huisarts en maatschappelijk werker heeft.

- Overig

De Pearson correlaties geven over het algemeen weinig sterke verbanden te zien. Gradueel gezien, zijn daar enkele uitzonderingen op, die we hier slechts kort zullen noemen. (In hoofdstuk 5 komen we op de meeste van deze relaties terug.).

- Vrouwelijke maatschappelijk werkers hebben meer vrouwelijke cliënten in hun caseload ($r = +.3$).

- In steden tot 100.000 inwoners is de gemiddelde leeftijd van de cliënten van een maatschappelijk werker wat lager ten opzichte van de situatie in de steden met meer dan 100.000 inwoners ($r = \text{resp. } -.2 \text{ en } +.2$).
- Op het (verstedelijkt) platteland hebben maatschappelijk werkers: wat minder éénmalige contacten met hun cliënten ($r = -.2$), wat minder uitkeringsgerechtigden in hun caseload ($r = -.2$).
- Maatschappelijk werkers die niet geregeld samenwerken met de ELGZ hebben wat meer uitkeringsgerechtigden in hun caseload ($r = +.2$). Daar staat tegenover, dat de categorie 'alleen ELGZ-grote overlap' wat minder uitkeringsgerechtigde cliënten hebben ($r = -.2$).

4.3. Contrôle op de samenstelling van de groepen wèl en niet-samenwerkers

In hoofdstuk 3 is uiteengezet vanuit welke cliëntenregistratiesystemen gegevens beschikbaar zijn voor dit onderzoek. Daar staat ook de procedure met betrekking tot de verspreiding van vragenlijsten en de daarop volgende respons beschreven.

In paragraaf 4.1 hebben we de wijze besproken waarop de groepen wèl en niet-samenwerkers zijn samengesteld in dit onderzoek. In deze paragraaf willen we daar echter enige controle op uitvoeren. Dat valt uiteen in twee delen. In de eerste plaats zijn landelijke enkele gegevens beschikbaar met betrekking tot de verhouding tussen het aantal maatschappelijk werkers dat wèl en niet in gestructureerde samenwerkingsverbanden met de eerstelijnsgezondheidszorg zit. In aansluiting hierop willen we een controle bespreken op de indeling in de categorieën wèl en niet-samenwerkers in dit onderzoek.

- Aantallen wel en niet-samenwerkers

Uit de CBS-gegevens (Sociaal Cultureel Kwartaalbericht '84, pagina 3) zijn landelijke gegevens te halen over de aantallen maatschappelijk werkers die wèl en niet een vorm van gestructureerd overleg hebben met de eerstelijnsgezondheidszorg. Het gaat om de volgende gegevens voor 1982:

- Er waren in totaal 2.034 uitvoerende maatschappelijk werkers met een volledige of gedeeltelijke dagtaak.
- 114 maatschappelijk werkers waren werkzaam in een gezondheidscentrum.

- Er waren 138 instellingen die participeerden in 621 home-teams. In aantallen maatschappelijk werkers gerekend waren er 668 personen bij betrokken. Dat wil zeggen gemiddeld 4.84 persoon per instelling.
- Verder waren er nog 93 AMW-instellingen die deelnamen aan een of andere vorm van gestructureerd overleg met de eerstelijnsgezondheidszorg. Hier zijn geen aantallen personen bekend, maar als we aannemen, dat de verhouding hetzelfde is als bij de hometeams, dan komen we uit op zo'n 450 maatschappelijk werkers.

Maken we nu de balans op, dan zouden zo'n $450 + 114 + 668 = 1.232$ van de in totaal 2.034 uitvoerend maatschappelijk werkers enige vorm van gestructureerd overleg hebben met de eerstelijnsgezondheidszorg. In percentages uitgedrukt is landelijk de verhouding tussen wèl en niet-samenwerkers dan 61 versus 39%. In dit onderzoek behoort 59% van de respondenten tot de categorie wèl samenwerkers, terwijl 41% tot de groep niet-samenwerkers behoort (vergelijk paragraaf 4.1). De conclusie is dat de verhouding in het onderzoek de landelijke situatie goed weerspiegelt.

- Contrôle op de samenstelling van de groep niet-samenwerkers

In het JOINT-registratiesysteem wordt per cliënt vastgelegd of zijn maatschappelijk werker gedetacheerd is in een gezondheidscentrum. Zo kan per maatschappelijk werker het percentage cliënten in zijn caseload worden bepaald wat als 'werksoort' gezondheidscentrum heeft. We zullen in de hierna volgende tabel de gemiddelde percentages per samenwerkingsvorm weergeven.

De tabel geeft aan dat de indeling in wèl en niet-samenwerkers redelijk geslaagd is. .3% cliënten met als werksoort gezondheidscentrum bij niet-samenwerkers is te beschouwen als een schoonheidsfout. Ook de verdeling van de percentages aan de vier samenwerkingsvarianten spreekt wel tot de verbeelding.

Een belangrijke conclusie is, dat er geen aanwijzingen zijn dat de procedure van het uitzetten van de vragenlijsten via contactpersonen aan de hand van de maatschappelijk-werker-codes niet geslaagd is. Als in veel gevallen niet de juiste vragenlijst bij de juiste maatschappelijk werker terecht was gekomen, dan zou dat hier een veel groter foutenmarge te zien hebben geven.

Tabel 4.2.: gemiddelde percentages cliënten met als werksoort gezondheidscentrum per samenwerkingsvorm (N=456; JOINT)

niet-samenwerkers	.3%
alleen ELGZ-kleine overlap	3.9%
alleen ELGZ-grote overlap	10 %
ook ELGZ-kleine overlap	.9%
ook ELGZ-grote overlap	7.8%
totaal	4.1%

5. RESULTATEN VAN HET KWANTITATIEVE ONDERZOEKSDEEL

5.1. Inleiding

In dit hoofdstuk willen we de resultaten van de analyses over de geaggregeerde cliëntenregistratiegegevens en over gegevens uit de vragenlijst bespreken. Het gaat om gegevens van instellingen die volgens het systeem van de JOINT registreren (verder aangeduid als JOINT), het Protestants Sociaal Centrum in Amsterdam (verder aangeduid als PSC), de Stichting Samenwerkende Instellingen Maatschappelijk Werk in Den Haag (verder aangeduid als Den Haag), en de vereniging het Samenwerkingsproject in Amsterdam (verder aangeduid als het Samenwerkingsproject). De verschillende aspecten van het functioneren van maatschappelijk werkers zullen successievelijk in de volgende paragrafen worden besproken:

- 5.2. kenmerken van de caseload van de maatschappelijk werker;
- 5.3. instroom van cliënten in het AMW;
- 5.4. samenwerkingscontacten tijdens de hulpverlening;
- 5.5. wijze van beëindiging van contact met het AMW en uitstroom van cliënten;
- 5.6. problematiek waaraan gewerkt is;
- 5.7. methode van hulpverlening;
- 5.8. omvang van de caseload;
- 5.9. duur en omvang van de hulpverlening;
- 5.10. verhouding direct-indirect cliëntgericht werk;
- 5.11. tijd besteed aan samenwerking AMW-ELGZ.

De paragrafen zijn zoveel als mogelijk op dezelfde wijze ingedeeld. Om te beginnen worden de te verklaren variabelen per onderwerp in algemene zin besproken. Dan volgt de bespreking van de resultaten van de Multiple Classificatie Analyses. Eerst komen in elke paragraaf de verschillen tussen wel en niet-samenwerkers aan de orde. Dan volgen de verschillen tussen de vier samenwerkingsvarianten onderling. Tot slot worden de belangrijkste resultaten nog eens op een rijtje gezet.

In principe is nagestreeft de gegevens uit verschillende registratiesystemen zoveel als mogelijk te combineren en ze

ook in een keer te analyseren. Door onoverbrugbare verschillen is dit niet altijd mogelijk. Dit heeft gevolgen voor de bespreking. Die wordt er dan bepaald ingewikkelder op. In de praktijk gaat het om gegevens van PSC en Den Haag. We vonden deze grootstedelijke gegevens dermate belangrijk, dat we echter toch niet besloten hebben om deze afwijkende zaken in een bijlage op te nemen.

Een overzicht van de variabelen waarvoor gecorrigeerd is in de Multiple Classificatie Analyses is te vinden in paragraaf 3.7. Op deze plaats dient daar nog aan toegevoegd, dat de variabele urbanisatiegraad van het werkgebied wat anders gehanteerd is bij het analyseren van de verschillen tussen wèl en niet-samenwerkers dan bij het analyseren van verschillen tussen de vier samenwerkingsvarianten onderling. In het laatste geval zijn in de urbanisatiegraad twee niveaus onderscheiden: (verstedelijkt) platteland versus alle steden. Bij uitsplitsing van de urbanisatiegraad in vier niveaus bleken namelijk problemen te ontstaan met de celvulling van het analysedesign. Overigens, niet alle verschillen die in het materiaal gevonden zijn op basis van urbanisatiegraad worden ook besproken. Uitgangspunt bij de bespreking zijn de verschillen die gevonden zijn op basis van samenwerking. Geeft deze variabele een significant verschil te zien, dan wordt wel aandacht besteed aan eventuele verschillen op basis van urbanisatiegraad.

5.2. Kenmerken van de case-load

5.2.1. Algemeen

In deze paragraaf zullen we verschillen in de case-load-samenstelling bespreken van maatschappelijk werkers in de verschillende samenwerkings situaties.

We zullen ingaan op verschillen ten aanzien van de volgende variabelen:

- leeftijd van de cliënten,
- geslacht van de cliënten,
- wel of niet eerder contact met het AMW van deze instelling,
- samenstelling van de hulpeenheid (één persoon versus (echt)paar versus ouder(s) met kind(eren)),
- bron van inkomsten van de cliënt (loondienst of vrij beroep versus uitkeringen).

Hieronder zullen we deze variabelen stuk voor stuk toelichten.

- Leeftijd van de cliënten

Om de leeftijd van de cliënten te beschrijven staan, vijf variabelen ter beschikking: de gemiddelde leeftijd van de cliënten van een maatschappelijk werker, het percentage tot 21 jaar, het percentage van 21 tot 50 jaar, het percentage tussen 50 en 65 jaar en het percentage van 65 jaar en ouder. Deze variabelen hebben betekening op de oudste cliënt in de hulpeenheid. In de analyses zullen we ons kortheids-halve beperken tot de gemiddelde leeftijd van de cliënten. Voor de gehele groep ligt het gemiddelde op 40.7 jaar (N=544; JOINT + PSC + Den Haag)

- Geslacht van de cliënten

Per maatschappelijk werker kunnen we vaststellen hoe groot het percentage vrouwelijke en mannelijke cliënten in zijn caseload is. Dit percentage heeft dan slechts betrekking op hulpeenheden die uit één persoon bestaan. Het gemiddelde percentage vrouwelijke cliënten is 64.7% (N=543; JOINT + PSC + Den Haag).

- Samenstelling van de hulpeenheid

Voor het beschrijven van de samenstelling van de hulpeenheden staan een drietal percentages ter beschikking; te weten: het percentage hulpeenheden bestaande uit één persoon; het percentage hulpeenheden dat (echt)paren betreft en het percentage ouder(s) met kind(eren).

Omdat vooral de verschillen in het relatieve aandeel van éénpersoons- versus meer-persoons-hulpeenheden interessant zijn zullen we ons in de analyse tot het percentage éénpersoonshulpeenheden beperken. Het totaalgemiddelde voor éénpersoonshulpeenheden ligt op 65.4% (N=543; JOINT + PSC + Den Haag).

- Reeds eerder contact met het AMW van deze instelling

Terwijl bij JOINT en Den Haag uit de registratiegegevens is af te leiden of de cliënt gedurende de afgelopen twee jaar al contact heeft gehad met de AMW instelling, registreert men bij PSC of : de cliënt ooit eerder contact had met PSC over een soortgelijk probleem. Deze omschrijving wijkt bij PSC dus op twee punten af. Kijken we naar de gemiddelden van PSC en JOINT, dan komen die respectievelijk op 17.7 en 28.5%. Vanwege de afwijkingen in de wijze van registreren bij PSC zullen we dit gegeven bij hen niet verder bestuderen.

- Bron van inkomsten van de hulpeenheid

De caseload van een maatschappelijk werker kan worden gekarakteriseerd op basis van de bron van inkomsten van de hulpeenheden. We maken hier het onderscheid tussen hulpeenheden die hun inkomsten hebben uit loondienst of een vrij beroep aan de ene kant en aan de nadere kant hulpeenheden die een uitkering hebben. De bron van inkomsten kan op de cliënt zelf betrekking hebben, maar ook gebaseerd zijn op bijvoorbeeld het loon van de partner van de cliënt.

Het gegeven is niet beschikbaar in het registratiesysteem van PSC. Voor Joint en Den Haag kunnen we echter wel het percentage uitkeringsgerechtigden vaststellen in de caseload van een maatschappelijk werker. Het gemiddelde van deze percentages is 54.3%.

Zoals gezegd, ontbreken cijfers over het percentage uitkeringsgerechtigden bij PSC. Mede omdat dit gegeven ook in andere analyses nog terugkomt hebben we het echter als het ware gereconstrueerd voor PSC. Dit kan met behulp van een statistische techniek die bekend staat als Multiple Regressie Analyse. De essentie is, dat bij JOINT en Den Haag, waar het percentage uitkeringsgerechtigden wel bekend is, is nagegaan of het percentage uitkeringsgerechtigden voorspeld kan worden op grond van andere variabelen. Dit bleek redelijk goed mogelijk met behulp van de variabelen sociale achterstand van het werkgebied van de maatschappelijk werker (A), percentage cliënten in de caseload in de leeftijd tot 50 jaar (B), en het percentage vrouwelijke cliënten in de caseload (C) Zo bleek 27% van de variantie in het percentage uitkeringsgerechtigden te kunnen worden verklaard. Met behulp van de volgende regressie-vergelijking is vervolgens het percentage uitkeringsgerechtigden bij PSC gereconstrueerd:

$$\begin{aligned} \text{percentage uitkeringsgerechtigden} &= \\ &= -3.53 A + .58 B + .17 C - 4.74. \end{aligned}$$

Voor PSC mondt dit uit in een gemiddeld percentage uitkeringsgerechtigden van 54.9% met een variatiecoëfficiënt van .16.

Kijken we naar JOINT, PSC en Den Haag (N=544), dan komen we uiteindelijk uit op een gemiddelde van 54.4% uitkeringsgerechtigden.

- Overzicht van de caseload-kenmerken

Nu alle variabelen zijn besproken die ter beschikking staan om de caseload van de maatschappelijk werker te beschrij-

ven, willen we hier een overzicht presenteren van die variabelen die in het analyseren van verschillen zijn betrokken. Hieronder volgt de tabel.

Tabel 5.1.: caseload-kenmerken ten aanzien waarvan verschillen zijn geanalyseerd.

kenmerk	gemiddelde	N	registratie systeem
gemiddelde leeftijd	40.7 jr	544	Joint, PSC Den Haag
percentage vrouwen	64.7%	543	Joint, PSC Den Haag
percentage 1-persoons hulpeenheden	65.4%	543	Joint, PSC Den Haag
percentage eerder contact	28.5%	509	Joint, Den Haag
percentage uitkeringsgerechtigden	54.4%	544	Joint, PSC Den Haag

5.2.2. Verschillen tussen samenwerkers en niet-samenwerkers

Maatschappelijk werkers die wel respectievelijk niet met de ELGZ samenwerken verschillen blijkens Multiple Classificatie Analyse niet significant ten aanzien van: **leeftijd van de cliënten, geslacht van de cliënten en het percentage hulpeenheden dat uit één persoon bestaat.** Verschillen bestaan er wèl ten aanzien van **het percentage hulpeenheden dat reeds eerder contact had met de AMW-instelling, en het percentage uitkeringsgerechtigden.**

Enigszins buiten de vraagstelling van dit onderzoek blijkt er bovendien een interessante relatie tussen het geslacht van de maatschappelijk werker en zijn cliënten. We zullen

de hier genoemde verschillen na elkaar bespreken.

- Reeds eerder contact met het AMW van deze instelling

De MCA's voor JOINT plus Den Haag geven een significant interactie-effect tussen wel versus niet samenwerken met de ELGZ en de opleiding van de maatschappelijk werker te zien.

Tabel 5.2.: gemiddelde percentage eerder contact met het AMW van de betreffende instelling naar opleiding van de maatschappelijk werker en samenwerkingsvorm; het totaalgemiddelde is 28.5 (N=517; Joint + Den Haag).

	geen samenwerking met de ELGZ	wel samenwerking met de ELGZ	
sociale academie	28.2 (N=152)	28.1 (N=212)	28.1
voortgezette opleiding	32.4 (N= 58)	27.5 (N= 95)	29.3
	29.4	27.9	

Wat blijkt is dat maatschappelijk werkers met een VO, als ze niet samenwerken met de ELGZ, gemiddeld zo'n vijf procent meer cliënten hebben die eerder contact met hun AMW-instelling hadden. Verder zijn er slechts minimale verschillen.

Als terugkerend contact met het AMW vaker voorkomt bij maatschappelijk werkers die al langer in dienst zijn, dan is het niet verwonderlijk dat werkers met een VO daar meer mee te maken krijgen. Vreemd is echter, dat dat alleen opgaat bij maatschappelijk werkers, die niet samenwerken met de ELGZ.

- Percentage uitkeringsgerechtigden

De verschillen in percentages uitkeringsgerechtigden zullen we aan de hand van de onderstaande tabel bespreken.

Tabel 5.3.: gemiddeld percentage uitkeringsgerechtigden in de caseload.

x_1 = het ongecorrigeerde gemiddelde

x_2 = het gecorrigeerde gemiddelde volgens MCA ($R^2 = .15$); het totaal gemiddelde is 54.4%

($N=544$; JOINT + PSC + Den Haag).

geen samenwerking met de ELGZ	wel samenwerking met de ELGZ
$x_1 = 57.7$	$x_1 = 52.3$
$x_2 = 56.7$	$x_2 = 52.8$
$N = 217$	$N = 327$

Bovenstaande tabel geeft aan, dat (als onder andere gecorrigeerd is voor sociale achterstand van het werkgebied van de maatschappelijk werker,) de werkers die niet met de ELGZ samenwerken 3.9% meer uitkeringsgerechtigden in hun caseload hebben.

- Geslacht van de cliënten

Uit de analyses blijkt: vrouwelijke maatschappelijk werkers hebben relatief meer vrouwelijke cliënten en hun mannelijke collega's hebben meer mannen in hun caseload. Na de MCA-correctie bedraagt het gemiddelde percentage vrouwelijke cliënten voor mannelijke werkers 58.8%; voor vrouwelijke werkers 68.6%: een verschil van tien procent.

5.2.3. Verschillen tussen groepen samenwerkers onderling

De groepen maatschappelijk werkers die met de ELGZ samenwerken blijken onderling in een aantal opzicht niet te verschillen: **leeftijd van de cliënten, geslacht van de cliënten en reeds eerder contact met de AMW-instelling.** Wel zijn er significante verschillen met betrekking tot het percentage **'éénpersoons-hulpeenheden'** en met betrekking tot het **percentage uitkeringsgerechtigden** in de caseload. We zullen de verschillen hieronder bespreken.

- Percentage hulpeenheden dat uit één persoon bestaat.

Hieronder de verschillen in een tabel.

Tabel 5.4.: gemiddelde percentages 'eenpersoonshulpeenheden'

x_1 = het ongecorrigeerde gemiddelde
 x_2 = het gecorrigeerde gemiddelde volgens de MCA, ($R^2 = .15$); het totaal-gemiddelde over éénpersoonshulpeenheden bedraagt 64.1%
 (N=318; Joint + PSC + Den Haag)

alleen ELGZ kleine overlap	alleen ELGZ grote overlap	ook ELGZ kleine overlap	ook ELGZ grote overlap
$x_1 = 68.3$	$x_1 = 61.9$	$x_1 = 67.6$	$x_1 = 57.5$
$x_2 = 67.7$	$x_2 = 62.2$	$x_2 = 67$	$x_2 = 58.8$
N = 95	N = 114	N = 55	N = 54

Bovenstaande tabel geeft aan, dat er een scheidslijn in de samenstelling van de caseload loopt tussen maatschappelijk werkers met een kleine versus grote overlap van doelpopulatie met de ELGZ. 'Alleen' of 'ook' met ELGZ samenwerken blijkt hierbij niet zozeer ter zake te doen. Een grote overlap geeft aanleiding tot relatief minder éénpersoonshulpeenheden in de caseload. Het verschil bedraagt rond de 6.3%.

- Percentage uitkeringsgerechtigden

De analyse geeft hier een hoofdeffect samenwerkingsvorm te zien en tevens is sprake van een interactie-effect tussen urbanisatiegraad en samenwerkingsvorm.

Tabel 5.5.: gemiddelde percentages uitkeringsgerechtigden (ongecorrigeerd) naar urbanisatiegraad en samenwerkingsvorm; het totaalgemiddelde is 52% (N=319; JOINT + PSC + Den Haag).

	alleen ELGZ kleine overlap	alleen ELGZ grote overlap	ook ELGZ kleine overlap	ook ELGZ grote overlap	
platte- land	53.1(N=35)	50.4(N=52)	55 (N=15)	45.9(N=44)	50.1
steden	55.4(N=60)	45.7(N=62)	60.5(N=41)	62.1(N=10)	53.5
	54.4	47.9	59	48.9	

Wat in de tabel opvalt is, dat een grote overlap van doelpopulatie met de ELGZ in zijn algemeenheid aanleiding geeft tot relatief minder uitkeringsgerechtigden in de caseload. Het verschil staat min of meer los van 'alleen' of 'ook' samenwerken en ligt in orde van grootte van zo'n zeven procent. Daarnaast bestaan er een aantal verschillen tussen samenwerkers die gekoppeld zijn aan urbanisatiegraad. Het meest in het ook springt hierbij, dat 'ook' samenwerken in de steden aanleiding geeft tot een hoger percentage uitkeringsgerechtigden dan op het platteland. Het verschil bedraagt 12.6% en staat betrekkelijk los van de overlap van doelpopulatie. We moeten daarbij wel bedenken, dat de conclusies hier en daar op een klein aantal maatschappelijk werkers betrekking hebben.

5.2.4. Conclusies

- Er bestaan geen belangrijke verschillen in de leeftijdskenmerken van de caseload van maatschappelijk werkers die wel respectievelijk niet samenwerken met de ELGZ. Ook tussen de verschillende samenwerkingssituaties onderling bestaan geen grote verschillen. De gemiddelde leeftijd van de oudste cliënt in de hulpeenheid is 41 jaar.
- Samenwerking met de ELGZ heeft geen consequenties voor het percentage vrouwelijke cliënten in de caseload. Ook samenwerkers onderling verschillen niet belangrijk in dit opzicht. Gemiddeld bedraagt het percentage vrouwelijke cliënten 64.7%.

Mannelijke maatschappelijke werkers hebben relatief tien procent meer mannelijke cliënten dan hun vrouwelijke collega's.

- Gemiddeld 28.5% van de cliënten had reeds eerder contact met dezelfde AMW-instelling gedurende de twee voorafgaande jaren. Er bestaan in dit opzicht geen grote verschillen tussen wel en niet samenwerkers en ook niet tussen samenwerkers onderling. Wel bestaat er een verschil in het opzicht dat maatschappelijk werkers met een VO die niet samenwerken met de ELGZ zo'n vijf procent meer cliënten in hun caseload hebben die reeds eerder contact hadden met het AMW. Een verklaring zou kunnen zijn dat VO-ers over het algemeen al langer in dienst zijn. Zij zullen dan ook meer vaste klanten hebben. Dit lijkt op zich voor de hand te liggen; vreemd is echter dat het zich dan beperkt tot degenen die niet met ELGZ samenwerken.

- 65.4% van de caseload betreft hulpeenheden die uit één persoon bestaan; 17.5% zijn (echt-)paren; in 15.3% van de gevallen gaat het om ouder(s) met kinderen.

Er zijn geen belangrijke verschillen in het percentage hulpeenheden dat uit één persoon bestaat tussen maatschappelijk werkers die wel en zij die niet samenwerken met de ELGZ. Wel tussen samenwerkers onderling. De resultaten wijzen namelijk uit, dat overlap van de doelpopulaties van ELGZ en AMW gevolgen heeft voor het relatieve aandeel van de hulpeenheden die uit één persoon bestaan. Grote overlap betekent 6.3% minder individuele cliënten; dit los van het feit of de maatschappelijk werker al dan niet exclusief met de ELGZ samenwerkt.

- Gemiddeld 54.4% van de cliënten van een maatschappelijk werker heeft een inkomen uit een uitkering (van zichzelf of van de partner/een gezinslid).

Maatschappelijk werkers die niet met de ELGZ samenwerken hebben relatief 3.7% meer uitkeringsgerechtigden in hun caseload. Daarbij is gecorrigeerd voor (onder andere) urbanisatiegraad en sociale achterstand van het werkgebied van de maatschappelijk werkers.

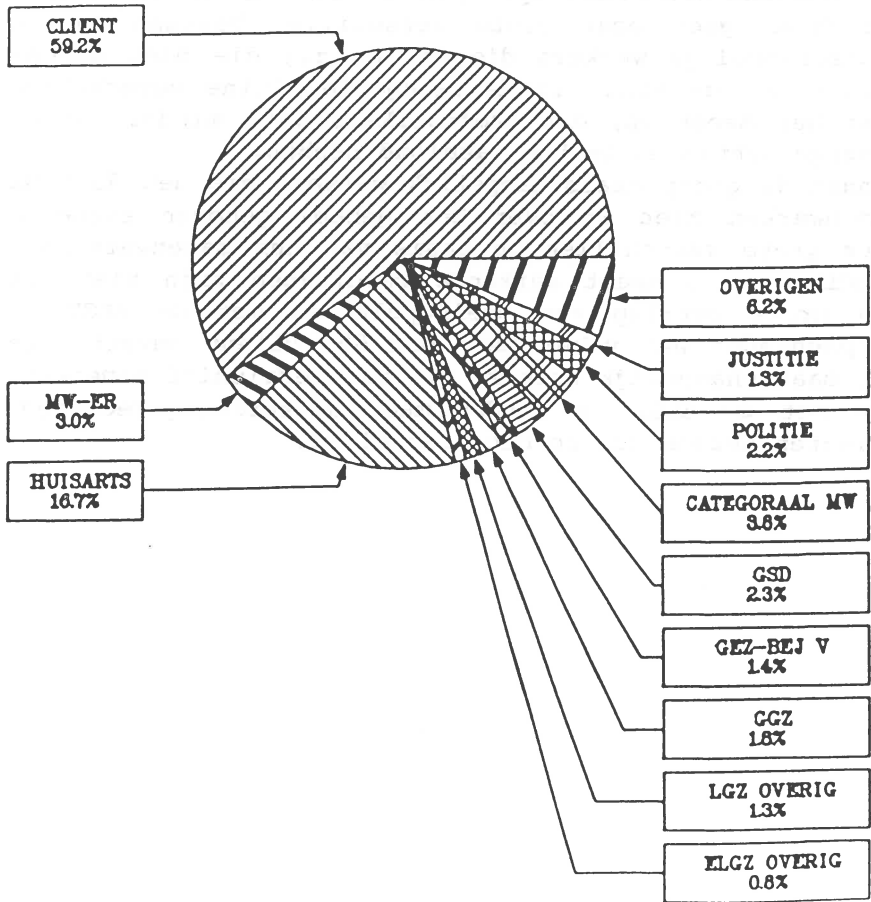
Het percentage uitkeringsgerechtigden bleek voor maatschappelijk werkers die niet exclusief met de ELGZ samenwerken te verschillen, al naar gelang zij in steden werkzaam zijn of op het platteland; dit ongeacht de overlap van doelpopulatie met ELGZ. In de steden is voor

deze werkers het aandeel van de uitkeringsgerechtigden zo'n 10.8% groter.

- Het algemene beeld, dat de resultaten met betrekking tot de caseload-kenmerken oproepen is dat er in de meeste opzichten geen echt grote verschillen bestaan tussen maatschappelijk werkers die wel en zij die niet samenwerken met de ELGZ. In de categorie kleine verschillen valt het meest op, dat samenwerkers iets minder uitkeringsgerechtigden in hun caseload hebben.

Binnen de groep maatschappelijk werkers die met de ELGZ samenwerken zien we over het geheel genomen eveneens geen grote verschillen op basis van hun samenwerkingscondities. De meest markante resultaten zijn hier dat bij grote overlap van doelpopulaties met de ELGZ de hulpeenheden wat vaker meer dan één cliënt omvatten en dat maatschappelijk werkers die niet exclusief samenwerken met de ELGZ in steden meer uitkeringsgerechtigde cliënten hebben dan op het platteland.

GEMIDDELDE INSTROOM PER CATEGORIE



5.3. Instroom van cliënten

5.3.1. Algemeen

Ten aanzien van de instroom van cliënten in het AMW onderscheiden we een twaalftal categorieën van initiatiefnemers tot het contact met het AMW. Om het belang van de verschillende categorieën te kunnen onderscheiden, presenteren we in de onderstaande tabel het gemiddeld percentage ingestroomde hulpeenheden per categorie.

Tabel 5.6.: gemiddelde instroom per categorie met bijbehorende variatiecoëfficiënten (N=567; JOINT + PSC + Den Haag)

contact op initiatief van:	gemiddelde (perc)	variatiecoëfficiënt
1. cliënt/familie/kennissen	59.3	.31
2. maatschappelijk werker zelf	3	1.88
3. huisarts	16.7	.88
4. overige ELGZ	.8	1.92
5. overige lich.gezondheidszorg	1.3	3.87
6. geestelijke gezondheidszorg	1.8	1.59
7. gezins-/bejaardenverzorging	1.4	1.56
8. GSD	2.3	1.5
9. categoriaal maatsch. werk	3.8	1.33
10. politie	2.2	1.46
11. justitie	1.3	1.8
12. overigen	6.2	1.62

Tabel 5.6 laat zien dat er in feite slechts twee belangrijke categorieën initiatiefnemers zijn: de cliënt zelf, en de huisarts. De variatie in het aandeel van deze categorieën is beduidend kleiner dan bij de overige, veel kleinere categorieën.

De Pearson-correlatie-coëfficiënt tussen het percentage instroom via de huisarts en via de patiënt is $-.65$. Dit houdt in, dat naarmate een maatschappelijk werker meer cliënten heeft die op eigen initiatief bij hem aankloppen, hij relatief minder cliënten heeft die op initiatief van de huisarts contact met hem zoeken.

De inhoudelijke betekenis van dit resultaat is echter twijfelachtig, omdat puur cijfermatig gezien instroom via de huisarts wel ten koste moet gaan van instroom via de cliënt die 59.3% van alle instroom voor zijn rekening neemt.

Daarom hebben we ook de correlaties tussen absolute aantallen hulpeenheden instroom op eigen initiatief en via de huisarts bestudeerd. Om de absolute aantallen vergelijkbaar te houden zijn ze omgerekend naar:

1. een 40-urige werkweek voor alle maatschappelijk werkers,
2. 100% feitelijk cliëntgericht werk,
3. een volledig werkjaar (afwezigheid wegens ziekte e.d.).

De geconstateerde relatie tussen de twee instroomkanalen in gepercenteerde vorm blijkt dan geheel te zijn verdwenen ($r=+.06$, n.s.). Instroom via de huisarts gaat dus in absolute zin niet ten koste van de contacten op eigen initiatief.

We zullen ons in de verdere analyse toch baseren op instroom, uitgedrukt in het percentage van het totaal aantal (afgesloten) hulpeenheden van een maatschappelijk werker. Daar zijn twee redenen voor. In de eerste plaats zijn de percentages als een meer directe maat te beschouwen: ze hebben minder bewerkingen in verband met correcties ondergaan (verschillen in duur van de werkweek, percentage feitelijk cliëntgericht werk, etc.). Een andere reden houdt verband met het feit, dat de aantallen hulpeenheden niet voor alle maatschappelijk werkers goed vergelijkbaar zijn: Den Haag registreert korte en lange contacten, Joint in principe alleen lange contacten, en bij PSC is het gegeven van de instroom alleen voldoende gedifferentieërd bekend voor lange contacten.

Hierna zullen we de analyse van verschillen in instroom van cliënten tussen de verschillende categorieën samenwerkende en niet-samenwerkende maatschappelijk werkers bespreken.

De analyses hebben betrekking op de twee belangrijkste instroomkanalen, te weten: de cliënt zelf en de huisarts. De verschillen zijn geanalyseerd met behulp van multiple

classificatie analyses om kenmerken van de maatschappelijk werker en zijn werkgebied constant te kunnen houden. Door gelijkvormigheid van de registratiesystemen op het punt van de instroom van cliënten kon de analyse gelijktijdig worden uitgevoerd voor de maatschappelijk werkers van Joint, PSC (alleen lange contacten) en Den Haag.

5.3.2. Verschillen tussen samenwerkers en niet-samenwerkers

- Instroom via de cliënt zelf

Samenwerking met de ELGZ blijkt een significant effect te hebben op het percentage contacten op eigen initiatief. We zullen het verschil hieronder in een tabel weergeven.

Tabel 5.7.: gemiddeld percentage contacten met het AMW op eigen initiatief; het totaal gemiddelde is 59.1 (N=534; Joint + PSC + Den Haag).
 x_1 = het ongecorrigeerde gemiddelde
 x_2 = het gecorrigeerde gemiddelde volgens de MCA ($R^2 = .06$)

geen samenwerking met de elgz	wel samenwerking met de elgz
$x_1 = 61.9$	$x_1 = 57.5$
$x_2 = 61.3$	$x_2 = 57.6$
N = 215	N = 319

Het verschil houdt in, dat maatschappelijk werkers die niet samenwerken met de ELGZ gemiddeld zo'n 3,7% meer cliënten op eigen initiatief hebben. Het verschil is weliswaar significant, maar feitelijk niet erg groot dus. De urbanisatiegraad van het werkgebied van de maatschappelijk werker blijkt op geen enkele wijze significant van invloed. Urbanisatiegraad is daarbij onderscheiden in (verstedelijkt) platteland versus steden kleiner dan 100.000 inwoners versus steden groter dan 100.000 inwoners versus Amsterdam en Den Haag. Wel blijkt er een significant effect van sociale achterstand: bij grotere sociale achterstand zijn er wat meer contacten op eigen initiatief ($r = .12$).

- Instroom via de huisarts

De analyse wijst uit, dat samenwerking met de ELGZ significant van invloed is op instroom via de huisarts. Hieronder volgt de tabel met verschillen.

Tabel 5.8.: gemiddelde percentages contacten met het AMW op initiatief van de huisarts; het to-taalgemiddelde is 16.8 (N=534; JOINT+ PSC + Den Haag)

x_1 = het ongecorrigeerde gemiddelde

x_2 = het gecorrigeerde gemiddelde volgens de MCA ($R^2 = .14$)

geen samenwerking met de elgz	wel samenwerking met de elgz
$x_1 = 11.9$	$x_1 = 20.7$
$x_2 = 11.5$	$x_2 = 20.4$
N = 215	N = 319

Maatschappelijk werkers die samenwerken met ELGZ krijgen gemiddeld 8.9% meer cliënten via de huisarts dan zij die niet samenwerken met ELGZ.

De urbanisatiegraad van het werkgebied van de maatschappelijk werkers blijkt nergens significant van invloed. Wel van invloed blijkt sociale achterstand, in de zin dat bij toename van de achterstand de instroom via de huisarts wat kleiner is ($r = .18$).

Los van de geanalyseerde verschillen willen we hier opmerken, dat ook bij maatschappelijk werkers die **niet** geregeld samenwerken met de ELGZ, de huisarts verreweg de belangrijkste verwijzer is.

5.3.3. Verschillen tussen groepen samenwerkers onderling -Instroom via de cliënt zelf

Analyse van verschillen tussen de vier groepen samenwerkers onderling geeft een significant interactieeffect te zien tussen de variabelen samenwerkingsvorm en urbanisatiegraad. Ook de hoofdeffecten van beide variabelen zijn sig-

nificant. Verder is er niet sprake van significante effecten. Hieronder het interactie-effect in tabelvorm.

Tabel 5.9.: gemiddelde percentages (ongecorrigeerd) instroom via de cliënt zelf naar samenwerkingsvorm en urbanisatiegraad; het totaal gemiddelde is 57.4 (N=311; Joint + PSC + Den Haag).

	alleen ELGZ kleine overlap	alleen ELGZ grote overlap	ook ELGZ kleine overlap	ook ELGZ grote overlap	
platte- land	58.9 (N=35)	63 (N=52)	59.7(N=15)	54.4(N=44)	59.1
steden	58.2 (N=59)	48.5 (N=60)	64.4(N=36)	55.4(N=10)	55.9
	58.5	55.2	63.1	54.6	

Voorgaande tabel maakt duidelijk, dat het belangrijkste verschil te vinden is bij maatschappelijk werkers die alleen samenwerken met ELGZ met een grote overlap van doelpopulatie en dan bestaat het verschil tussen de twee urbanisatiegraads-categorieën: in de steden is hier gemiddeld 14.5% minder instroom op eigen initiatief dan op het verstedelijkt platteland. Over het geheel genomen blijkt het eigen initiatief in de steden iets kleiner dan op het platteland. De uitzondering hierop is de categorie 'ook ELGZ-kleine overlap' waar het eigen initiatief in de steden 4.7% hoger ligt dan op het platteland. Daarbij moeten we bedenken dat deze samenwerkingsvorm op het platteland weinig voorkomt. Verder zien we, dat grote overlap van doelpopulatie leidt tot minder eigen initiatief; 'ook' of 'alleen' samenwerken met de ELGZ maakt daarbij weinig uit.

- Instroom via de huisarts

De analyse laat significante hoofdeffecten zien voor samenwerkingsvorm en urbanisatiegraad; bovendien vertonen deze twee variabelen een significant interactie-effect op de instroom via de huisarts.

Tabel 5.10.: gemiddelde percentages (ongecorrigeerd) instroom via de huisarts maar samenwerkingsvorm en urbanisatiegraad; het totaal gemiddelde is 20.9 (N=311; Joint + PSC + Den Haag).

	alleen ELGZ kleine overlap	alleen ELGZ grote overlap	ook ELGZ kleine overlap	ook ELGZ grote overlap	
pl. land	16.8(N=35)	21 (N=52)	17.4(N=15)	23.5(N=44)	20.3
steden	16.7(N=59)	31 (N=60)	12.8(N=36)	24.3(N=10)	21.5
	16.7	26.3	14.2	23.6	

De resultaten in deze tabel zijn eigenlijk het complement van hetgeen in de vorige tabel werd gevonden. Bij exclusieve samenwerking met de ELGZ en een grote overlap van doelpopulaties is de instroom via de huisarts in de steden tien procent groter dan op het platteland. De overige verschillen zullen we hier verder niet bespreken, omdat ze feitelijk al besproken zijn bij de vorige tabel.

5.3.4. Conclusies

- De cliënt zelf en de huisarts zijn de belangrijkste initiatiefnemers voor contacten met het AMW. Per maatschappelijk werker bedraagt het gemiddelde percentage instroom via de cliënt 59.3%; het percentage via de huisarts 16.7%.
- Er zijn geen aanwijzingen dat instroom via de huisarts in het AMW in absolute aantallen gerekend ten koste gaat van contacten op initiatief van de cliënt zelf.
- Samenwerking met de ELGZ doet het relatieve aandeel van de instroom via de huisarts met 8.9% toenemen.
- Als de samenwerking van het AMW zich exclusief richt op de ELGZ en hun doelpopulaties sterk overlappen, bestaat in de instroom op eigen initiatief een belangrijk verschil tussen (verstedelijkt) platteland en stedelijke gebieden. In het laatste geval neemt het aandeel in de instroom van de cliënt zelf sterk af. Het gemiddelde in de stad is in een dergelijke samenwerkings situatie zo'n

14.5% lager dan op het platteland. Daarbij sluit aan dat instroom via de huisarts voor deze samenwerkingsvorm juist tien procent groter is in stedelijke gebieden. Een eenduidige verklaring is niet eenvoudig te vinden voor het verschil tussen stad en platteland. Misschien zijn de samenwerkers in deze categorie in steden vooral gevestigd in gezondheidscentra, terwijl op het platteland de overlap van doelpopulatie min of meer door geografische omstandigheden wordt bewerkstelligd. Als in een dorp één huisarts en één maatschappelijk werker werkzaam zijn, en ze werken samen, dan is de overlap van hun doelpopulaties als het ware noodzakelijkerwijze maximaal. Deze overlap kan dan echter inhoudelijk voor de afstemming van werkzaamheden minder betekenis hebben dan in gezondheidscentra. Het gevolg is dat de huisarts in deze situatie minder actief verwijst naar het AMW. Alternatieve verwijsinstanties naar het AMW zijn er ook niet op het platteland. De cliënt moet dus als het ware wel op eigen initiatief komen.

- Bij samenwerking tussen AMW en ELGZ is het vooral de overlap van doelpopulatie die instroom van cliënten op eigen initiatief en via de huisarts naar het AMW bepaalt. Een overlap groter dan vijftig procent betekent gemiddeld 9.6% meer cliënten via de huisarts en 5% minder op eigen initiatief. 'Alleen' samenwerken met de ELGZ verschilt in dit opzicht niet sterk van 'ook' samenwerken met de ELGZ.
- Het interpreteren van verschillen in instroom van cliënten naar het AMW behoeft hier enige relativisering. Stikker wijst er in haar publicatie ('Zelf gaan of verwezen worden: een overschat verschil'; 1982) op, dat verwijzing geringe betekenis heeft voor de motivatie van de cliënt. Bovendien wijst zij erop, dat het vaak niet éénduidig is wie precies de verwijzing gedaan heeft. Voor ons onderzoek heeft dit laatste punt geen belangrijke consequenties, omdat dit voor alle maatschappelijk werkers geldt.
- De belangrijkste conclusie op basis van de geanalyseerde verschillen is, dat bij een geregelde samenwerking met de ELGZ naar verhouding een veel groter deel van de cliënten via de huisarts het AMW binnenstroomt. Dit geldt met name bij grote overlap van doelpopulaties van maatschappelijk werker en ELGZ. Ter relativisering moet

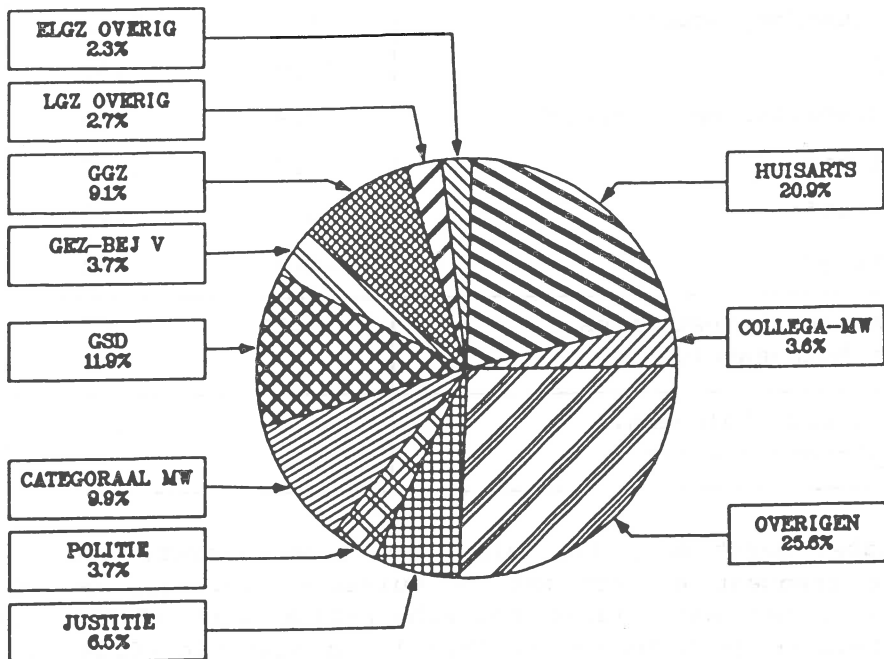
hierbij echter opgemerkt, dat er geen aanwijzingen gevonden zijn, dat instroom via de huisarts in absolute zin in hoge mate ten koste gaat van instroom op eigen initiatief. Verder blijkt, dat de huisarts voor maatschappelijk werkers die niet samenwerken met de ELGZ toch ook de belangrijkste verwijzer is: na de cliënt zelf is hij de meest voorkomende initiatiefnemer tot het contact met het AMW.

5.4. Samenwerking tijdens de hulpverlening

5.4.1. Algemeen

Op dezelfde wijze als bij instroom in het AMW onderscheiden we een aantal categorieën hulpverleners waarmee maatschappelijk werkers samenwerken tijdens de hulpverlening. Er is echter wel een verschil, omdat per hulpeenheid helemaal niet of juist met meer dan één instantie kan worden samengewerkt. Het percentage per categorie geeft hier dan ook aan, hoe vaak is samengewerkt met deze categorie hulpverleners bezien ten opzichte van het totaal aantal hulpverleners waarmee een maatschappelijk werker heeft samengewerkt bij al zijn hulpeenheden.

GEMIDDELDE PERCENTAGES SAMENWERKING



Bij wijze van overzicht presenteren we in de tabel hieronder de gemiddelde percentage per categorie. Deze percentages hebben betrekking op JOINT en PSC (alleen lange contacten). Den Haag komt vanwege de afwijkende codering afzonderlijk aan de orde.

Tabel 5.11.: gemiddelde percentages die de frequentie van de contacten met andere categorieën hulpverleners aangeven. Tevens de bijbehorende variatie-coëfficiënten (N=514; JOINT en PSC)

instantie	gemiddeld percentage	variatie coëfficiënt
collega-maatsch. werkers	3.6	2.88
huisarts	20.9	.86
overige ELGZ	2.3	1.91
overige lich. gez.h.zorg	2.7	1.84
geestelijke gez.h.zorg	9.1	.98
gezins-/bejaardenverz.	3.7	1.32
GSD	11.9	.82
categoriaal maatsch.werk	9.9	.99
politie	3.7	1.37
justitie	6.5	.95
overigen	25.6	.63
gem.aantal instanties per hulpeenheid	.86	.49
gem.perc. hulpeenh. <u>niet-samengewerkt</u>	41	.53

De tabel geeft aan, dat, als wordt samengewerkt, dit het meest frequent gebeurt met de huisarts (20.9%), de GSD (11.9%), het categoriale maatschappelijk werk (9.9%), de geestelijke gezondheidszorg (9.1%), en justitie (6.5%) wat staat voor reclassering, kinderbescherming, advocatuur, rechtswinkel, etc. De grootste variatie zien we bij de weinig voorkomende categorieën. We zullen ons in analyses tot de hierboven genoemde categorieën beperken.

Hieronder zullen we een gelijksoortig overzicht als boven geven voor de maatschappelijk werkers in Den Haag. We presenteren de percentages van JOINT en PSC, op zoveel mogelijk vergelijkbare wijze.

Tabel 5.12.: gemiddelde percentages die de frequentie van de samenwerking met andere hulpverleners aangeven per categorie (N=52; Den Haag)

instantie	gemiddeld perc. Den Haag	gemiddeld perc. JOINT en PSC
collega maatsch.werker	17.8	3.6
huisarts	8.5	20.9
overige gezondheidszorg	2.1	5
geestelijke gezondh.zorg	5.4	9.1
overig	66.2	61.4
gem. aantal instanties per hulpeenheid	.46	.86
gem. perc. hulpeenheden <u>niet</u> -samengewerkt	63.7	41

Het valt op, dat in Den Haag samenwerking met collega maatschappelijk werkers veel vaker voorkomt dan bij JOINT en PSC. Dit is terug te voeren op een verschil in de registratiesystemen. Den Haag registreert ook consultatie van en overleg met collega's, terwijl bij JOINT en PSC alleen cotherapie in de registratie wordt vastgelegd. Tegenover het hogere percentage samenwerking met collega's staan in Den Haag lagere percentages samenwerkingscontacten met de huisarts, overige lichamelijke gezondheidszorg en ook met de geestelijke gezondheidszorg. (De grote restcategorie heeft te maken met de afwijkende coderingswijze in Den Haag.). Wat verder opvalt is, dat in Den Haag, over het geheel bezien, minder wordt samengewerkt dan bij JOINT en PSC. Het gemiddelde percentage hulpeenheden waarbij op geen enkele wijze is samengewerkt bedraagt in Den Haag 63.7% ten op-

zichte van 41% bij JOINT en PSC. Op de relatie van dit afwijkend percentage en andere gesignaleerde verschillen met de wijze waarop wordt samengewerkt met de ELGZ komen we in het vervolg van de paragraaf terug.

Wat betreft de relaties tussen de variabelen die de mate van samenwerking met verschillen categorieën hulpverleners aangeven het volgende: er is weliswaar nog al eens sprake van significante correlaties, maar deze zijn geen van alle erg sterk. De relaties zijn over het algemeen negatief van teken, wat erop wijst, dat maatschappelijk werkers neigen naar vaste samenwerkingsrelaties; dat wil zeggen: werken ze veel met een bepaalde instantie frequent samen, dan werken ze met alle andere instanties minder vaak samen. Bij deze interpretatie moeten we wel bedenken dat hij van niet al te grote betekenis kan zijn, omdat gewerkt wordt met relatieve percentages in plaats van met absolute aantallen.

Voor we met de bespreking van de analyses beginnen, willen we erop wijzen dat waar mogelijk JOINT, PSC en Den Haag gezamenlijk in één analyse zijn betrokken. Dit was redelijk goed mogelijk bij de variabele die het percentage hulpeenheden aangeeft waarbij is samengewerkt (met wie dan ook). Verder is ook de samenwerking met huisarts bij Den Haag goed te identificeren. Daarom is ook hier één analyse gehanteerd.

De overige analyses zijn wel gescheiden voor JOINT en PSC en Den Haag uitgevoerd. Dan dient nog ten aanzien van PSC te worden opgemerkt, dat de analyses hier alleen betrekking hebben op lange contacten.

5.4.2. Verschillen tussen samenwerkers en niet-samenwerkers
Eerst zullen we de variabelen noemen ten aanzien waarvan geen significante verschillen gesignaleerd werden. Het betreft: **samenwerking met de geestelijke gezondheidszorg, samenwerking met de GSD, en samenwerking met de justitie.** Wel zien we verschillen ten aanzien van: **de mate waarin überhaupt met andere hulpverleners wordt samengewerkt, samenwerking met de huisarts en samenwerking met het categoriale maatschappelijk werk.** We zullen deze verschillen hieronder successievelijk bespreken.

- Mate van samenwerking met andere hulpverleners

Hieronder presenteren we de verschillen in een tabel.

Tabel 5.13.: gemiddelde percentages hulpeenheden waarbij is samengewerkt met andere hulpverleners (N=536; JOINT en PSC en Den Haag)

x_1 = het ongecorrigeerde gemiddelde

x_2 = het percentage gemiddelde volgens MCA

($R^2 = .11$); het totaalgemiddelde is 61.3%

geen samenwerking met de ELGZ	wel samenwerking met de ELGZ
$x_1 = 50$	$x_1 = 61$
$x_2 = 51.8$	$x_2 = 59.8$
N = 216	N = 320

(verstedelijkt) platteland	steden tot 100.000 inw.	steden groter dan 100.000 inw.	Amsterdam Den Haag
$x_1 = 62.7$	$x_1 = 56.1$	$x_1 = 54.8$	$x_1 = 41$
$x_2 = 60.3$	$x_2 = 55.4$	$x_2 = 54.2$	$x_2 = 50.7$
N = 209	N = 186	N = 73	N = 68

De tabel geeft aan, dat maatschappelijk werkers die een ge-regelde samenwerkingsrelatie onderhouden met de ELGZ bij acht procent meer van hun hulpeenheden andere hulpverleners betrekken; we laten dan dus even buiten beschouwing wie deze andere hulpverleners zijn.

Ten aanzien van de urbanisatiegraad zien we het grootste verschil tussen het platteland en Den Haag en Amsterdam. Het verschil ligt in de orde van grootte van zo'n tien procent minder samenwerking in Amsterdam en Den Haag. Wellicht houdt dit verschil verband met het veel hogere percentage eenmalige contacten in Den Haag (als gevolg van het daar gebezigde registratiesysteem).

- Samenwerking met de huisarts

Hieronder verschillen in tabelvorm.

Tabel 5.14.: gemiddelde percentages die de frequentie van de samenwerkingscontacten met de huisarts aangeven (N=535; Joint + PSC + Den Haag).

x_1 = het ongecorrigeerde gemiddelde;

x_2 = het gecorrigeerde gemiddelde volgens MCA;

($R^2 = .17$); het totaalgemiddelde is 19.9%.

geen samenwerking met de ELGZ	wel samenwerking met de ELGZ
$x_1 = 12$	$x_1 = 25.2$
$x_2 = 12.7$	$x_2 = 24.7$
N = 215	N = 320

De tabel geeft aan, dat maatschappelijk werkers die een geregelde samenwerkingsrelatie onderhouden met de ELGZ twee maal zo vaak samenwerken met de huisarts dan degenen die een dergelijke relatie niet hebben. Op alle gevallen van samenwerking bezien, gaat het om 24.7 ten opzichte van 12.7%.

De Multiple Classificatie Analyse geeft verder een significante invloed aan van de volgende covariaten: sociale achterstand ($r = -.1$) en jaar van afstuderen ($r = -.1$). Het gaat hier dus om niet erg sterke, negatieve relaties.

- Samenwerking met het categoriale maatschappelijk werk

We zullen de verschillen hierna in tabelvorm weergeven.

Tabel 5.15.: gemiddelde percentages die de frequentie van de samenwerking met het categoriale maatschappelijk werk weergeven (N=483; JOINT + PSC)
 x_1 = het ongecorrigeerde gemiddelde
 x_2 = het gecorrigeerde gemiddelde volgens MCA ($R^2 = .07$); het totaalgemiddelde is 9.9%

geen samenwerking met de ELGZ	wel samenwerking met de ELGZ
$x_1 = 11.8$	$x_1 = 8.8$
$x_2 = 11.6$	$x_2 = 8.9$
N = 180	N = 303

(verstedelijkt) platteland	steden tot 100.000 inw.	steden groter dan 100.000 inw.	Amsterdam
$x_1 = 8$	$x_1 = 10.5$	$x_1 = 12.2$	$x_1 = 16.9$
$x_2 = 8.3$	$x_2 = 10.3$	$x_2 = 12.1$	$x_2 = 16.6$
N = 209	N = 185	N = 73	N = 16

De tabel maakt duidelijk, dat maatschappelijk werkers die een geregelde samenwerking met de ELGZ onderhouden wat minder samenwerken met het categoriaal maatschappelijk werk. Verder is er een verschil op basis van urbanisatiegraad: bij het toenemen van de urbanisatie neemt de samenwerking met het categoriale maatschappelijk werk toe. De mogelijkheden tot samenwerking nemen waarschijnlijk eenvoudigweg toe, omdat in steden meer categoriale instellingen te vinden zijn. (Den Haag is hier buiten beschouwing gelaten, omdat uit registratiegegevens geen specifieke cijfers voor het categoriale maatschappelijk werk zijn te destileren.).

5.4.3. Verschillen tussen groepen samenwerkers onderling

Ten aanzien van drie variabelen bestaan geen verschillen: **Samenwerking met de geestelijke gezondheidszorg, samenwerking met het categoriale maatschappelijk werk, en samenwerking met het categoriale maatschappelijk werk, en samenwerking met het categoriale maatschappelijk werk,** en samenwerking met het categoriale maatschappelijk werk,

king met justitie. Wel zien we verschillen ten aanzien van: het percentage hulpeenheden waarbij samenwerking plaatsvindt, de samenwerking met de huisarts en de samenwerking met de GSD. Hieronder zullen we deze verschillen puntsgewijs bespreken.

- Mate van samenwerking met andere hulpverleners

Hieronder zien we de verschillen in een tabel

Tabel 5.16.: gemiddelde percentages hulpeenheden waarbij is samengewerkt met andere hulpverleners (N=312; JOINT + PSC + Den Haag)

x_1 = het ongecorrigeerde gemiddelde

x_2 = het gecorrigeerde gemiddelde volgens MCA ($R^2 = .16$); het totaalgemiddelde is 61.3%

alleen ELGZ kleine overlap	alleen ELGZ grote overlap	ook ELGZ kleine overlap	ook ELGZ grote overlap
$x_1 = 58.2$	$x_1 = 64.4$	$x_1 = 53.3$	$x_1 = 67.7$
$x_2 = 58.6$	$x_2 = 63.7$	$x_2 = 55.7$	$x_2 = 66.2$
N = 94	N = 112	N = 51	N = 55

De tabel geeft aan, dat bij samenwerking met de ELGZ vooral grote overlap van doelpopulatie aanleiding geeft tot meer samenwerking tijdens de hulpverlening. Het verschil bedraagt 6.9%. Wel of niet uitsluitend samenwerken met de ELGZ blijkt van ondergeschikt belang daarbij.

- Samenwerken met de huisartsen

Tabel 5.17.: gemiddelde percentages die de frequentie van de samenwerking met de huisarts weergeven (N=312; JOINT + PSC + Den Haag)

x_1 = het ongecorrigeerde gemiddelde

x_2 = het gecorrigeerde gemiddelde volgens MCA ($R^2 = .13$); het totaalgemiddelde is 25.6%

alleen ELGZ kleine overlap	alleen ELGZ grote overlap	ook ELGZ kleine overlap	ook ELGZ grote overlap
$x_1 = 21.3$	$x_1 = 32.6$	$x_1 = 17$	$x_1 = 26.6$
$x_2 = 20.9$	$x_2 = 32.4$	$x_2 = 17.2$	$x_2 = 27.5$
N = 94	N = 112	N = 51	N = 55

De tabel geeft aan, dat voor samenwerking met de huisarts vooral overlap van doelpopulatie van belang is. Een grote overlap geeft gemiddeld 11.2% meer samenwerking met de huisarts. Als het AMW zich bij grote overlap uitsluitend richt op de huisarts neemt het relatieve aandeel van de samenwerking met de huisarts nog verder toe. Het verschil tussen 'alleen ELGZ' en 'ook ELGZ' is bij grote overlap van 4.9%.

Urbanisatiegraad in termen van steden versus platteland speelt ten aanzien van bovenstaande resultaten geen rol.

- Samenwerking met de GSD

Tabel 5.18.: gemiddelde percentages die de frequentie van de samenwerking met de GSD weergeven (N=295; JOINT + PSC)

x_1 = het ongecorrigeerde gemiddelde

x_2 = het gecorrigeerde gemiddelde ($R^2 = .12$); het totaalgemiddelde is 11.3%

alleen ELGZ kleine overlap	alleen ELGZ grote overlap	ook ELGZ kleine overlap	ook ELGZ grote overlap
$x_1 = 12.7$	$x_1 = 9.6$	$x_1 = 12.7$	$x_1 = 11.6$
$x_2 = 13.5$	$x_2 = 9.7$	$x_2 = 13.2$	$x_2 = 9.7$
N = 85	N = 111	N = 45	N = 54

De tabel maakt duidelijk dat er na de MCA-correctie een behoorlijk verschil is op basis van overlap van doelpopulaties: grote overlap van doelpopulatie betekent 3.7% minder samenwerking met de GSD.

De significante covariaten (die het gemiddelde bij 'ook ELGZ-grote overlap' omlaag trekken) zijn: sociale achterstand ($r = .1$) en jaar van afstuderen ($r = \text{kleiner dan } .1$). Daarnaast is de urbanisatiegraad van invloed: op het platteland wordt in 4.1% meer gevallen samengewerkt met de GSD.

5.4.4. Conclusies

- Bij 59% van al hun hulpeenheden werken maatschappelijk werkers samen met andere hulpverleners.

Bezien op alle samenwerkingsgevallen nemen de volgende categorieën het grootste aandeel voor hun rekening:

- de huisarts (20.9%);
- de GSD (11.9%);
- het categoriale maatschappelijk werk (9.9%);
- de geestelijke gezondheidszorg (9.1%);
- justitie (5.6%).

Het percentage gevallen waarin men in de vorm van co-therapie samenwerkt met collega maatschappelijk werkers is gering (3.6%).

- Maatschappelijk werkers die een geregelde samenwerkingsrelatie onderhouden met de ELGZ werken bij meer van hun hulpeenheden samen met anderen dan degenen zonder een dergelijke relatie. Het verschil bedraagt 8%.

Kijken we naar de verschillende categorieën hulpverleners waarmee wordt samengewerkt, dan blijkt het verschil geheel toe te schrijven aan de frequentere samenwerking met de huisarts. Het aandeel van de huisarts in alle samenwerkingsgevallen is voor degenen die geregeld met de ELGZ samenwerken zo'n 12% groter op een totaal gemiddelde van 19.9%. Gestructureerde samenwerking tussen maatschappelijk werker en huisarts leidt dus ook tot meer samenwerking in concrete hulpverleningsgevallen. Dit is op zich misschien niet zo verrassend, maar wat wel opvalt is dat de gestructureerde samenwerking met de huisarts nauwelijks leidt tot minder samenwerking met andere hulpverleners.

Een uitzondering hierop is de samenwerking met het categoriale maatschappelijk werk. Hier komen de 'geregelde' samenwerkers wat lager uit, te weten 2.7% op een totaal gemiddelde van 9.9%.

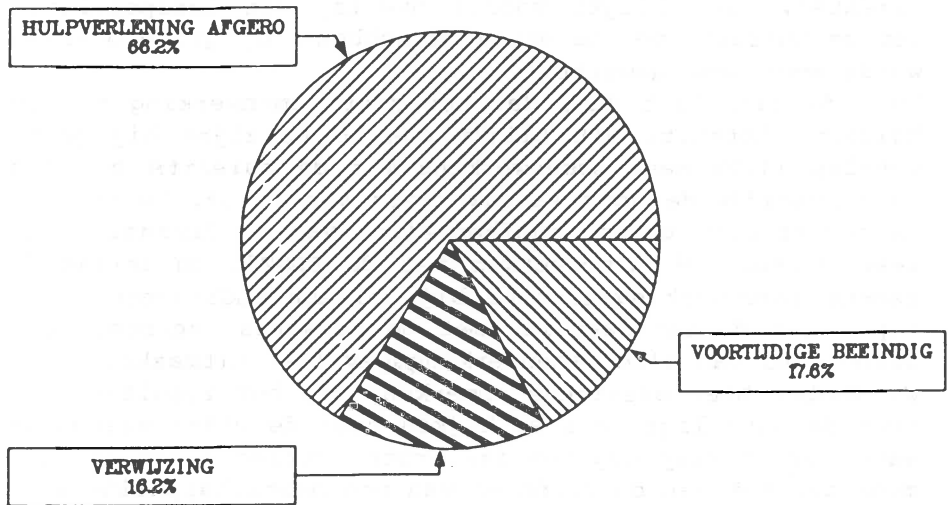
- Samenwerkers verschillen onderling ook in de mate waarin ze samenwerken met anderen tijdens de hulpverlening van cliënten. Daar blijkt vooral overlap van doelpopulatie met de huisarts mee te maken te hebben: bij grote overlap wordt meer samengewerkt.

Voor de hand ligt dan, dat het hier samenwerking met de huisarts betreft. Dit blijkt ook zo te zijn: bij grote overlap 11.2% meer samenwerking met de huisarts bij een totaal gemiddelde voor samenwerkers van 25.6%. De relatie is echter niet geheel onafhankelijk van de dimensie 'alleen versus ook samenwerken met de ELGZ'. Duidelijk de meeste samenwerking zien we bij 'alleen ELGZ-grote overlap' waar de samenwerking met de huisarts nagenoeg één-deel van alle samenwerkingsgevallen uitmaakt.

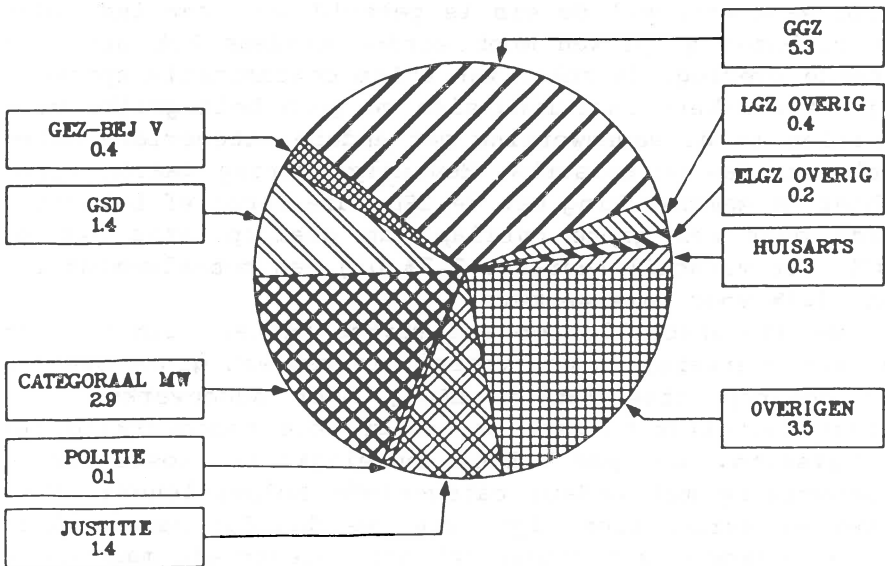
We moeten hier overigens opmerken, dat het resultaat erg voor de hand ligt, als we kijken naar de wijze waarop de mate van overlap gemeten is. Grote overlap houdt in, dat meer dan 50% van de cliënten van een maatschappelijk werker een huisarts heeft met wie hij een vorm van gestructueerd overleg heeft. Dan hoeft dit uiteraard nog niet te leiden tot samenwerking in concrete hulpverleningsgevallen. Maar, omdat bij het samenstellen van de groep 'geregelde samenwerkers' de eis is gesteld dat over individuele cliënten gesproken moet worden tijdens het gestructureerde overleg, is zeker van enige contaminatie sprake.

- Bij samenwerkers onderling zien we geen belangrijke verschillen in de samenwerking met andere categorieën hulpverleners dan de huisarts. Een uitzondering daarop vormt echter de samenwerking met de GSD, die negatief beïnvloed wordt door een grote overlap van doelpopulatie met de ELGZ. Het verschil bedraagt 3.7% bij een totaal gemiddelde van 11.3% voor samenwerkers.
- Als we de verschillen op een rijtje zetten, dan valt op dat samenwerkers, en dan vooral die met een grote overlap van doelpopulatie met de ELGZ, meer samenwerken. Dit blijkt feitelijk te gaan om een grotere samenwerking met de huisarts. Dit gaat echter nauwelijks ten koste van de samenwerking met andere categorieën hulpverleners. Voor zover er verschillen zijn, zien we dan dat samenwerkers in het algemeen wat minder met het categoriale maatschappelijk werk samenwerken. Verder blijkt een grote overlap van doelpopulaties met de ELGZ wat minder samenwerking met GSD te bewerkstelligen.

GEMIDDELDE PERCENTAGES BËËINDIGING CONTACT



UITSTROOM PER CATEGORIE; UITSPLITSING VAN VERWIJZINGEN



5.5. Wijze van beëindiging van het contact en uitstroom van cliënten

5.5.1. Algemeen

We willen hieronder eerst ingaan op de wijzen waarop het contact met de maatschappelijk werker beëindigd wordt. Daarna zullen we dieper ingaan op een speciale vorm van afsluiting van de hulpverlening, te weten de verwijzing naar een andere hulpverlener: de uitstroom uit het AMW.

- wijze van beëindiging contact

Ten aanzien van de wijze van beëindiging van het contact onderscheiden we drie mogelijkheden: de hulpverlening is afgerond, verwijzing naar een andere hulpverlener, en vroegtijdige beëindiging van de hulpverlening. Per registratiesysteem hebben deze drie mogelijkheden soms een iets andere inhoud.

Hieronder geven we in een tabel een overzicht van het relatieve aandeel van de drie mogelijkheden voor JOINT, PSC (lange en korte contacten) en Den Haag samen.

Tabel 5.19.: gemiddelde percentages hulpeenheden naar de wijze waarop het contact beëindigd is (N=567; JOINT + PSC + Den Haag)

beëindiging	gemiddelde (perc.)	variatie-coëfficiënt
hulpverlening afgerond	66.2	.22
verwijzingen	16.2	.66
voortijdige beëindiging	17.6	.62

Wat blijkt is, dat twee derde deel van de hulpeenheden het predicaat 'afgerond' krijgt. Daarin bestaat opvallend weinig variatie tussen maatschappelijk werkers onderling. Verwijzingen en voortijdige beëindiging nemen elk grofweg nog één zesde voor hun rekening.

- Uitstroom

Ten aanzien van de uitstroom van de cliënten uit het AMW onderscheiden we een tiental categorieën van hulpverleners

naar wie verwezen wordt. Hieronder presenteren we de gemiddelde percentages verwezen hulpeenheden naar deze categorieën. De cijfers hebben betrekking op JOINT en PSC (alleen lange contacten). Den Haag komt vanwege de afwijkende codering later aan bod.

Tabel 5.20.: gemiddelde percentages verwezen hulpeenheden per categorie hulpverleners.
(tevens bijbehorende variatie-coëfficiënten; N=514; JOINT + PSC).

instantie	gemiddelde	variatie-coëfficiënt
huisarts	.3	5.61
overige ELGZ	.2	5.72
overige lich. gez.heidszorg	.4	2.75
geestelijke gez.heidszorg	5.3	.93
gezins-/bejaardenverzorging	.4	2.56
GSD	1.4	1.63
categoriaal maatsch. werk	2.9	1.32
politie	.1	6.78
justitie	1.4	1.46
overigen	3.5	1.4
gemiddelde percentage verwezen hulpeenheden	16	.67

De tabel geeft aan, dat in wezen vier categorieën van enige betekenis zijn. In de eerste plaats is dat de geestelijke gezondheidszorg waar 5.3% van alle hulpeenheden naar toe wordt verwezen. Naar het categoriale maatschappelijk werk wordt gemiddeld 2.9% van de hulpeenheden van een maatschappelijk werker verwezen. Dan volgen de gemeentelijke sociale dienst en justitie met elk 1.4%. In de analyses zullen we ons tot de hierboven genoemde categorieën beperken.

Blijkens de variatiecoëfficiënt zijn de verschillen tussen maatschappelijk werkers ten aanzien van alle categorieën verwijsbestemmingen aanzienlijk. Alleen de geestelijke gezondheidszorg vormt hier een uitzondering met een wat geringere variatie.

Hieronder zullen we ingaan op het belang van de verwijsbestemmingen voor maatschappelijk werkers in Den Haag.

Tabel 5.21.: gemiddelde percentages verwezen hulpeenheden per categorie voor de maatschappelijk werkers in Den Haag (N=53)

instantie	gem. (perc.)	vergelijkbaar gem.perc.JOINT+PSC
huisarts/gezondheidscentrum	.2	.3(huisarts)
(algemeen) maatsch. werk	4.3	-
gezins/bejaardenverzorging	.3	.4(gezins.bej.zorg)
GSD	1.7	1.4(GSD)
geestelijke gezondheidszorg	2.5	5.3(geest.gez.h.z.)
opbouwwerk/samenlevingsopbouw	8.7	-
gem.perc.verw. hulpeenheden	17.5	16

Het gemiddelde percentage verwezen is in Den Haag van dezelfde orde van grootte als bij PSC + JOINT. Vergelijkbare categorieën komen ook op ongeveer hetzelfde gemiddelde uit met uitzondering van de geestelijke gezondheidszorg. De relatie tussen deze afwijkingen en de samenwerking met de ELGZ komt in het vervolg van de paragraaf aan bod.

De Pearson-correlatie-coëfficiënten tussen de variabelen die de verschillende verwijsstromen representeren zijn hier en daar wel significant, maar zelden groter dan $r = .15$. Daarbij valt op, dat praktisch alle correlaties positief van teken zijn, wat er op duidt dat verwijzen een algemene eigenschap is van een maatschappelijk werker: verwijst hij

meer naar een bepaalde instantie dan doet hij dat ook wat meer naar willekeurig elke andere.

- Verschillen

Waar mogelijk zullen we de analyses zoveel mogelijk voor JOINT, PSC en Den Haag tegelijkertijd uitvoeren. Dit geldt voor de volgende variabelen: alle drie de variabelen in verband met de wijze van beëindiging van het contact; verder ten aanzien van de uitstroom bij: verwijzingen naar de geestelijke gezondheidszorg, en verwijzingen naar de GSD. Verwijzingen naar het categoriale maatschappelijk werk en naar justitie zijn bij Den Haag niet goed traceerbaar. Deze zullen dan ook alleen voor PSC en JOINT worden geanalyseerd.

5.5.2. Verschillen tussen samenwerkers en niet-samenwerkers

- Wijze van beëindiging contact

De Multiple Classificatie Analyses laten in één opzicht een significant verschil zien en dat betreft het percentage **afgeronde hulpeenheden**. Geen significante verschillen dus wat betreft het percentage verwijzingen en voortijdige beëindigingen.

Tabel 5.22.: gemiddelde percentages hulpeenheden waarbij de hulpverlening is afgerond (N=536; JOINT + PSC + Den Haag)

x_1 = het ongecorrigeerde gemiddelde

x_2 = het gecorrigeerde gemiddelde volgens MCA ($R^2 = .08$); het totaal gemiddelde is 66.4%

geen samenwerking met de ELGZ	wel samenwerking met de ELGZ
$x_1 = 64.3$	$x_1 = 67.8$
$x_2 = 64.8$	$x_2 = 67.4$
N = 216	N = 320

(verstedelijkt) platteland	steden tot 100.00 inw.	steden groter dan 100.000 inw.	Amsterdam Den Haag
$x_1 = 68$	$x_1 = 67.1$	$x_1 = 66.4$	$x_1 = 59.4$
$x_2 = 67.7$	$x_2 = 66.9$	$x_2 = 66.7$	$x_2 = 60.6$
N = 209	N = 186	N = 73	N = 68

De tabel maakt duidelijk, dat samenwerkers iets meer afgeronde hulpverleningen hebben (2.6%). Het verschil is blijkens de significantie wel systematisch aanwezig, maar bezien op het totaal gemiddelde van 66.4% toch niet erg groot te noemen.

Het tweede deel van de tabel geeft aan, dat het percentage afgeronde hulpverleningen in Den Haag en Amsterdam ook wat lager is. Ten opzichte van het platteland, waar de meest afgeronde hulpeenheden zijn, bedraagt het verschil 7.1%. De variabele afgeronde hulpverlening is het complement van de variabelen verwijzing en voortijdige beëindiging. Kijken we naar significante verschillen in deze laatste twee variabelen, louter op basis van verschillen in urbanisatiegraad, dan zien we alleen een verschil bij het percentage voortijdige beëindiging. Na MCA-correctie is het percentage voortijdig beëindigde hulpverleningen in Amsterdam en Den

Haag 8.6% hoger. Minder afgeronde hulpverleningen gaat dus in Amsterdam en Den Haag niet gepaard met meer verwijzing, maar wel meer afgebroken contacten. Naar de oorzaak van dit verschil kunnen we slechts gissen.

- Uitstroom

De analyses wijzen uit, dat samenwerkers en niet-samenwerkers op geen enkele wijze significant in hun verwijzingspatroon verschillen. Alle geanalyseerde verwijzingsstromen geven geen verschil te zien en dat geldt, zoals we al zagen, ook voor de omvang van het verwijzen in het algemeen.

5.5.3. Verschillen tussen groepen samenwerkers onderling

- Wijze van beëindiging contact

In de wijze waarop het contact beëindigd wordt, vonden we geen enkel significant verschil tussen met de ELGZ samenwerkende maatschappelijk werkers onderling. Dit geldt dus ook voor de relatieve omvang van het verwijzen.

- uitstroom

Ook hier zien we weinig verschillen ten aanzien van specifieke verwijzingsbestemmingen. Alleen het verwijzen naar instanties in de sfeer van justitie geeft verschillen te zien.

Tabel 5.23.: gemiddelde percentages hulpeenheden verwezen naar justitie (N=295; JOINT + PSC)

x_1 = ongecorrigeerd gemiddelde

x_2 = gecorrigeerd gemiddelde volgens MCA ($R^2 = .06$); het totaalgemiddelde is 1.27

alleen ELGZ kleine overlap	alleen ELGZ grote overlap	ook ELGZ kleine overlap	ook ELGZ grote overlap
$x_1 = 1.3$	$x_1 = 1.2$	$x_1 = 2$	$x_1 = .7$
$x_2 = 1.4$	$x_2 = 1.2$	$x_2 = 2$	$x_2 = .5$
N = 85	N = 111	N = 45	N = 54

Het belangrijkste verschil is te vinden tussen degenen die 'ook' samenwerken met de ELGZ met een kleine overlap van doelpopulatie versus 'ook'-samenwerkers met een grote overlap. De eerst genoemden verwijzen verhoudingsgewijs veel

meer naar hulpverleners en andere instanties in de sfeer van de justitie dan de laatsten. Een verklaring voor het verschil lijkt niet erg voor de hand te liggen.

5.5.4. Conclusies

- Met betrekking tot de wijze waarop het contact met de hulpeenheid wordt beëindigd, vinden we de volgende gemiddelde percentages per maatschappelijk werker:
 - hulpverlening afgerond: 66.2%;
 - verwijzing: 16.2%;
 - voortijdige beëindiging: 17.6%.
- Van Gelder (1982) gaat in op de methodische aspecten die aan de afsluiting van de hulpverlening vastzitten voor de maatschappelijk werker. Ook signaleert hij de problemen die zich kunnen voordoen bij het constateren van bijvoorbeeld het feit dat een contact afgebroken is. Als we de lijnen uit zijn publicatie doortrekken naar de boven gepresenteerde cijfers, dan houdt dat vooral een waarschuwing in voor het hanteren van de cijfers als zeer nauwkeurig feitenmateriaal. De cijfers geven wellicht niet veel meer dan een indicatie van de relatieve verhoudingen tussen de verschillende afsluitingsmogelijkheden. Als het gaat om verschillen tussen maatschappelijk werkers, dan gaat dit veel minder op. De problemen van 'is het nu een voortijdige beëindiging van het contact of een afgeronde hulpverlening?' lijken voor alle maatschappelijk werkers gelijkelijk te gelden. Er is in elk geval geen reden om aan te nemen, dat 'samenwerkers' in dit opzicht verschillen van 'niet-samenwerkers'.
- In de wijze waarop maatschappelijk werkers de beëindiging van de hulpverlening classificeren bestaan nauwelijks verschillen. Dit geldt zowel voor samenwerkers ten opzichte van niet-samenwerkers, als voor samenwerkers onderling. Geen verschillen dus in het relatieve aandeel van afgeronde hulpverleningen, verwijzingen en voortijdige beëindigingen in caseload. Daarop bestaat één uitzondering: samenwerkers hebben 2.6% meer afgeronde hulpverleningen. Bezien op een totaal gemiddelde van 66.4%, is dit verschil echter niet bepaald groot te noemen. Als we louter de invloed van urbanisatiegraad bestuderen, dan valt op dat het aantal afgebroken contacten in Amsterdam en Den Haag hoger ligt dan in minder verstedelijkte gebieden.

- Zoals we zagen, wordt gemiddeld 16% van alle hulpeenheden in de caseload van een maatschappelijk werker verwezen naar een andere hulpverlener. Daarvan verwijst men de meeste hulpeenheden naar de geestelijke gezondheidszorg (5.3%). Dan volgt het categoriale maatschappelijk werk met 2.9%. Op een gedeelde derde plaats komen de gemeentelijke sociale dienst en hulpverleners en instanties in de sfeer van justitie met 1.4%.
- Er zijn geen belangrijke verschillen in de omvang van de verwijspercentages en in het relatieve aandeel van de verschillende verwijsbestemmingen. Dit geldt zowel voor samenwerkers versus niet-samenwerkers als voor samenwerkers onderling. Een moeilijk te verklaren uitzondering hierop vormen degenen die 'ook' samenwerken met de ELGZ; zij verwijzen bij een kleine overlap van doelpopulatie met de ELGZ veel meer naar justitie dan bij grote overlap.
- In de resultaten overheerst het beeld van ontbreken van verschillen. Op enkele minimale verschillen na, zien we geen significante verschillen in de wijze waarop de hulpverlening wordt afgerond. Dat geldt ook voor de omvang van de uitstroom uit het AMW en specifieke verwijsbestemmingen.

5.6. Problematiek waaraan gewerkt is

5.6.1. Algemeen

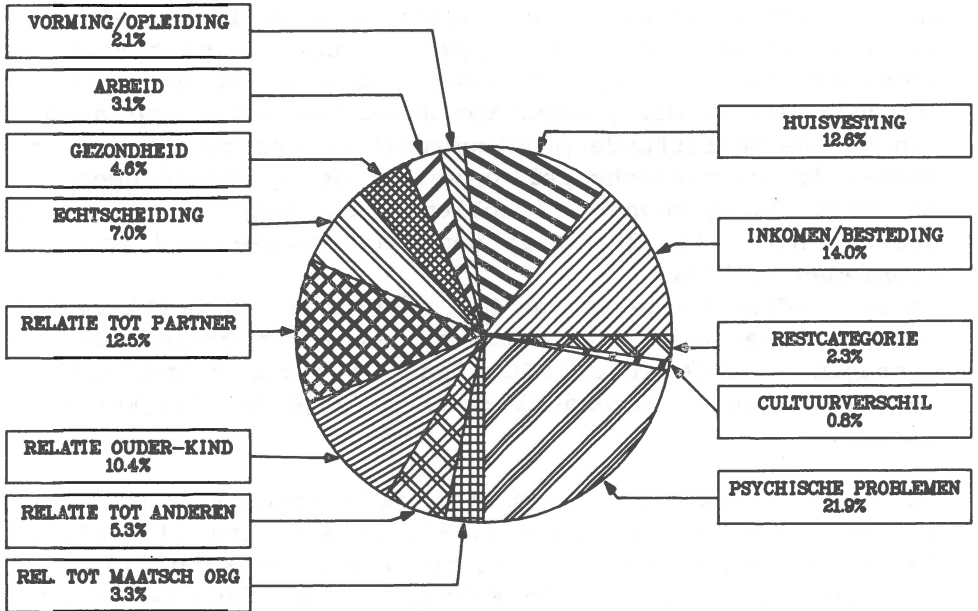
In deze paragraaf zullen we ingaan op de problematiek waaraan gewerkt is tijdens de hulpverlening. Als maat voor het vóórkomen van een bepaald soort problematiek gebruiken we een percentage. Dit percentage geeft het relatieve aandeel aan van de betreffende probleemsoort op het totaal van problemen dat de maatschappelijk werker gesignaleerd heeft bij al zijn hulpeenheden. (Problemen en hulpeenheden lopen daarbij niet altijd één op één; één hulpeenheid kan meer problemen hebben.

Om een indruk te geven van het vóórkomen van probleem-vel-den presenteren we hieronder een tabel met gemiddelde percentages voor JOINT en PSC (lange + korte contacten). Op Den Haag gaan we afzonderlijk in vanwege de afwijkende codering.

De meest voorkomende problemen zijn psychische problemen (21.9%), inkomen/besteding (13%), huisvesting (13.6%), relatie tot de partner (12.5%), relatie ouder-kind (10.4%) en echtscheiding (7%). In de Multiple Classificatie Analyses zullen we ons hiertoe beperken.

Het maatschappelijk werk in Den Haag kent zijn eigen indeling van de problematiek waaraan gewerkt is. De cijfers zijn niet zonder meer vergelijkbaar met die van de JOINT en PSC.

PROBLEMATIEK WAARAAN GEWERKT IS



Tabel 5.24.: gemiddelde percentages die het voorkomen van probleemvelden aangeven. Tevens de bijbehorende variatie-coëfficiënten (N=525, JOINT en PSC)

probleemveld	gemiddelde percentage	variatie-coëfficiënt
inkomen/besteding	14	.77
huisvesting	12.6	.64
vorming/opleiding	2.1	3.23
arbeid	3.1	.95
gezondheid	4.6	1.33
echtscheiding	7	.79
relatie tot de partner	12.5	.56
relatie ouder-kind	10.4	.65
relatie tot anderen	5.3	.97
relatie tot maatsch.organisaties	3.3	1.32
psychische problemen	21.9	.5
cultuurverschil	.8	3.52
restcategorie(probleem onbek. multiprobleemgezin)	2.3	1.39
gem.aant.problemen per hulpeenh.	1.38	.21

De cijfers in de hierna volgende tabel geven aan, dat de materiële problematiek (inkomen en huisvesting) in Den Haag duidelijk het vaakst voorkomt; bij JOINT en PSC komt die pas op de tweede plaats. Wellicht is dit verschil terug te voeren op een verschil in de registratiesystemen: Den Haag registreert alle 'korte' contacten.

Tabel 5.25.: gemiddelde percentages die het voorkomen van probleemvelden aangeven (N=53, Den Haag)

probleemveld	gemiddelde percentage	vergelijkbaar percentage JOINT + PSC
materiële problematiek	39.9	26.6 (inkomen + huisvesting)
relatie tot anderen	33.3	38.5 (relatie tot)
immateriële problematiek	14.8	10.6
relatie tot zichzelf	11.1	21.9 (psychische problemen)
verwezen	.8	2.3 (rest categorie)

Verder valt op, dat, in zoverre onder 'psychische problemen' hetzelfde verstaan wordt als onder 'relatie tot zichzelf', psychische problemen bij JOINT en PSC een veel groter aandeel hebben dan bij Den Haag.

Terug naar de cijfers van JOINT en PSC. Als we kijken naar de correlaties tussen de percentages die het voorkomen van de verschillende probleemvelden aangeven, dan valt daarin een bepaalde lijn te ontdekken. De percentages problematiek in verband met inkomen/besteding, huisvesting, vorming/op-leiding, arbeid en ook wel relatie tot maatschappelijke organisaties correleren, niet al te sterk maar wel systematisch negatief met het percentage psychische problemen, relatie ouder-kind, relatie tot de partner en relatie tot anderen. Het lijkt zo te zijn dat maatschappelijk werkers zich enigszins specialiseren: of in psychische en relatie problemen of in de meer materiële problemen. Om een indicatie te geven van de sterkte van de relaties het volgende: de sterkste negatieve correlatie zien we tussen inkomen/besteding en psychische problemen ($r = -.4$), maar over het algemeen variëren de correlaties rond $-.2$.

5.6.2. Verschillen tussen samenwerkers en niet-samenwerkers

We zullen hier allereerst de verschillen voor JOINT en PSC bespreken en vervolgens ingaan op Den Haag.

JOINT + PSC

Op grond van het onderscheid wel versus geen samenwerking werden geen significante verschillen gevonden met betrekking tot: **psychische problemen, inkomen/besteding, huisvesting, relatie ouder-kind en echtscheiding**. Wel bleek er een verschil ten aanzien van problematiek in verband met de **relatie tot de partner**. Dit verschil zullen we hier nader bespreken.

- relatie met de partner

Er is sprake van een hoofdeffect samenwerking, terwijl er tevens een interactie-effect is van samenwerking met de variabele die staat voor het percentage één persoonshulpeenheden in drie categorieën.

Tabel 5.26.: gemiddelde percentage (ongecorrigeerd) problematiek op het terrein van de relatie tot de partner naar samenwerking en verschillende categorieën van aantallen éénpersoons hulpeenheden (N=504; JOINT + PSC).

éénpersoons hulpeenheden:	geen samenw. met de ELGZ	wel samenw. met de ELGZ	
minder dan 58.6%	10.9 (N=64)	14.7 (N=114)	13.4
tussen 58.6 en 74.7%	13.4 (N=63)	12.7 (N=113)	12.9
meer dan 74.7%	9.4 (N=61)	12.1 (N= 89)	11.2
	11.2	13.3	

De tabel geeft aan, dat samenwerkers 2.1% meer relatieproblematiek onderkennen dan niet samenwerkers. Dat geldt echter niet voor samenwerkers met een gemiddeld aantal éénpersoons hulpeenheden. Zij onderkennen juist wat minder problemen op het terrein van de relatie tot de partner dan hun niet-samenwerkende tegenhangers. Voor een interpretatie van dit wat merkwaardige interactie-effect zouden we waarschijnlijk het percentage echtparen in de caseload in de

analyses moeten betrekken. Gezien de geringe omvang van de verschillen, loont dit echter nauwelijks de moeite.

DEN HAAG

In de hierna volgende tabel staan de verschillen tussen wel en niet met de ELGZ samenwerkende maatschappelijk werkers in Den Haag. De aantallen zijn te klein voor statistische analyses, zodat volstaan wordt met de presentatie van ongecorrigeerde gemiddelden.

Tabel 5.27.: gemiddelde percentage problemen voor de maatschappelijk werkers in Den Haag.

probleemveld	gem.perc.niet samenw. ELGZ (N=36)	gem.perc.wel samenw. ELGZ (N=17)
immateriële problematiek	14.8	14.9
materiële problematiek	39.9	36.1
relatie tot zichzelf	9.9	13.8
relatie tot anderen	32.5	34.9

De tabel geeft aan, dat samenwerkers wat minder in contact komen met materiële problematiek en wat meer met problematiek op de terreinen: relatie tot zichzelf en relatie tot anderen. De verschillen zijn echter maximaal zo'n vier procent.

5.6.3. Verschillen tussen groepen samenwerkers onderling

We bespreken hier slechts verschillen voor JOINT en PSC. De aantallen samenwerkende maatschappelijk werkers in Den Haag zijn te klein voor het bestuderen van verschillen tussen samenwerkers onderling.

We zien geen significante verschillen wat betreft: psychische problemen, huisvesting, relatie tot de partner, relatie ouder-kind en echtscheiding. **Wel bestaat er significant verschil ten aanzien van inkomen/besteding dat we hierna nader zullen bespreken.**

Tabel 5.28.: gemiddelde percentages problematiek op het terrein van inkomen/besteding
 x_1 = het ongecorrigeerde gemiddelde
 x_2 = het gecorrigeerde gemiddelde volgens de MCA ($R^2 = .29$); het totaalgemiddelde is 13.9%

alleen ELGZ kleine overlap	alleen ELGZ grote overlap	ook ELGZ kleine overlap	ook ELGZ grote overlap
$x_1 = 15.7$	$x_1 = 10.3$	$x_1 = 17.5$	$x_1 = 14.7$
$x_2 = 15.1$	$x_2 = 11.3$	$x_2 = 14.9$	$x_2 = 16.1$
N = 87	N = 113	N = 52	N = 55

Wat opvalt is dat de groep die alleen met de ELGZ samenwerkt bij een grote overlap van doelpopulatie het minst met inkomen/bestedingsproblematiek te maken krijgt. Het verschil is het grootst ten opzichte van degenen die 'ook' met de ELGZ samenwerken bij een grote overlap, namelijk 4.8%. De analyses wijzen uit dat urbanisatiegraad in termen van steden versus platteland bij correctie voor de overige variabelen geen significante verschillen voor zijn rekening neemt.

5.6.4. Conclusies

De probleemgebieden waar maatschappelijk werkers gemiddeld genomen het meest aan gewerkt wordt zijn:

- psychische problemen (21.9%),
- inkomen/besteding (13%),
- huisvesting (12.6%),
- relatie tot de partner (12.5%),
- relatie ouder-kind (10.4%),
- echtscheiding (7 %).

De categorie psychische problemen staat voor: problemen in verband met verwerking, eenzaamheid, identiteit, verslaving en andere psychische problemen.

- Na correctie voor kenmerken van de maatschappelijk werker, zijn werkgebied en zijn cliënten blijken er nauwelijks verschillen te bestaan in het benoemen van de problematiek waaraan gewerkt is. Dit geldt met name voor de

verschillen tussen maatschappelijk werkers die wel respectievelijk niet met de ELGZ samenwerken. Hier werd slechts een gering verschil geconstateerd ten aanzien van problematiek op het terrein van relatie tot de partner. We treffen op dit punt een iets hoger percentage aan bij samenwerkers. Dit resultaat is overigens niet zonder meer toe te schrijven aan de caseload-samenstelling van beide categorieën maatschappelijk werkers. We vonden weliswaar, dat maatschappelijk werkers die met de ELGZ samenwerken wat meer hulpeenheden hebben die meer dan één cliënt omvatten. Bij de huidige analyses is echter gecorrigeerd voor het percentage éénpersoons-hulpeenheden.

- Bij de verschillen tussen samenwerkers onderling is er een iets sprekender resultaat: samenwerkers die zich uitsluitend richten op de ELGZ, bij een grote overlap van doelpopulatie, werken minder aan problemen op het terrein van inkomen en besteding. Ten opzichte van degenen die 'ook' samenwerken met de ELGZ bij een grote overlap bedraagt het verschil 4.8% bij een totaalgemiddelde van 13.9%.
- In de analyse is gecorrigeerd voor het percentage uitkeringstrekkers. Kortom de relatie is dus gecompliceerder dan: 'alleen ELGZ-grote overlap' leidt tot een geringere instroom van uitkeringstrekkers wat weer aanleiding geeft tot minder problematiek op het terrein van inkomen en besteding.
- Afgezien van enkele incidentele verschillen komt uit de resultaten het volgende beeld naar voren: er bestaan geen consequente patronen van grote verschillen in de benoeming van de problematiek waaraan gewerkt is tussen maatschappelijk werkers die wel en zij die niet samenwerken met de ELGZ. De verschillen zijn bestudeerd onder constanthouding van kenmerken van de maatschappelijk werker, zijn werkgebied en zijn cliënten. De twee kleine verschillen die gevonden zijn, zijn: maatschappelijk werkers die geregeld samenwerken met de ELGZ zien wat meer problematiek op het terrein van de relatie tot de partner en, bij exclusieve samenwerking met de ELGZ en een grote overlap van doelpopulatie ziet men iets minder problematiek rond inkomen en besteding.

5.7. Methode van hulpverlening

5.7.1. Algemeen

In deze paragraaf bespreken we de methode die gehanteerd is tijdens de hulpverlening. Als maat voor het voorkomen van een methode hanteren we een percentage. Dit percentage geeft aan hoe vaak de werker de betreffende methode gebruikt heeft op het totaal aantal door hem gehanteerde methoden (methoden en hulpeenheden lopen daarbij niet noodzakelijk één op één: bij één hulpeenheid kunnen meerdere methoden gebruikt zijn).

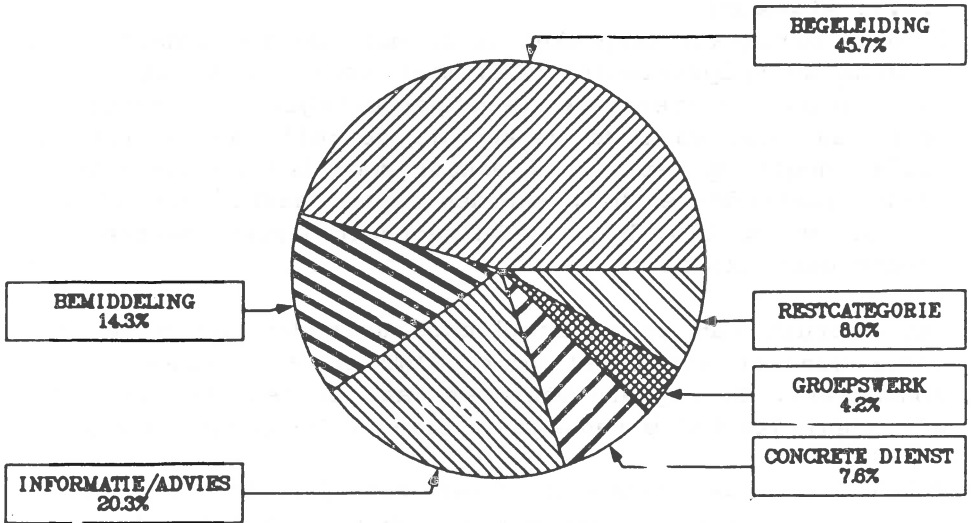
Het gebruik van de verschillende methoden geven we hieronder weer in een tabel voor JOINT en PSC (lange + korte contacten). De cijfers voor Den Haag presenteren we in een afzonderlijke kolom vanwege de afwijkende coderingswijze.

Tabel 5.29.: de frequenties van het gebruik van methoden van hulpverlening. Tevens bijbehorende variatiecoëfficiënten. (N=525; JOINT en PSC) (N=53; Den Haag)

methode	gem. (perc.)	variatiecoëfficiënt	gem. (perc.) Den Haag
begeleiding	45.7	.41	27.9
bemiddeling	14.3	.79	15.8
informatie/advies	20.3	.74	35.8
concrete dienst	7.6	1.31	9.3
groepswerk	4.2	2.44	.2
restcategorie	8	1.35	11
gem.aantal methoden per hulpeenheid	1.1	.24	-

De tabel geeft aan dat het meest frequent gebruik wordt gemaakt van begeleiding als methode van hulpverlening (45.7%). Daarna volgt informatie en advies (20.3%) en be-

METHODE VAN HULPVERLENING



middeling (14.3%), concrete dienst (7.6%) en groepswerk (4.2%). Tot deze methoden zullen we ons in de analyses beperken. De grootste variatie in het gebruik zien we bij de minder vaak gehanteerde methoden: concrete dienst en vooral groepswerk. Dit zijn waarschijnlijk methoden die slechts door een beperkt aantal maatschappelijk werkers intensief gebruikt worden.

De cijfers van Den Haag in de laatste kolom zijn niet geheel vergelijkbaar met JOINT en PSC. Wat echter opvalt is het relatief veel hogere percentage informatie en advies; dit gaat vooral ten koste van een lager percentage begeleiding. Dit zou een gevolg kunnen zijn van de afwijkende registratie van korte contacten in Den Haag. Laten we informatie en advies en de restcategorie deze laatste staat in Den Haag overigens in zijn geheel voor 'beschikbaarheid') buiten beschouwing, dan nog is na herpercentering het aandeel van begeleiding in Den Haag negen procent lager. Op de relatie van dit verschil met samenwerking met de ELGZ komen we in het vervolg van deze paragraaf terug.

5.7.2. Verschillen tussen samenwerkers en niet-samenwerkers

Op grond van het onderscheid wel versus geen samenwerking met ELGZ werden geen verschillen gevonden met betrekking tot: **informatie/advies, concrete dienst, en bemiddeling.**

Wel een significant verschil zien we ten aanzien van **begeleiding**. We zullen dit bespreken aan de hand van de onderstaande tabel. Daarin presenteren we de verschillen voor JOINT + PSC.

Tabel 5.30.: gemiddelde percentages die de frequentie van het gebruik van 'begeleiding' als methode van hulpverlening aangeven.

x_1 = het ongecorrigeerde gemiddelde

x_2 = het ongecorrigeerde gemiddelde volgens de MCA ($R^2 = .26$); het totaal gemiddelde is 45.8% (JOINT en PSC)

geen samenwerking met de ELGZ	wel samenwerking met de ELGZ
$x_1 = 42.5$	$x_1 = 47.8$
$x_2 = 42.7$	$x_2 = 47.7$
N = 188	N = 316

(verstedelijkt) platteland	steden tot 100.000 inw.	steden groter dan 100.000 inw.	Amsterdam
$x_1 = 46.6$	$x_1 = 48.3$	$x_1 = 46.4$	$x_1 = 20.8$
$x_2 = 44.3$	$x_2 = 48.2$	$x_2 = 48.2$	$x_2 = 34.9$
N = 215	N = 189	N = 73	N = 27

Alvorens in te gaan op de cijfers in bovenstaande tabel zullen we ook de gegevens van Den Haag presenteren in de vorm van de ongecorrigeerde gemiddelden.

Tabel 5.31.: gemiddelde percentages 'begeleiding' in Den Haag; het totaal gemiddelde is 27.9%

geen samenwerking met de ELGZ	wel samenwerking met de ELGZ
22.6	38.9
(N=36)	(N=17)

We zullen hier eerst de verschillen tussen wel en niet-samenwerkers bespreken. Dan komen de verschillen op grond van urbanisatiegraad aan de orde.

De cijfers in bovenstaande tabellen geven aan, dat samenwerkers van JOINT en PSC 5% meer gebruik maken van begeleiding als methode van hulpverlening. Voor maatschappelijk werkers in Den Haag is het verschil ongeveer drie keer zo groot: samenwerkers maken daar 16.3% vaker gebruik van begeleiding dan niet samenwerkers. Er is geen interactie-effect tussen samenwerking en urbanisatiegraad bij de analyses over JOINT en PSC. Toch zullen we ook de verschillen tussen wel en niet-samenwerkers van PSC hier weergeven. Dit ter vergelijking met Den Haag. De niet-samenwerkers van PSC hebben een gemiddeld percentage van 23.3; de wel-samenwerkers komen gemiddeld op 20. Het verschil gaat bij PSC dus precies in omgekeerde richting: niet-samenwerkers doen relatief zelfs meer begeleiding dan samenwerkers. Het feit dat in Den Haag de samenwerkers zoveel begeleiding doen lijkt dus specifiek voor deze stad en zeker niet kenmerkend voor de grootste steden in het algemeen. Door de afwijking in de aggregatie, het uitgangspunt bij het bestuderen van de verschillen, is de waarde die aan dit verschil moet worden toegekend dan twijfelachtig.

De verschillen op grond van urbanisatiegraad wijzen uit, dat Amsterdam een veel lager percentage begeleiding heeft, terwijl gecorrigeerd is voor het percentage éénmalige contacten. Dus het kan niet puur een kwestie van registratieverschillen zijn. De volgende redenering gaat dus ook niet zonder meer op: 'in Amsterdam betreft het als gevolg van de registratiewijzen meer éénmalige korte contacten die minder voor begeleiding als methode van hulpverlening in aanmerking komen.'

Wat nu wel precies de importantie van het verschil is, is moeilijk te zeggen.

Kijken we naar de verschillen tussen het platteland en de andere steden dan Amsterdam en Den Haag, dan zien we dat het platteland zich kenmerkt door een vier procent lager percentage begeleiding. Steden boven en onder de 100.000 inwoners verschillen niet in dit opzicht.

5.7.3. Verschillen tussen groepen samenwerkers onderling

Vanwege de kleine aantallen samenwerkers bij Den Haag bespreken we hier alleen de onderlinge verschillen voor JOINT en PSC.

Samenwerkers blijken onderling op geen van de geanalyseerde methoden te verschillen. Voor alle duidelijkheid: dit geldt dus bij analyse onder constanthouding van de genoemde werker-, werkgebied- en cliënten-kenmerken.

5.7.4. Conclusies

- Als we de methoden van hulpverlening op een rijtje zetten op basis van de gemiddelde frequentie van het gebruik per maatschappelijk werker, dan krijgen we het volgende beeld:
 - begeleiding (45.7%);
 - informatie/advies (20.3%);
 - bemiddeling (14.3%).
 - concrete dienst (7.6%)
 - groepswork (4.2%).
- Maatschappelijk werkers die wel samenwerken met de ELGZ maken, gezien ten opzichte van niet-samenwerkers, in meer gevallen (5%) gebruik van begeleiding als methode van hulpverlening. Het resultaat loopt in de pas met de resultaten ten aanzien van de problematiek waaraan gewerkt is. Daar constateerden we dat samenwerkers iets meer met relatieproblemen te maken hebben, en bij relatieproblemen is begeleiding een voor de hand liggende methode.
- Wat vooral opvalt is het ontbreken van verschillen. Samenwerkers mogen dan wel wat van niet-samenwerkers verschillen in het percentage begeleiding. In andere, minder voorkomende, methoden zien we geen verschillen; ook niet voor verschillende samenwerkingssituaties onderling. Deze conclusies gelden onder de correctie voor werker-, werkgebied- en cliënten-kenmerken.

5.8. Caseload-verschillen

5.8.1. Algemeen

Bij het bestuderen van de caseload-verschillen beperken we ons tot de in 1983 afgesloten hulpeenheden. Als we naar de JOINT-gegevens kijken, dan vinden we de volgende verdeling van afgesloten hulpeenheden en hdlpeenheden die doorlopen in 1984:

- begonnen in '83 en afgesloten in '83 : 49.5%;
- begonnen voor '83 en afgesloten in '83 : 19.5%;
- begonnen in '83 en afgesloten na '83 : 24.4%;
- begonnen voor '83 en afgesloten na '83 : 6.6%.

Deze cijfers geven aan, dat, wanneer we ons beperken tot de afgesloten hulpeenheden, we onze conclusies baseren op gemiddeld 69% van de hulpeenheden van de maatschappelijk werker. De overige 31% zouden in theorie van invloed kunnen zijn op de conclusies. Toch laten we ze buiten beschouwing en wel vanwege verschillen tussen de drie betrokken registratie-systemen. JOINT registreert alleen lange contacten, PSC korte en lange afzonderlijk; en Den Haag korte en lange contacten zonder dat enig onderscheid gemaakt kan worden. Deze verschillen in combinatie met de vier varianten in de hulpeenheden op basis van begin- en afsluitingsdatum, zouden de analyses alleen maar onoverzichtelijk maken.

De verschillen tussen de registratie-systemen ten aanzien van korte en lange contacten hebben ook consequenties voor het analyseren van de caseload-verschillen tussen maatschappelijk werkers in verschillende samenwerkingssituaties. In Den Haag is het aandeel van de korte contacten niet te onderscheiden, maar Den Haag lijkt wel vergelijkbaar met PSC als we daar korte en lange contacten gezamenlijk bekijken. De lange contacten van PSC zouden vergelijkbaar moeten zijn met JOINT, als zij in de praktijk ten minste hetzelfde verstaan onder 'korte' contacten. Om de spraakverwarring die hier gemakkelijk zou kunnen ontstaan te beëindigen, presenteren we een tabel. Daarin is de 'ruwe' caseload te vinden, dat wil zeggen het gemiddelde aantal hulpeenheden per maatschappelijk werker, zonder dat enige correctie heeft plaatsgevonden.

Daarnaast geven we de caseload weer omgerekend naar een veertig-urige werkweek voor alle maatschappelijk werkers en een volledig werkjaar. De effecten van langdurige afwezigheid en parttime-dienstverband zijn hier dus weggepoetst.

Tabel 5.32.: gemiddeld aantal hulpeenheden en variatie-coëfficiënten voor de maatschappelijk werkers van JOINT, PSC + Den Haag. De caseload heeft alleen betrekking op afgesloten contacten en op maatschappelijk werkers met minimaal 15 hulpeenheden

	JOINT(N=496)	PSC (N=29)			Den Haag (N=53)
	gem. aantal	gemiddeld aantal			gem.aantal
	lange cont.	korte cont.	lange cont.	lange + korte cont.	lange + korte cont.
gemiddelde 'ruwe' caseload	53.7	54.4	23.2	74.1	71.6
variatie-coëfficiënt	.55	.96	.7	.73	.47
gemiddelde caseload bij 40-urige werkw. en voll.werkj.	68.8	72.5	29.9	97.9	91.5
variatie-coëfficiënt	.51	.83	.57	.6	.42

Uit de tabel valt op te maken, dat de combinatie van lange plus korte contacten bij PSC goed vergelijkbaar is met Den Haag. De lange contacten van PSC zijn duidelijk van een andere orde dan bij JOINT. De consequentie is, dat we caseload-verschillen bij JOINT apart zullen analyseren. Daarnaast zullen we verschillen bestuderen bij PSC (lang+kort) en Den Haag gezamenlijk.

5.8.2. Verschillen tussen samenwerkers en niet-samenwerkers

- JOINT

Als we de ruwe caseload analyseren, dan zien we een significant verschil tussen samenwerkers en niet-samenwerkers. Het gemiddelde van niet-samenwerkers bedraagt 49.9 en voor samenwerkers 56.7. De cijfers geven aan, dat samenwerkers gemiddeld 6.8 meer hulpeenheden hebben. Na de MCA-correctie loopt dit verschil nog iets op tot 6.9.

Het geconstateerde verschil blijkt niet bestand tegen correctie voor parttime dienstverband en langdurige afwezigheid. Met een gemiddelde van 68.4 voor niet-samenwerkers en 69.8 voor degenen die wel samenwerken is het verschil uiterst minimaal geworden.

Als we dan vervolgens de voor langdurige afwezigheid en partitime-dienstverband gecorrigeerde caseload nog verder omrekenen en wel naar de situatie waarin elke maatschappelijk werker honderd procent van zijn tijd aan direct cliëntgericht werk zou besteden, dan zien we uiterst minimale, niet significante verschillen. De niet-samenwerkers komen dan gemiddeld uit op 107.9 hulpeenheden en degenen die wel samenwerken op 102.2

Kortom, de verschillen in ruwe caseload tussen samenwerkers en niet-samenwerkers moeten toegeschreven worden aan een groter aantal parttimers en langdurig afwezigen onder de niet-samenwerkers.

- PSC en Den Haag

Kijken we naar PSC en Den Haag, dan ontbreken zowel voor als na elk van beide correcties significantie verschillen.

5.8.3. Verschillen tussen groepen samenwerkers onderling

- JOINT

De analyses zijn heel kort samen te vatten. Er bestaan blijkens de multiple classificatie analyses geen significante verschillen tussen samenwerkers onderling. Dit geldt zowel ten aanzien van de ruwe caseload als na de beide correcties.

- PSC en Den Haag

Vanwege het relatief kleine aantal met de ELGZ samenwerkende maatschappelijk werkers konden geen nadere analyses voor de verschillende samenwerkingssituaties bij PSC en Den Haag worden uitgevoerd.

5.8.4. Conclusies

- Gemiddeld heeft een maatschappelijk werker binnen de JOINT-registratie jaarlijks 54 afgesloten contacten die langer dan een uur in totaal in beslag nemen. In de twee grootstedelijke registratiesystemen zijn gemiddeld 72 à 74 afgesloten hulpeenheden per maatschappelijk werker opgenomen; deze zijn van een iets andere orde dan de JOINT-contacten.
- Ten aanzien van verschillen in de omvang van de caseload als gevolg van de wijze waarop het AMW met de eerste-lijnsgezondheidszorg samenwerkt kan de conclusie kortweg luiden: na een elementaire correctie voor parttime dienstverband en langdurige afwezigheid bestaan deze verschillen niet.

5.9. Duur en omvang van de hulpverlening

5.9.1. Algemeen

In kwantitatieve zin onderscheiden we aan de hulpverlening een tweetal aspecten. In de eerste plaats is dat de duur van de hulpverleningsepisoden. Daarnaast is er de omvang van de hulpverlening, die weer uiteenvalt in het aantal contacten met de cliënt en het aantal contacten over de cliënt. Hieronder zullen we de duur en omvang successievelijk bespreken.

- Duur van de hulpverlening

Met betrekking tot de duur is per maatschappelijk werker bepaald hoe groot het deel van zijn (in 1983 afgesloten) case-load is dat qua duur in elk van de volgende tijds categorieën valt. Tevens worden daarbij de gemiddelde percentages gegeven:

a. Tot 1 maand	- 35.8%
b. Langer dan 1 mnd., maar niet langer dan 6 mnd.-	31.4%
c. Langer dan 6 mnd., maar niet langer dan 12 mnd.-	20.6%
d. Langer dan 12 mnd., maar niet langer dan 24 mnd.-	8.7%
e. Langer dan 24 mnd.	- 3.5%

De cijfers geven aan dat betrekkelijk weinig contacten langer duren dan één jaar. Grofweg kunnen we het volgende stellen: éénderde deel duurt korter dan 1 maand, ook éénderde deel duurt langer dan 1 maand maar niet langer dan een half jaar en nog éénderde deel bestaat uit echt lange contacten van een half jaar of langer.

In de analyses willen we de contacten die korter dan één maand duren apart behandelen ten opzichte van de rest. In deze categorie zitten immers de 'korte' contacten van PSC en Den Haag. Omdat deze korte contacten bij Joint niet voorkomen, zou dit tot een vertekening in de analyses aanleiding kunnen geven. Om deze reden hanteren we niet recht-toe-recht-aan de percentages voor de categorieën langer dan 1 maand. We zullen hier herpercenteren op een nieuw totaal, dat bestaat uit de som van de hierboven genoemde categorieën b tot en met e. Bovendien zullen we categorie d en e samenvoegen. Binnen dit nieuwe totaal zien we dan de volgende verdeling:

a. Langer dan 1, maar niet langer dan 6 maanden:	51.2%
b. Langer dan 6, maar niet langer dan 12 maanden:	31.1%

c. Langer dan 12 maanden:

17.7%

- Omvang van de hulpverlening

Bij de omvang van de hulpverlening hebben we in de eerste plaats te maken met het aantal contacten dat de maatschappelijk werker heeft met de cliënt. Dit kunnen contacten zijn die plaatsvinden op het bureau, bij de cliënt thuis, elders en ook betreft het soms telefonische contacten. Daarnaast zijn er de contacten over de cliënt met andere hulpverleners. Hieronder zullen we eerst ingaan op de contacten met de cliënt en vervolgens op de contacten over de cliënt.

Bij het aantal contacten met de cliënt hebben we, evenals bij de duur van de hulpverlening, weer te maken met de afwijkende registratie bij PSC en Joint. Daarom zullen we het percentage hulpeenheden waar de hulpverlening één contact beslaat (gemiddeld 12.7 %) apart behandelen. Op overeenkomstige wijze als bij 'duur' zullen we de overige categorieën hulpeenheden herpercenteren. We hanteren dan een tweedeling: hulpeenheden met 2 of 3 contacten (gemiddeld 33.3 %) tegenover de rest, te weten hulpeenheden met 4 of meer contacten (gemiddeld 66.7 %).

Bij de contacten over de cliënt gaan we wat minder genuanceerd te werk. Als maat hanteren we hier het gemiddeld aantal contacten over de cliënt per maatschappelijk werker. Als men deze maat per maatschappelijk werker dan weer middelt over alle maatschappelijk werkers, komt men uit op een gemiddelde van 3.3 contacten over per hulpeenheid (variatie-coëfficiënt = .78). De reden dat we ons tot deze ene maat voor de contacten over beperken is, dat we toch vooral geïnteresseerd zijn in de contacten met. Bovendien blijkt de maat goed te spreiden wat hem ook goed bruikbaar maakt. Uit de correlaties blijkt overigens dat het gemiddeld aantal contacten over cliënten negatief verband houdt met het percentage éénmalige contacten per maatschappelijk werker ($r = -.3$). Het teken van de correlatie slaat pas om bij het percentage hulpeenheden met 4 of meer contacten ($r = .4$). De voor de hand liggende conclusie is dat maatschappelijk werkers bij de hulpeenheden met een grotere contactfrequentie met de cliënt ook méér contacten over de cliënt hebben met andere hulpverlenende instanties.

De analyses zijn gelijktijdig voor Joint, PSC en Den Haag uitgevoerd.

5.9.2. Verschillen tussen samenwerkers en niet-samenwerkers

Over de verschillen tussen samenwerkers en niet-samenwerkers kunnen we heel kort zijn. We zien in geen enkel van de hierboven besproken opzichten van duur en omvang van de hulpverlening enig significant verschil.

5.9.3. Verschillen tussen groepen samenwerkers onderling

Tussen samenwerkers onderling bestaan wel significante verschillen. We zullen hieronder successievelijk ingaan op verschillen met betrekking tot de duur van de hulpverlening, het aantal contacten met de cliënt en het aantal contacten over de cliënt.

- Duur

Met betrekking tot de duur zien we geen significante verschillen in de variabelen die de hoeveelheid langere hulpverleningsperioden betreffen. Wel zien we een significant verschil in het percentage hulpverleningsepisoden van één maand.

Tabel 5.33.: gemiddelde percentages die het relatieve aandeel van de hulpverleningsprocessen met een lengte tot één maand weergeven.

(N=319; Joint + PSC + Den Haag).

x_1 = het ongecorrigeerde gemiddelde;

x_2 = het gecorrigeerde gemiddelde volgens MCA ($R^2 = .06$); totaal gemiddelde = 34.6 %.

alleen ELGZ kleine overlap	alleen ELGZ grote overlap	ook ELGZ kleine overlap	ook ELGZ grote overlap
$x_1 = 33.6$	$x_1 = 31$	$x_1 = 42.4$	$x_1 = 35.8$
$x_2 = 33.1$	$x_2 = 31$	$x_2 = 42.6$	$x_2 = 36.4$
N = 95	N = 114	N = 55	N = 55

De tabel maakt duidelijk dat 'ook' samenwerken met de ELGZ vooral bij kleine overlap van doelpopulaties in een aanzienlijk groter percentage contacten met een duur tot één maand resulteert. Daar staat tegenover dat exclusieve samenwerking met de ELGZ bij een grote overlap het geringste

percentage contacten tot één maand te zien geeft. Het verschil tussen beide bedraagt 11.6 %. Urbanisatiegraad blijkt géén significante rol hierin te spelen, maar de sociale achterstand van het werkgebied (waarvoor gecorrigeerd is) wel, hoewel dit effect niet erg sterk is: ($r = -.1$): hoe groter de sociale achterstand, des te minder contacten van één maand of korter.

- Contacten met cliënten

Bij contacten met cliënten zien we significante verschillen met betrekking tot het percentage éénmalige contacten en ook ten aanzien van het percentage hulpeenheden met 4 of meer contacten. We zullen de verschillen successievelijk bespreken.

We beginnen dan met een significant interactie-effect van samenwerkingsvorm en urbanisatiegraad op het percentage eenmalige contacten. De beide hoofdeffecten afzonderlijk zijn overigens ook significant.

Tabel 5.34.: gemiddelde percentages (ongecorrigeerd) éénmalige contacten naar samenwerkingsvorm en urbanisatiegraad (n = 320; Joint + PSC + Den Haag); totaal gemiddelde = 11.3%.

	alleen ELGZ kleine overlap	alleen ELGZ grote overlap	ook ELGZ kleine overlap	ook ELGZ grote overlap	
pl. land	4.6(N=35)	7.4 (N=52)	6.2(N=15)	7.1(N=44)	6.5
steden	13.9(N=60)	9.7 (N=62)	24.4(N=41)	20.8(N=11)	15.3
	10.5	8.7	19.5	9.9	

De cijfers in de tabel laten allereerst een veel groter percentage eenmalige contacten zien voor degenen die 'ook' samenwerken met de ELGZ bij een kleine overlap van doelpopulaties. Nadere inspectie leert echter dat dit eigenlijk alleen opgaat voor stedelijke gebieden. Verder blijkt dat in de steden een veel groter percentage eenmalige contacten voorkomt dan op het platteland. Dit verschil komt voor rekening van de afwijkende registratie van 'korte contacten bij de PSC en Den Haag, maar is daar niet geheel op terug

te voeren, want daarvoor is het aandeel in de cijfers van PSC en Den Haag te klein (te weten 13%).

Ten aanzien van het interactie-effect valt op dat het relatieve aandeel van de eenmalige contacten voor alle samenwerkingssituaties in de steden aanzienlijk (zo'm drie tot vier maal) groter is dan op het platteland. Maatschappelijk werkers in de categorie 'alleen ELGZ-grote overlap' vormen daar echter een uitzondering op. Bij hen is het percentage eenmalige contacten in de steden naar verhouding maar iets groter dan op het platteland.

Met betrekking tot het aantal contacten met de cliënt zien we nog een significant resultaat. Het betreft hier een interactie-effect van samenwerkingsvorm en urbanisatiegraad op het percentage hulpeenheden met vier of meer contacten met de cliënt.

Tabel 5.35.: gemiddelde percentages (ongecorrigeerde gemiddelden) hulpeenheden met vier of meer contacten met de cliënt naar samenwerkingsvorm en urbanisatiegraad (N=319; Joint + PSC + Den Haag); het totaalgemiddelde is 67.2%.

	alleenELGZ kl.overlap	alleenELGZ gr.overlap	ook ELGZ kl.overlap	ook ELGZ gr.overlap	
pl.land	73.2(N=35)	67.3(N=52)	72.7(N=15)	68.2(N=44)	69.5
steden	63.4(N=60)	72.6(N=51)	57.7(N=41)	62.7(N=11)	65.3
	67	70.2	61.7	67.1	

Het belangrijkste verschil in bovenstaande tabel is, dat bij alle samenwerkingssituaties, met uitzondering van één, het percentage hulpeenheden met vier of meer contacten in de stad aanzienlijk kleiner is dan op het platteland. De uitzondering op de regel is de categorie 'Alleen ELGZ-grote overlap', die in steden juist meer contact-intensieve hulpeenheden heeft dan op het platteland. Deze categorie maatschappelijk werkers heeft volgens de gemiddelden overigens sowieso de meeste contactintensieve hulpeenheden, maar dit verschil bereikt niet de significantiegrens. Deze resultaten vormen in grote lijnen het spiegelbeeld van wat we vonden ten aanzien van eenmalige contacten.

- Contacten over

De Multiple Classificatie Analyse geeft aan, dat er geen significant verschil in het gemiddelde aantal contacten over de cliënt is tussen maatschappelijk werkers in verschillende samenwerkingsituaties.

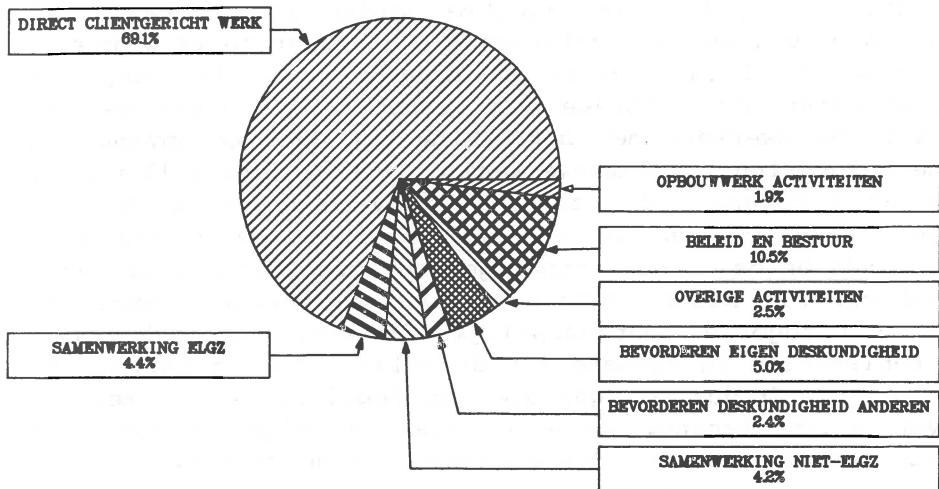
5.9.4. Conclusies

- Ongeveer een derde van alle contacten duren langer dan een maand, een derde tussen een en zes maanden en een derde langer dan een maand. In 13% van de gevallen beslaat de hulpverlening een eenmalig contact, in 30% hebben twee of drie contacten plaatsgevonden en in 57% betreft het vier of meer contacten.
- Als we verschillen analyseren in de duur en omvang van de hulpverlening, waarbij we corrigeren voor kenmerken van de maatschappelijk werker en zijn werkgebied, dan zien we geen significante verschillen tussen maatschappelijk werkers die wel en die niet geregeld samenwerken met de ELGZ.
- Bij maatschappelijk werkers, die geregeld met de ELGZ samenwerken, zien we onderling een enigszins gecompliceerd patroon van verschillen, dat voor een deel wel en voor een deel niet samenhangt met de urbanisatiegraad van hun werkgebied. Allereerst blijkt, los van urbanisatiegraad, dat maatschappelijk werkers, die 'ook' met de ELGZ samenwerken, bij een kleine overlap van doelpopulaties de meeste hulpverleningsepisoden met een duur tot één maand hebben. Daarnaast blijkt ten aanzien van het aantal contacten per hulpeenheid dat alle samenwerkers in de steden veel meer eenmalige contacten hebben dan maatschappelijk werkers in dezelfde situatie op het platteland. Dit geldt echter verreweg het minste voor degenen die alleen geregeld samenwerken met de ELGZ bij een grote overlap van doelpopulatie; zij hebben in de steden nauwelijks meer eenmalige contacten dan op het platteland. Als het gaat om de contactintensieve hulpeenheden met vier contacten of meer, dan springt deze groep maatschappelijk werkers er ook uit: bij alle samenwerkers zien we relatief minder contactintensieve hulpeenheden in de steden, maar bij de categorie 'alleen ELGZ-grote overlap' zien we deze hulpeenheden juist meer in de steden dan op het platteland. De verklaring voor de bijzondere positie van maatschappelijk in de categorie 'alleen ELGZ-grote overlap' op het

platteland ten opzichte van hun tegenhangers in de stad zou verband kunnen houden met het feit dat de samenwerking tussen AMW en ELGZ nogal van karakter verschilt, al naar gelang het om stedelijke of plattelandsgebieden gaat. We voerden deze kwestie eerder aan in paragraaf 5.3.4 en willen hier volstaan met daarnaar te verwijzen.

- Als we de belangrijkste resultaten eruit lichten, dan overheerst het ontbreken van verschillen tussen wel en niet samenwerkers met betrekking tot duur en omvang van de hulpverlening. Samenwerkers onderling verschillen wel, waarbij degenen, die alleen samenwerken met de ELGZ en met een grote overlap van doelpopulatie de minste kort durende en de minste eenmalige contacten met hun cliënten hebben. Dit stemt overeen met wat we eerder vonden bij deze categorie maatshappelijk werkers, namelijk: meer problematiek in verband met de relatie tot de partner en een veel frequenter gebruik van begeleiding als methode van hulpverlening. Nergens zagen we significante verschillen in het aantal contacten over de cliënt.

GESCHATTE TIJDSBESTEDING IN HET AMW



5.10. Verhouding direct-indirect cliëntgericht werk

5.10.1. Algemeen

Om een indruk te geven van de relatieve omvang van het direct cliëntgerichte werk en van de diverse vormen van indirect cliëntgericht werk, presenteren we hieronder in een tabel de totaal gemiddelden in termen van het percentage van de werktijd dat besteed wordt aan het betreffende item.

Omdat voor de besteding van de werktijd ook cijfers van het Samenwerkingsproject in Amsterdam bekend zijn, presenteren we in dit geval zo breed mogelijke cijfers, te weten voor Joint, PSC, Den Haag en het Samenwerkingsproject gezamenlijk. Ook zij hier vermeld, dat we cijfers weergeven voor de bestaande, feitelijke situatie en ook voor een ideale, gewenste situatie. De cijfers zijn gebaseerd op schattingen van de maatschappelijk werkers. Zij zijn niet afkomstig uit de cliëntenregistratiegegevens, maar komen uit de vragenlijst.

De tabel geeft aan, dat men naar eigen schatting gemiddeld 69.2% van de werktijd aan direct cliëntgericht werk besteedt. In de situatie, zoals men die zich idealiter voorstelt, komt dit percentage gemiddeld genomen iets lager te liggen. Daarbij moeten we bedenken dat dit gemiddelde gebaseerd is op de gegevens van aanzienlijk minder respondenten, wat op zich al gemakkelijk enige verschuiving tot gevolg kan hebben. (In vergelijking tot de feitelijke situatie zijn veel minder respondenten geneigd om schattingen van de gewenste situatie te geven.) De Pearson-correlatie tussen het feitelijke en gewenste percentage direct cliëntgericht werk bedraagt .7.

Verder zien we in de tabel dat in de gewenste situatie de percentages van de meeste indirect cliëntgerichte activiteiten wat stijgen. Alleen het percentage van de werktijd, besteed aan beleid, bestuur en administratie komt iets lager te liggen. Ten aanzien van de variatie in de cijfers valt op, dat deze in de ideale situatie terugloopt: er zijn minder uitschieters.

Voor wat betreft het analyseren van verschillen tussen maatschappelijk werkers, beperken we ons tot de relatieve omvang van het direct cliëntgerichte werk. Alvorens te analyseren hebben we daarbij een herpercentering toegepast om

te corrigeren voor het percentage beleid, bestuur en administratie. Dat is gedaan om de volgende reden. Het deel van de werktijd dat per maatschappelijk werker besteed wordt aan beleid etc. is sterk afhankelijk van de taakverdeling bij de instelling voor maatschappelijk werk. Bij sommige instellingen houden de teamcoördinatoren zich praktisch uitsluitend bezig met beleidszaken en zij blijven daardoor geheel buiten beeld in onze studie. Ze komen immers niet voor in de cliëntenregistratie en deze was uitgangspunt bij het uitzetten van de vragenlijsten. Als ze enkele cliënten hadden met daarbij een eigen code in de registratie, en als

Tabel 5.36.: gemiddelde percentages van de werktijd, besteed aan direct cliëntgericht werk en aan diverse vormen van indirect cliëntgericht werk op basis van schattingen van de maatschappelijk werkers

onderdeel van de werkzaamheden	feitelijk(N=526)		gewenst (N=423)	
	gemidd. (perc)	variatie coëfficiënt	gemidd. (perc)	variatie coëfficiënt
direct cliëntger. werk	69.2	.2	67.3	.21
samenwerking ELGZ	4.4	1.01	6.2	.81
samenwerking niet-ELGZ	4.2	1.15	4.7	.88
bevorderen desk.heid van anderen	2.4	1.99	3	1.9
bevorderen eigen desk.	5	1.06	5.7	.69
opbouwwerk-achtige activiteiten	1.9	2	2.8	1.6
beleid en bestuur	10.5	.79	8.2	.91
overige activiteiten	2.5	2.25	2.1	2.8

ze ook nog de vragenlijst hebben ingevuld, dan beschikken we wel over hun gegevens. Omdat dit min of meer toevalstreffers zijn, die de cijfers alleen maar vertekenen, hebben we als minimum eis gesteld om een maatschappelijk werker in de analyses te betrekken, dat hij niet meer dan 50% van zijn tijd aan beleidszaken 'mag' besteden. Dan nog echter bestaat de variatie tussen aan de ene kant instellingen waar voor beleidszaken bepaalde personen zijn aangesteld en aan de andere kant instellingen waar deze taken min of meer gedeeld worden. Om dit verschil weg te werken, hebben we een herpercentering toegepast, waardoor beleidszaken buiten beschouwing blijven in de cijfers.

Het herpercenteren om het percentage beleidszaken buiten beschouwing te laten is gebeurd voor de feitelijke, maar ook voor de gewenste percentages besteed aan direct cliëntgericht werk. Vervolgens is het mogelijk om per maatschappelijk werker een verschilscore te berekenen die de afwijking van de gewenste ten opzichte van de feitelijke situatie weergeeft. Ook over deze verschilcores kunnen dan weer analyses worden uitgevoerd, die eventuele verschillen aantonen in de omvang van de gewenste veranderingen.

De analyses zijn gelijktijdig uitgevoerd voor maatschappelijk werkers van Joint, PSC, Den Haag en het Samenwerkingsproject.

5.10.2. Verschillen tussen samenwerkers en niet-samenwerkers

Uit analyses blijkt, dat samenwerkers en niet-samenwerkers niet significant verschillen in de **verschilcores**. Deze scores geven het verschil weer tussen de feitelijke en gewenste omvang van het direct cliëntgerichte werk.

Wel bestaan er verschillen met betrekking tot het **feitelijke en gewenste percentage cliëntgericht werk** als zodanig. Deze verschillen zullen we hieronder successievelijk bespreken.

- feitelijk direct-cliëntgericht werk

De Multiple Classificatie Analyse laat een significant hoofdeffect zien van de opleiding van de maatschappelijk werker. Bovendien geeft deze variabele een significant interactie-effect te zien met de variabele samenwerking. Ook is er een hoofdeffect van de urbanisatiegraad van de maatschappelijk werker.

Tabel 5.37.: gemiddelde percentages feitelijk direct-clieñtgericht werk naar samenwerkingssituaties en opleiding van de maatschappelijk werker. Tevens de ongecorrigeerde gemiddelde percentages feitelijk cliëñtgericht werk naar urbanisatiegraad* (N=497; JOINT + PSC + Den Haag + Samenwerkingsproject); het totaal gemiddelde bedraagt 77.3%.

	geen samenwerking met de ELGZ		wel samenwerking met de ELGZ		
HBO	79.5	(N = 142)	78.9	(N = 193)	79.1
VO	68.2	(N = 57)	76.5	(N = 105)	73.6
	76.3		78		

(verstedelijkt) platteland	steden tot 100.000 inw.	steden gr.d. 100.000 inw.	Amsterdam en Den Haag
79.3 (N=188)	77.1 (N=156)	73 (N=69)	77.1 (N=84)

* Er heeft hier een herpercentering plaatsgevonden waardoor het percentage beleid, etc. buiten beschouwing blijft.

Het eerste deel van de tabel maakt duidelijk, dat maatschappelijk werkers met sociale academie gemiddeld 5.5% meer direct cliëñtgericht werk doen dan degenen met een voortgezette opleiding. De cijfers wijzen verder uit, dat dit verschil vooral is terug te voeren op maatschappelijk werkers met een VO, die niet geregeld samenwerken met de ELGZ. Ten opzichte van hun samenwerkende tegenhangers komen zij 8.3% lager uit. De HBO-ers komen daarentegen, als ze niet geregeld samenwerken met de ELGZ, op het hoogste percentage uit.

Kijken we naar het effect van urbanisatiegraad, dan zien we het hoogste percentage cliëñtgericht werk op het platteland en het laagste percentage in steden groter dan 100.000 inwoners (het verschil bedraagt 6.3%). Amsterdam en Den Haag

vormen echter een uitzondering op de steden groter dan 100.000 inwoners; zij zitten namelijk nagenoeg op het gemiddelde.

- Gewenst direct cliëntgericht werk

De significante effecten zijn hier wat anders dan bij de feitelijke situatie. Hier zien we weliswaar ook een significant interactie-effect van samenwerking en opleiding. Er is echter niet langer een hoofdeffect organisatiegraad, maar wel een hoofdeffect samenwerking en ook een hoofdeffect opleiding.

Tabel 5.38.: gemiddelde percentages gewenst cliëntgericht werk naar samenwerkingssituatie en opleiding van de maatshappelijk werker* (N = 402; JOINT + PSC + Den Haag + het Samenwerkingsproject); het totaal gemiddelde is 73.1%.

	geen samenwerking met de ELGZ		wel samenwerking met de ELGZ		
HBO	73.9	(N = 109)	74.8	(N = 158)	74.4
VO	65.9	(N = 49)	73.3	(N = 86)	70.6
	71.4		74.2		

* Er heeft hier een herpercentering plaatsgevonden waardoor het percentage beleid, etc. buiten beschouwing blijft.

HBO-ers komen in een gewenste situatie wat hoger uit dan VO-ers (3.8%) en samenwerkers hebben gemiddeld ook een wat hoger percentage dan niet-samenwerkers (2.8%). Het meest in het oog springt echter dat VO-ers, die niet geregeld samenwerken, duidelijk het laagste percentage hebben. Ten opzichte van VO-ers, die wel samenwerken, bedraagt het verschil 7.4%.

5.10.3. Verschillen tussen groepen samenwerkers onderling

Samenwerkers onderling verschillen niet in de **verschilcores** die de veranderingen in de hoeveelheid direct cliëntgericht werk uitdrukken van de feitelijke naar een gewenste situatie. Ook zijn er geen significante verschillen in het **percentage gewenst direct-clientgericht werk**. Er is wel

een significant verschil met betrekking tot het **percentage feitelijk direct-cliëntgericht werk**. Dit verschil zullen we hieronder bespreken.

De analyse laat een significant hoofdeffect samenwerking zien dat we hieronder zullen illustreren met een tabel.

Tabel 5.39.: gemiddelde percentages feitelijk direct cliëntgericht werk* (N = 292; JOINT + PSC + Den Haag + het Samenwerkingsproject).
 x_1 = het ongecorrigeerde gemiddelde,
 x_2 = het gecorrigeerde gemiddelde volgens MCA ($R^2 = .06$); het totaal gemiddelde is 78%.

alleen ELGZ kleine overlap	alleen ELGZ grote overlap	ook ELGZ kleine overlap	ook ELGZ grote overlap
$x_1 = 78$	$x_1 = 78$	$x_1 = 73.7$	$x_1 = 81.4$
$x_2 = 77.9$	$x_2 = 77.9$	$x_2 = 74.1$	$x_2 = 81.3$
N = 82	N = 97	N = 50	N = 63

* Er heeft hier een herpercentering plaatsgevonden waardoor het percentage beleid, etc. buiten beschouwing blijft.

De tabel maakt duidelijk, dat het verschil te vinden is bij maatschappelijk werkers die 'ook' samenwerken met de ELGZ tussen degenen met een kleine overlap van doelpopulatie met de ELGZ en degenen met een grote overlap. Maatschappelijk werkers met een grote overlap hebben van alle samenwerkers het hoogste percentage direct cliëntgericht werk; hun tegenhangers hebben echter het laagste. Het verschil bedraagt 7.2%.

5.10.4. Conclusies

- Volgens globale schattingen van de maatschappelijk werkers zelf besteden zij 69.2% van hun werktijd aan direct cliëntgericht werk. Schrei en Van der Vorst kwamen in 1980 op basis van registratie uit op een gemiddelde van 50%.

Van het niet-direct cliëntgerichte werk gaat het grootste deel van de tijd zitten in beleid, bestuur en administratie (10%).

- In een ideale situatie zou men gemiddeld genomen iets minder cliëntgericht werk willen gaan doen, maar het verschil is te klein om er veel conclusies aan te verbinden.
- Maatschappelijk werkers, die wel en zij die niet een geregelde samenwerkingsrelatie onderhouden met de ELGZ, verschillen niet significant in de (meestal kleine) veranderingen die zij willen in het percentage direct cliëntgericht werk. Hetzelfde geldt voor samenwerkers in verschillende condities onderling.
- Er zijn significante verschillen in het percentage direct cliëntgericht werk tussen maatschappelijk werkers die wel en zij die niet geregeld samenwerken met de ELGZ. Deze verschillen zijn gekoppeld aan het onderscheid in de opleiding van maatschappelijk werkers in termen van VO versus HBO. Als men een Voortgezette Opleiding heeft, doet men gemiddeld relatief wat minder direct cliëntgericht werk dan wanneer men alleen sociale academie heeft. Daarbij is gecorrigeerd voor het deel van de werktijd wat besteed wordt aan beleids- en bestuurstaken. Zoals men ook wel zou kunnen verwachten, nemen VO-ers dus naar verhouding wat meer indirecte cliëntgerichte activiteiten, zoals samenwerking met verschillende instanties, deskundigheidsbevordering van zichzelf en anderen, opbouwwerk-achtige activiteiten, etcetera, voor hun rekening. Opvallend is echter dat dit in veel sterkere mate opgaat voor VO-ers die niet geregeld samenwerken met de ELGZ dan voor degenen die dat wel doen. Een nadere analyse van de verschillen in de indirect cliëntgerichte activiteiten zou waarschijnlijk meer licht werpen op dit verschil. Uit het feit, dat HBO-ers bij het ontbreken van een geregelde samenwerkingsrelatie met de ELGZ juist het meeste direct cliëntgericht werk doen, zou men echter ook al kunnen afleiden dat er sprake is van een wat sterkere taakdifferentiatie bij AMW-instellingen die niet geregeld samenwerken met de ELGZ.

De analyses wijzen verder uit, dat het percentage direct cliëntgericht werk in steden met meer dan 100.000 inwoners wat lager is ten opzichte van de rest, maar dit gaat niet op voor Amsterdam en Den Haag. Een interpretatie van dit verschil ligt niet direct voor de hand.

- De onderlinge verschillen tussen groepen maatschappelijk werkers, die geregeld met de ELGZ samenwerken, wijzen uit dat de groep 'ook ELGZ-kleine overlap' het minste direct cliëntgericht werk doet. Hun tegenhangers in de zin van 'ook' samenwerken met de ELGZ, maar bij een grote overlap van doelpopulatie met de ELGZ, komen juist op het hoogste percentage uit. Voor een interpretatie van het verschil zou dieper op de achtergrondkenmerken van beide groepen moeten worden ingegaan.
- Ten aanzien van het gewenste percentage direct cliëntgericht werk valt het meest op, dat niet samenwerkers hierin wat lager uitkomen dan samenwerkers. Het verschil zit echter, evenals bij de feitelijke percentages in de categorie VO-ers, die niet geregeld samenwerken met de ELGZ. Zij zijn degenen die het gemiddelde voor de niet-samenwerkers 'omlaagtrekken'.
- Als we alles bij elkaar nemen, dan lijkt het belangrijkste resultaat, dat maatschappelijk werkers met een Voortgezette Opleiding, die niet geregeld samenwerken met de ELGZ, zowel feitelijk als in een gewenste situatie, op het geheel van hun werktijd bezien relatief het minste direct-clieëntgerichte werkzaamheden verrichten. Verschillen die recht toe, recht aan een gevolg zijn van wel ver-sus niet samenwerken met de ELGZ, zijn er eigenlijk niet.

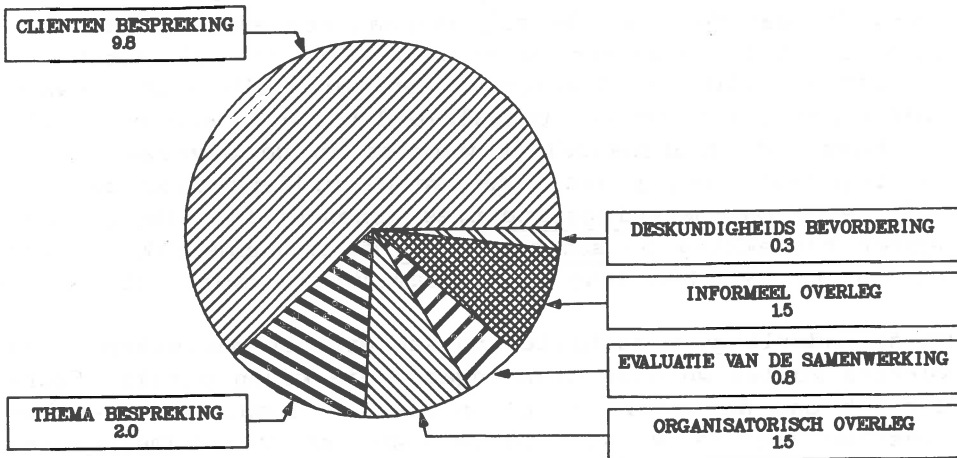
5.11. Tijd besteed aan samenwerking AMW-ELGZ

5.11.1. Algemeen

Aan de samenwerking tussen het AMW en de ELGZ zijn een aantal aspecten te onderscheiden. Met betrekking tot deze aspecten hebben we de maatschappelijk werkers in de enquête gevraagd naar de tijd die zij hieraan besteden. In de volgende tabel geven we een overzicht, waarbij we de geschetste tijdsbesteding uitdrukken in het gemiddeld aantal kwartieren per maand. Om een totaalbeeld te geven van verschillen tussen de maatschappelijk werkers in de diverse samenwerkingscondities, presenteren we de cijfers voor de verschillende samenwerkingssituaties afzonderlijk. De cijfers hebben betrekking op samenwerkende maatschappelijk werkers van Joint, PSC, Den Haag en het Samenwerkingsproject.

Op de onderlinge verschillen tussen groepen maatschappelijk werkers zullen we hier niet ingaan. Die komen straks afzonderlijk aan de orde. We zullen hier de resultaten met betrekking tot de verschillende aspecten van samenwerking voor alle maatschappelijk werkers gezamenlijk bespreken. Gemiddeld besteedt men 15.8 kwartieren per maand aan samenwerking. Dit komt neer op vier uur per maand (oftewel een uur per week). De cliëntenbespreking neemt daarvan met 9.8 kwartieren (bijna $2\frac{1}{2}$ uur) het grootste deel van de tijd in beslag. Dan volgen themabespreking, organisatorisch overleg en informeel overleg met een gemiddelde tijd van zo'n half uur tot twintig minuten. Evaluatie van de samenwerking (twaalf minuten) en deskundigheidsbevordering (vijf minuten) komen als laatste. We moeten hier ons wel realiseren, dat het om gemiddelde tijden per maand gaat, terwijl in de praktijk voor sommige van de activiteiten zelfs eenmalig één of enkele hele dagen per jaar worden uitgetrokken.

TIJD BESTEED AAN SAMENWERKING AMW-ELGZ IN KWARTIEREN PER MAAND



Tabel 5.40.: tijd besteed aan diverse aspecten van samenwerking met de ELGZ, uitgedrukt in kwartieren per maand (N=326; JOINT+PSC+Den Haag+het Samenwerkingsproject).

samenwerking met betrekking tot	alleen ELGZ kl.overl (N=92)	alleen ELGZ gr.overl (N=112)	ook ELGZ kl.overl (N=56)	ook ELGZ gr.overl (N=66)	alle samenw. maatsch werkers
cliëntenbespreking	7.6	10.6	6.8	13.9	9.8
thema-bespreking	1.7	2.1	2.3	2	2
organisatorisch overleg	1	1.8	1.8	1.3	1.5
evaluatie vd samenwerking	.6	.9	.9	.9	.8
overleg					
deskundigh.-bevordering	.2	.4	.2	.2	.3
totaal samenwerkingsactiviteiten	11.8	17.6	13.7	20.1	15.8

5.11.2. Verschillen tussen groepen samenwerkers onderling
 Twee aspecten van de samenwerking geven geen significante verschillen te zien, te weten **bespreking van technische, organisatorische kwesties** en **desksundigheidsbevordering**. Ten aanzien van de andere onderdelen van samenwerking en de totale tijd besteed aan samenwerking zijn er wel significante verschillen en die zullen we hieronder na elkaar bespreken.

- Totale samenwerkingstijd

Er is hier sprake van drie hoofdeffecten, namelijk samenwerking, urbanisatiegraad en opleiding, bovendien is er een interactie-effect van samenwerking en urbanisatiegraad.

Tabel 5.41.: gemiddelde samenwerkingstijd (ongecorrigeerd) in kwartieren per maand naar samenwerkingsvorm en urbanisatiegraad, tevens gemiddelden naar opleiding; (N=326; Joint + PSC + Den Haag + het Samenwerkingsproject).

	alleen ELGZ kl.overlap	alleen ELGZ gr.overlap	ook ELGZ kl.overl.	ook ELGZ gr.overl.
platteland	9.2(N=33)	14 (N=50)	11.4(N=15)	11.3(N=42)
steden	13.3(N=59)	20.5(N=62)	14.5(N=41)	35.5(N=24)
	11.8	17.6	13.7	20.1

HBO	VO
14.2 (N=213)	18.8 (N=113)

Uit de cijfers hierboven valt af te leiden, dat significant meer tijd besteed wordt aan samenwerking:

- bij grote overlap van doelpopulatie, althans in stedelijke gebieden, en dan met name door degenen die 'ook' samenwerken met de ELGZ;
- sowieso meer in de steden dan op het platteland;
- en meer door VO-ers dan door HBO-ers.

In het navolgende zal duidelijk worden of deze conclusies voor alle aspecten van samenwerking gelijkelijk opgaan.

- Tijd besteed aan cliëntenbespreking

Hier zien we exact dezelfde significante effecten als bij de totale samenwerkingstijd.

Tabel 5.42.: uitgedrukt in kwartieren per maand, de gemiddelde tijd besteed aan cliëntenbespreking (ongecorrigeerd) naar samenwerkingsvorm en urbanisatiegraad; tevens gemiddelden naar opleiding (N=326; Joint + PSC + Den Haag + het Samenwerkingsproject).

	alleen ELGZ kl.overlap	alleen ELGZ gr.overlap	ook ELGZ kl.overl.	ook ELGZ gr.overl.	
pl.land	5.7(N=33)	9 (N=50)	5 (N=15)	7.9(N=42)	7.5
steden	8.6(N=59)	11.9(N=62)	7.5(N=41)	24.3(N=24)	11.5
	7.6	10.6	6.8	13.9	

HBO	VO
8.4 (N=213)	12.4 (N=113)

Voor de conclusies uit deze cijfers kunnen we volstaan met te verwijzen naar de vorige tabel. De conclusies blijven namelijk geheel en al geldig, als voor totale samenwerkingstijd tijd besteed aan cliëntenbespreking wordt ingevuld. Dit is ook niet zo verwonderlijk, omdat cliëntenbespreking verreweg het grootste deel uitmaakt van de totale samenwerkingstijd.

- Tijd besteed aan themabespreking

Hier zien we een significant hoofdeffect van urbanisatiegraad en een interactie-effect van samenwerking en urbanisatiegraad.

Tabel 5.43.: uitgedrukt in kwartieren per maand, de gemiddelde tijd besteed aan themabespreking (ongecorrigeerd) naar samenwerkingsvorm en urbanisatiegraad (N=326; Joint + PSC + Den Haag + het Samenwerkingsproject)

	alleen ELGZ kl.overlap	alleen ELGZ gr.overlap	ook ELGZ kl.overl.	ook ELGZ gr.overl.	
pl.land	1.5(N=33)	1.9(N=50)	1.3(N=15)	1 (N=42)	1.5
steden	1.8(N=59)	2.3(N=62)	2.7(N=41)	3.7(N=24)	2.5
	1.7	2.1	2.3	2	

De bovenvermelde cijfers geven aan, dat in steden naar verhouding meer tijd aan themabespreking gewijd wordt in steden dan op het platteland. Verder blijkt, dat deze uitspraak het meest geldt voor de categorie 'ook ELGZ-grote overlap' en het minste voor 'alleen ELGZ-kleine overlap'.

- Evaluatie van de samenwerking

Hier worden dezelfde significante effecten gevonden als bij tehambespreking en blijkens onderstaande tabel kan de interpretatie ook nagenoeg hetzelfde luiden.

Tabel 5.44.: uitgedrukt in kwartieren per maand, de gemiddelde tijd besteed aan evaluatie van de samenwerking (ongecorrigeerd) naar samenwerkingsvorm en urbanisatiegraad (N=326; Joint + PSC + Den Haag + het Samenwerkingsproject)

	alleen ELGZ kl.overlap	alleen ELGZ gr.overlap	ook ELGZ kl.overl.	ook ELGZ gr.overl.	
pl.land	.8(N=33)	.6(N=50)	.7(N=15)	.4(N=42)	.6
steden	.5(N=59)	1.1(N=62)	1 (N=41)	1.7(N=24)	1
	.6	.9	.9	.8	

- Tijd besteed aan informeel overleg

Ook hier vinden we in significant interactie-effect van samenwerking en urbanisatiegraad, maar de interpretatie wijkt blijkens onderstaande tabel wat af van eerdere tabellen.

Tabel 5.45.: uitgedrukt in kwartieren per maand, de gemiddelde tijd besteed aan informeel overleg (ongecorrigeerd) naar samenwerkingsvorm en urbanisatiegraad (N=326; Joint + PSC + Den Haag + het Samenwerkingsproject)

	alleen ELGZ kl.overlap	alleen ELGZ gr.overlap	ook ELGZ kl.overl.	ook ELGZ gr.overl.	
pl.land	.5(N=33)	1.3(N=50)	3.7(N=15)	1.2(N=42)	1.3
steden	.9(N=59)	2.2(N=62)	.7(N=41)	2.9(N=24)	1.5
	.7	1.8	1.5	1.8	

Het resultaat van wat in de bovenstaande tabel het meest in het oog springt, is dat de maatschappelijk werkers op het platteland in de categorie 'ook ELGZ-kleine overlap' zo veel samenwerkingstijd aan informeel overleg besteden. Omdat het aantal maatschappelijk werkers waarop deze interpretatie gebaseerd is aan de kleine kant is, is de waarde van het resultaat echter twijfelachtig.

5.11.3. Conclusies

- Maatschappelijk werkers, die een geregelde samenwerkingsrelatie onderhouden met de ELGZ besteden gemiddeld bijna vier uur per maand aan deze samenwerking. Van de vier uur gaat gemiddeld 2¹/₂ uur op aan cliëntenbespreking. Themabespreking, organisatorisch overleg en informeel overleg duren elk gemiddeld zo'n twintig tot dertig minuten op maandbasis. Voor evaluatie van de samenwerking staat twaalf minuten en deskundigheidsbevordering komt als laatste met vijf minuten.
- De verschillen tussen samenwerkers onderling laten een vrij ingewikkeld maar wel behoorlijk consequent patroon zien. Algemeen geldt, dat maatschappelijk werkers met VO meer tijd aan samenwerking besteden dan HBO-ers.

Een ander verschil met betrekking tot de totale samenwerkingstijd is, dat in steden over het algemeen meer tijd aan samenwerking wordt besteed dan op het platteland. Verder vonden we, dat een grote overlap van doelpopulaties tussen AMW en ELGZ aanleiding geeft tot meer samenwerkingstijd. Dit geldt echter niet algemeen: wel voor de stedelijke gebieden, maar niet voor het platteland. Ook hier vinden we weer ondersteuning voor de conclusie uit eerdere paragrafen, dat grote overlap van doelpopulatie in de steden een heel andere betekenis heeft dan op het platteland.

Terugkomend op het resultaat, dat bij grote overlap in stedelijke gebieden de samenwerkingstijd groter is, moet daar nog bij worden vermeld, dat dit veel sterker geldt voor degenen die 'ook' samenwerken met de ELGZ dan degenen die 'alleen' samenwerken met de ELGZ. Deze resultaten zijn wellicht voor een deel terug te voeren op maatschappelijk werkers van het Samenwerkingsproject. Zij vallen voor een belangrijk deel in de categorie 'ook ELGZ-grote overlap' in stedelijke gebieden, en zij werken zeer intensief met huisartsen samen. (Opmerkelijk is overigens wel dat de groep 'ook ELGZ-grote overlap' als geheel blijkens de resultaten in de vorige paragraaf tevens de meeste tijd aan direct cliëntgericht werk besteedt.)

- Omdat de cliëntenbespreking zo'n groot deel uitmaakt van de totale tijd die aan samenwerking besteed wordt, gelden de bovenvermelde conclusies ten aanzien van de totale samenwerkingstijd onverkort ook voor de tijd besteed aan cliëntenbespreking.
- We vinden dat de tijd, die besteed wordt aan themabespreking en ook de tijd aan evaluatie van de samenwerking langer is in de stedelijke gebieden dan op het platteland. Dat geldt met name voor de categorie 'ook ELGZ-grote overlap' en het minst voor 'alleen ELGZ-kleine overlap'.
- Het totaalbeeld is als volgt te omschrijven: bij grote overlap van doelpopulaties tussen AMW en ELGZ, althans in stedelijke gebieden, wordt de meeste tijd besteed aan samenwerking. Het belangrijkste deel van de totale samenwerkingstijd wordt besteed aan cliëntenbespreking.

6. RESULTATEN VAN HET KWALITATIEVE ONDERZOEKSDEEL

Hier willen we de grote lijnen bespreken van hetgeen in de interviews is te berde gebracht in de tweede fase van het onderzoek. Het gaat om gesprekken met vijftien uitvoerende maatschappelijk werkers, uit verschillende delen van het land en in verschillende samenwerkingssituaties met de eerstelijnsgezondheidszorg. Verslagen van de afzonderlijke gesprekken zijn te vinden in bijlage 1.

- Het totaalbeeld

Uit de interviews komt als totaalbeeld naar voren, dat de situatie waarin het AMW functioneert vaak sterk verschilt van instelling tot instelling, van bureau tot bureau, en per bureau soms ook van werker tot werker. Daarbij geldt dan, dat verschillen relatief het kleinste zijn in een plattelandssituatie en dat ze toenemen met het stijgen van de urbanisatiegraad.

Op het platteland zitten AMW-instellingen min of meer in dezelfde positie. Er zijn weinig andere hulpverlenende instanties naast het AMW. Afgezien van eventuele situatie gebonden verschillen (bijvoorbeeld grote werkeloosheid door faillissement van een belangrijke plaatselijke industrie), lijkt de problematiek waar het AMW mee te maken krijgt in veel gevallen sterk op elkaar. De samenwerkingsrelaties die het AMW kan aanknopen zijn beperkt tot huisartsen, en verder eventueel wijkverpleging, de gemeentelijke sociale dienst en pastores of dominees. Een geïnterviewde maatschappelijk werker drukte het zo uit: als je hier wilt samenwerken, dan ben je automatisch aangewezen op de huisarts, want verder is hier nauwelijks iets. In een dergelijke situatie ontstaan vaak hometeams met een aantal van de huisartsen in de regio. Meer solistisch ingestelde huisartsen nemen niet deel aan de samenwerking. Het AMW is de belangrijkste, niet medische hulpverlener voor het hele gebied; ook voor de cliënten die patiënt zijn van een huisarts buiten het hometeam. De maatschappelijk werkers bestrijken in zo'n situatie het hele scala van de problematiek die zich aandient. Taakafstemming binnen de AMW-instelling tussen de verschillende werkers komt vooral tot stand op basis van het principe: wie kan wat het beste. Tot zover de situatie in de echte plattelandsgemeenten,

waar het AMW in grote lijnen overal in dezelfde positie verkeert. Gaat het om grotere gemeenten, dan neemt de diversiteit in het functioneren van AMW-instellingen en ook van de maatschappelijk werkers binnen de instellingen sterk toe. Binnen de meeste instellingen zijn er wel maatschappelijk werkers die participeren in een hometeam, gezondheidscentrum, of een anderszins gestructureerd samenwerkingsverband met de eerstelijnsgezondheidszorg. (Volgens de CBS-gegevens was in 1982 77% van alle instellingen betrokken bij samenwerking in hometeam-verband.). Heel vaak wil dat echter niet zeggen, dat alle maatschappelijk werkers van zo'n instelling geïntegreerd samenwerken met de eerstelijnsgezondheidszorg. Of dezelfde maatschappelijk werker participeert in een hometeam en heeft daarnaast een bepaald aandachtsgebied binnen de gemeente (Dit aandachtsgebied hoeft niet per sé samen te vallen met het werkgebied van het hometeam.). Buurtgericht en geïntegreerd werken worden dan binnen dezelfde persoon gecombineerd. Of op instellingsniveau is een dergelijke regeling getroffen, dat bepaalde werkers zich praktisch geheel richten op het hometeam, terwijl anderen heel expliciet buurtgericht blijven werken. Er is dan binnen de instelling een specialisatie naar buurtgericht en geïntegreerd werken die gekoppeld is aan bepaalde personen. In een dergelijke situatie houdt de instelling of het wijkbureau vaak open spreekuren waar cliënten op eigen initiatief naar toe komen. Deze cliënten komen dan terecht bij de niet-samenwerkende maatschappelijk werkers, terwijl de werkers die participeren in hometeams praktisch al hun cliënten via de huisartsen van het hometeam bij zich krijgen.

De samenwerking met instanties buiten de gezondheidszorg is sterk afhankelijk van welke instanties er in een bepaald dorp of in een wijk of buurt zijn. Het maatschappelijk werk van de gemeentelijk sociale dienst, MAIC's, sociale raadslieden, RIAGG's, buurthuiswerk, opbouwwerk, vrijwilligersgroepen, etc. richten zich allemaal op een bepaald segment van alle problemen die zich in een bepaald gebied voordoen. Het AMW daarop reageert is sterk verschillend. Soms wordt er samengewerkt en is er sprake van afstemming van het hulpaanbod. Bijvoorbeeld het informatie- en advieswerk wordt door het AMW in sommige gevallen zoveel mogelijk 'afgestoten' naar de sociale raadslieden of MAI-bureaus. Andere instellingen en maatschappelijk werkers hechten

sterk belang aan de informatie- en adviesfunctie en doen op bepaalde punten hetzelfde werk als sociale raadslieden en dergelijke.

In grote steden functioneren instanties met doelstellingen die dicht tegen het AMW aanzitten naast elkaar in dezelfde wijken. In een zeker evenwicht functioneren categoriaal maatschappelijk werk, RIAGG's, buurthuiswerk, opbouwwerk, JAC's, etc. naast elkaar. Soms functioneren ook verschillende AMW-instellingen in elkaars nabijheid. Daar werken soms alle maatschappelijk werkers van een instelling volledig geïntegreerd samen met de eerstelijnsgezondheidszorg. Dit lijkt mogelijk, omdat er andere instanties zijn die een meer structurele aanpak van de problematiek voorstaan. Blijkens de interviews vindt dit, althans op werker-niveau, plaats in een redelijke harmonie. Men werkt samen en tipt bijvoorbeeld de andere instelling over buurtgerichte aspecten van de problematiek.

Misschien bevat het beeld van AMW, zoals het tot nu toe beschreven is, althans voor kenners niet veel nieuws. Voor dit onderzoek zit er echter wel een belangrijke consequentie aan vast. Een onderzoek wat zich alleen met individuele werkers bezighoudt, kan maar een deel van de werkelijkheid beschrijven. Dat geldt dus ook voor het kwantitatieve deel van dit onderzoek. Stel, dat uit dit onderzoek naar voren zou zijn gekomen, dat intensieve samenwerking met huser-arten het verlies van de informatie- en adviesfunctie voor AMW tot gevolg heeft. Daaruit kan dan niet geconcludeerd worden dat bepaalde regio's als gevolg van de samenwerking alle informatie en advies moeten ontberen. Vaak worden op instellingsniveau regelingen getroffen of er zijn andere instanties die deze functie overnemen.

- Algemene reacties op het kwantitatieve onderzoeksdeel

Bij vijftien interviews is het moeilijk om te spreken over de belangrijkste, of meest voorkomende reactie. In een willekeurige volgorde willen we daarom hieronder een drietal algemene reacties weergeven.

Eén van de algemene reacties op de resultaten van het kwantitatieve onderzoeksdeel zou men in het kort zo kunnen typeren: er zijn eigenlijk geen grote verschillen tussen wel en niet-samenwerkers en dat stemt overeen met mijn eigen ervaringen. Deze reactie vinden we zowel bij geïnterviewden die wél als die niet participeren in een geregeld samenwer-

kingsverband met de eerstelijnsgezondheidszorg. Sommige geïnterviewden hadden op bepaalde punten wel grotere verschillen verwacht, maar kunnen zich in grote lijnen wel vinden in de resultaten. Het gaan dan bijvoorbeeld om het punt, dat intensievere samenwerking met de eerstelijnsgezondheidszorg zou leiden tot minder hechte samenwerking met hulpverleners buiten de sfeer van de gezondheidszorg.

Een andere reactie die vooral van niet-samenwerkers komt houdt in, dat men vooral de punten benadrukt waarop wèl verschillen werden geconstateerd. Het gaat dan om het volgende: samenwerkers hebben een grotere instroom van cliënten via de huisarts; werken vaker samen met de huisarts, hebben wat meer relatieproblemen en hebben bij grote overlap van doelpopulatie wat minder financiële problemen en minder uitkeringsgerechtigden in hun cadeload. Men ziet dat als waarschuwingen voor voortschrijdende medicalisering van het AMW; ook al zijn de verschillen nu nog niet erg groot. We willen hierbij aantekenen, dat anderen de grotere instroom via de huisarts juist positief waarderen. Men redeneert dan, dat hierdoor minder mensen ten onrechte in het medische circuit belanden.

Een derde algemene reactie die vooral bij samenwerkende geïnterviewden voorkomt is: de verschillen zijn er wel, maar ze kunnen niet of slechts gebrekkig geconstateerd worden met een onderzoek als nu gedaan is. Deze reactie wordt op verschillende manieren uitgewerkt. We zullen dit hierna verder toelichten.

Een aantal geïnterviewden wijst erop dat de verschillen tussen wèl en niet-samenwerkers vooral inhoudelijk van aard zijn. Als je gaat tellen in aantallen cliënten, het gebruik van hulpverleningsmethoden, duur en omvang van de hulpverlening, etc., dan zie je de verschillen niet. Wel is het zo dat door samenwerking cliënten bereikt worden die anders niet bereikt worden, omdat zij in het medische kanaal zouden blijven; zo stellen zij. In deze visie is het gevolg hiervan, dat mensen in een eerder stadium met hun problemen bij het AMW komen: de problemen zijn nog minder geëscaleerd, zodat meer preventief gewerkt kan worden. Men acht dan de probleem- en methodiek-categorieën in de registratie te grof om dit te kunnen signaleren. Hetzelfde geldt voor

bijvoorbeeld zoiets als samenwerking tijdens de hulpverlening: uit de registratie is niet af te leiden of dit gaat om een telefoontje of dat het een compleet afgestemd hulpverleningsplan betreft.

We kunnen deze reactie als volgt samenvatten: de verschillen tussen wèl en niet-samenwerkers zitten dieper dan de vrij globale registratiegegevens waar dit onderzoek op gebaseerd is.

Een tweede reden die genoemd wordt voor het feit dat in dit onderzoek relatief kleine verschillen worden gevonden tussen wèl en niet-samenwerkers is als volgt samen te vatten: de categorie samenwerkers, zoals die nu is samengesteld, is erg ongelijkmatig. In de categorie samenwerkers zitten geheel verschillende vormen van samenwerking bij elkaar. Wat bedoeld wordt is misschien het meest helder aan te duiden door de alternatieve indelingen te noemen. Eén voorstel houdt in om maatschappelijk werkers die in laatste instantie verantwoording schuldig zijn aan het AMW-team te vergelijken met anderen die loyaal zijn aan het eerstelijns-team. Een ander voorstel houdt in, dat in ieder geval de samenwerking in gezondheidscentra apart wordt beschouwd. Daar is de integratie van de hulpverlening het verste gevorderd; daar zouden dus ook de grootste verschillen zijn ten opzichte van niet-samenwerkers. Een derde suggestie in verband met het onderscheid benadrukt het verschil tussen de buurtgerichte en geïntegreerde benadering. Het onderscheid zou in dit onderzoek niet op de juiste wijze operationeel gemaakt zijn. Het zou eigenlijk gaan om de volgende zaken: de mate waarin cliënten binnenkomen via de huisarts versus contact opnemen op eigen initiatief; in hoeverre is de maatschappelijk werker op de hoogte van buurtproblemen; in hoeverre ontplooit hij activiteiten om het maatschappelijk werk te presenteren in de buurt; in hoeverre is men eenzijdig gericht op activiteiten in het kader van het samenwerkingsverband; in hoeverre werkt men expliciet samen met het opbouwwerk, sociale dienst en dergelijke, etc. Uit deze dingen tesamen zou men kunnen vaststellen of een maatschappelijk werker buurtgericht of geïntegreerd werkt. Bij de hier genoemde punten voor het maken van het onderscheid kan men zich overigens afvragen, of dit niet juist de te verklaren verschillen zijn in plaats van indelingscriteria. Tot zover de suggesties voor een andere indeling van de

analysegroepen. We willen hier slechts globaal op deze voorstellen reageren: de eerste indruk is dat bij alle voorstellen toch ook maatschappelijk werkers in geheel verschillende omstandigheden in dezelfde categorie kunnen komen. Dit heeft er onder andere mee te maken, dat maatschappelijk werkers op grond van hun visie op het vak vaak anders zouden worden ingedeeld, dan wanneer gekeken wordt naar feitelijke gegevens en omstandigheden. En de vraag is dan wat het zwaarste moet wegen.

Hiermee hebben we de beschrijving van de reacties op de indeling van de categorieën wel en niet-samenwerkers afgesloten. We willen nu verder gaan met de derde algemene reactie op de onderzoekersopzet. Gesteld wordt, dat een belangrijk deel van de gevolgen van samenwerking tussen het AMW en de eerstelijnsgezondheidszorg niet bij maatschappelijk werkers te zien is, maar bij huisartsen. Als gevolg van samenwerking zouden zij veel beter de mogelijkheden leren kennen van het maatschappelijk werk. Bovendien zouden zij meer oog krijgen voor de niet medische achtergrond van klachten van hun patiënten. Het gevolg is dat zij minder zouden verwijzen naar de tweedelijns. Zij kunnen beter hun keuze bepalen tussen AMW en de geestelijke gezondheidszorg; ze gaan minder verwijzen naar psychiatrie en interne geneeskunde. Bovendien kennen ze beter de sociale kaart van hun regio, zodat ze zelf gaan verwijzen naar sociale raadslieden, sociale dienst, etc. Verder onderzoek is nodig om deze uitspraken aan de empirie te toetsen.

In de rest van dit hoofdstuk willen we hetgeen uit de interviews naar voren kwam bespreken aan de hand van een aantal concrete punten. Dit zijn achtereenvolgens: het onderscheid buurtgerichte-geïntegreerde benadering, samenwerking in het algemeen, instroom van cliënten, samenwerkingscontacten tijdens de hulpverlening, uitstroom, problematiek en methode van hulpverlening, aantallen cliënten, cliëntkenmerken, hoeveelheid direct cliëntgericht werk.

- De buurtgerichte versus geïntegreerde benadering

De indruk ontstaat, dat deze tegenstelling het meest manifest is in Amsterdam en Den Haag. Daar wordt ook op instellingsniveau een keuze gemaakt voor één van beide benaderingen. In middelgrote steden worden de beide benaderingen vaak binnen dezelfde instellingen gecombineerd. Op het

platteland zegt het onderscheid meestal niet zoveel en daar bepalen vooral de specifieke omstandigheden de manier van werken.

Over het algemeen komt uit de interviews naar voren dat het onderscheid tussen de beide benaderingen heel lastig te maken is. Er bestaat in elk geval weinig eensgezindheid over de criteria op grond waarvan de tweedeling gemaakt zou kunnen worden. Dat wil echter niet zeggen, dat er niets in de interviews is, dat wijst op het bestaan van de twee stromingen. Een maatschappelijk werker die vooral het belang van eigen identiteit van het AMW benadrukt zegt bijvoorbeeld: "Ik ben niet van plan om patiënten te gaan wassen." Een ander die sterk belang hecht aan de integratie van zorg zegt: "Ik weet zelf ook wel hoe ik een been moet verbinden; dat heb ik zo vaak in het team voor zien doen." En een huisarts uit het eerstelijnssteam deed de illustratieve uitspraak: "Dan ga ik haar zelf wel één keer in de week wassen." Ook ten aanzien van de problematiek is er het verschil: enerzijds wordt de informatie- en adviesfunctie van het AMW sterk benadrukt, terwijl aan de andere kant het spreekuur van de huisarts als een belangrijke 'vindplaats' wordt gezien van problemen die thuishoren bij het AMW. Vooral bij niet-samenwerkers speelt de vrees een rol van overheersing door de medische sector: de huisarts als algemene intaker voor de eerstelijns. Samenwerkers benadrukken vaak de combinatie van geïntegreerd en gestructureerd werken: niet het één ten koste van het ander.

- Samenwerking

Vooral in de grote steden wordt belang gehecht aan de samenwerking tussen maatschappelijk werk en de wijkverpleging. In de middelgrote steden en in plattelandsgebieden blijkt de wijkverpleging vaak niet als belangrijke samenwerkingspartner van het AMW te worden gezien. De achtergronden van dit verschil zijn niet erg duidelijk, maar het lijkt of in minder verstedelijkte gebieden het maatschappelijk werk en de wijkverpleging minder gemeenschappelijks zien.

In de samenwerking wordt vooral het belang van een goed persoonlijk contact tussen de partners benadrukt; vooral in de beginsituatie.

- Instroom van cliënten

Een aantal samenwerkers zegt dat ze in hun eigen situatie wel duidelijk kunnen merken, dat ze veel van hun cliënten

via de huisarts krijgen en dat nog weinig cliënten op eigen initiatief komen. De verschillen zijn wat extremer dan in het onderzoek gevonden is. Het lijkt vooral op te treden bij hechte samenwerking met de huisarts.

- Samenwerking tijdens de hulpverlening

Benadrukt wordt, dat in goed lopende samenwerkingsverbanden het consultatie geven van maatschappelijk werkers aan huisartsen erg belangrijk is. Hierdoor komt onder andere het veranderende verwijsgedrag van de huisarts tot stand:

de huisarts raakt beter op de hoogte van de mogelijkheden van het AMW en kan beter afwegen of patiënten doorverwezen moeten worden naar de geestelijke gezondheidszorg, psychiatrie, AMW, etc.

Verder komt naar voren, dat echt intensieve samenwerking slechts bij een beperkt aantal echte 'moeilijke' gevallen voorkomt. Dan worden afspraken gemaakt over een gezamenlijk hulpverleningsplan. In veel gevallen is de samenwerking niet onbelangrijk, maar wel veel vluchtiger.

- Uitstroom uit het AMW

Verwijzing door de maatschappelijk werker naar de huisarts komt in de praktijk heel weinig voor. De reden daarvan is dat in de registratie alleen van verwijzing sprake is, als de hulpverlening door de maatschappelijk werker wordt afgesloten. Bij verwijzing naar de huisarts zou dat bijvoorbeeld gebeuren, als blijkt dat de patiënt louter lichamelijke klachten heeft. In de praktijk gebeurt dat heel weinig. Wel komt het regelmatig voor dat tegen de patiënt gezegd wordt: ga ook eens langs je huisarts. Als dit al geregistreerd wordt, valt het eerder onder samenwerken dan verwijzen. Overigens, dezelfde opmerkingen zijn van toepassing op de huisarts die tegen een patiënt zegt: "ga eens langs het maatschappelijk werk".

- Problematiek en methode van hulpverlening

Een opmerking die wel gemaakt is, houdt verband met de afzonderlijke registratie van Informatie- en Adviescontacten (I & A-registratie of registratie van korte contacten) bij instellingen die het JOINT-systeem hanteren. Voor contacten met cliënten die in zijn geheel korter dan een uur duren kent men aparte turfstaten. Wat nu gesuggereerd wordt is, dat de verschillen tussen wel en niet-samenwerkers in de informatie- en adviesfunctie wellicht groter zouden blijken als ook deze korte contacten in het onderzoek zouden zijn betrokken.

Een aantal van de geïnterviewden die deelnemen aan een geregeld samenwerkingsverband herkent zich wel in het hogere percentage begeleiding en relatieproblemen dat gevonden werd bij samenwerkers. Dat geldt speciaal als het informatie- en advieswerk door daarin gespecialiseerde collega's gedaan wordt, of als dit verwezen wordt naar sociale raadslieden.

- Aantal cliënten

Het ontbreken van grote verschillen tussen wel en niet-samenwerkers in aantallen cliënten, wekt nergens grote verbazing. Vaak kent men, bijvoorbeeld op basis van een vroegere werkkring, de situatie van wel en niet-samenwerkers uit eigen ervaring. De tijd die bij samenwerkers in de samenwerking met de eerstelijnsgezondheidszorg gaat zitten, gaat bij niet-samenwerkers op aan andere samenwerking en overleg. De verschillen vallen over het geheel genomen tegen elkaar weg, zo wordt vaak gesteld.

Ook wat betreft de duur en omvang van de hulpverlening kan men zich over het algemeen goed voorstellen dat over het geheel gezien geen grote verschillen geconstateerd worden. Per probleemsoort zouden er wel verschillen kunnen zijn, zo wordt wel eens geopperd. Omdat samenwerkers bijvoorbeeld vaak in een eerder stadium met relatieproblemen geconfronteerd worden, zou de hulpverlening ook sneller kunnen verlopen. Als mensen uit zichzelf met relatieproblemen naar het AMW komen, is de zaak vaak al meer vastgelopen.

- Kenmerken van cliënten

Veelal heeft men geen verklaring voor het gevonden verschil, dat samenwerkers vooral bij grote overlap van doelpopulatie met de huisarts minder uitkeringsgerechtigden in hun caseload hebben. Men benadrukt dan, dat vooral het werkgebied bepaalt wat voor cliënten men krijgt en niet of die cliënten via de huisarts komen of uit zichzelf.

Enkele geïnterviewden hebben wel eigen ervaringen die aansluiten bij het gevonden verschil. Mensen uit lagere sociale klassen zouden soms gemakkelijker naar het AMW gaan: zij hebben net als een huisarts ook van oudsher al een eigen maatschappelijk werker. Ook wordt gezegd dat huisartsen bij lagere sociale klassen in de klachten minder gauw een zaak voor het AMW zien. Omdat samenwerkers meer cliënten via de huisarts krijgen, zie je daar dan ook minder sociaal zwakkeren.

- Direct cliëntgericht werk

Uit de resultaten van het kwantitatieve onderzoeksdeel blijkt, dat niet-samenwerkers met een VO-opleiding wat minder direct cliëntgericht werk doen. Een aantal geïnterviewden ziet geen verklaring voor dit verschil. Een aantal anderen oppert echter, dat samenwerkers vaker kiezen voor een therapeutische specialisatierichting in de VO. Als de opleiding is afgerond gaan zij dan vaak eerder méér dan minder cliëntgericht werk doen. Niet-samenwerkers met VO zouden minder vaak een therapie-richting kiezen en vaker jongere collega's of stagiaires gaan begeleiden; zij zouden ook meer tijd steken in samenwerking met andere instanties.

- Tot slot

De interviews hebben op een aantal punten belangrijke informatie opgeleverd. Essentieel lijkt dat samenwerking tussen wel en niet-samenwerkers niet alleen op maatschappelijk werker niveau bekeken moeten worden. Conclusies kunnen pas getrokken worden, als de bredere context van de AMW-instelling en essentiële andere hulpverlenende instanties in het geheel worden betrokken.

Het verschil tussen de buurtgerichte en geïntegreerde benadering in het AMW is door de interviews wel wat verdiept. Overheersend is echter, dat weinig eensgezindheid bestaat over de concrete criteria op basis waarvan het onderscheid gemaakt zou moeten worden. Illustratief is dat samenwerkers laten weten dat geïntegreerd werken een structurele/oftewel buurtgerichte aanpak van de problemen geenszins in de weg hoeft te staan.

Overigens moeten we hier ook constateren dat **beide** benaderingen medicalisering willen tegengaan. Alleen verschilt men sterk in de wijze waarop men dit wil bereiken. De geïntegreerde benadering denkt door nauwe samenwerking met de medische hulpverlening deze sector te kunnen 'socialiseren' (mensen met psychosociale klachten zo min mogelijk patiënt laten zijn en huisartsen de ogen openen voor psychische en sociale aspecten van gezondheidsklachten). De buurtgerichte benadering verwacht van de nauwe samenwerking van het AMW juist medicalisering: niet de medische sector zou worden gesocialiseerd, maar het AMW wordt gemedicaliseerd.

Over het algemeen concludeert men na een samenvatting van de resultaten van het kwantitatieve onderzoeksdeel te hebben gelezen, dat de verschillen tussen wel en niet-samen-

werkers niet erg groot zijn. Sommigen zien echter wel tendenzen tot medicalisering van het maatschappelijk werk. Anderen wijzen erop dat op grond van hun eigen ervaringen de verschillen wat groter zijn dan er in het onderzoek geconstateerd is. Nog weer anderen zien in de resultaten een bewijs voor hun reeds bestaande overtuiging, dat er geen twee heel verschillende soorten algemeen maatschappelijk werk zijn, afhankelijk van de intensiteit waarmee men samenwerkt met de gezondheidszorg.

Tot slot wordt gepleit voor verder onderzoek. Allereerst gaat het dan om onderzoek waarbij andere scheidslijnen getrokken worden tussen de analysegroepen. Ook denkt men aan onderzoek, dat een verdere verklaring van zowel gevonden als niet gevonden (maar wel verwachte) verschillen mogelijk maakt. Het gaat dan bijvoorbeeld om analyse van verschillen in duur en omvang van de hulpverlening per probleemsoort. Ook constateert men in dit verband dat de bestaande registratiegegevens tamelijk grof zijn voor een diepgaande analyse. Als voorbeeld kan de term 'begeleiding' dienen die met de nu gebezigde omschrijving 'het geven van vrij intensieve steun aan de cliënt, opdat de cliënt probleemoplossend kan bezig zijn' wel een erg globale aanduiding is van de methode van hulpverlening.

Tot slot wordt gepleit voor onderzoek waar, eventueel los van het onderscheid wèl versus niet-samenwerkers, aan de hand van het registratiemateriaal dieper wordt ingegaan op hulpverleningsgevallen die bij het AMW terecht zijn gekomen via de huisarts. Vragen zijn dan: vindt naar aanleiding van deze problemen de meeste samenwerking plaats, verschillen deze problemen wat betreft duur van de behandeling en aantal contacten; bereikt het AMW via de huisarts een andere doelgroep, etc.

LITERATUUR

- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Statistieken eerste lijn maatschappelijke dienstverlening; instellingen voor algemeen maatschappelijk werk, 1982. Sociaal Cultureel Kwartaalbericht, 1984, 3
- GELDER, K. VAN. Afsluiting , de sluitpost van de hulpverlening in Biewenga T. e.a. Met het oog op hulpverlening. Alphen a/d Rijn, Samson, 1982
- GRAAF, H. DE. Pas op je tellen. 's Gravenhage, NIMAWO, 1982
- JOINT. Maatschappelijk werk in samenwerking. 's Hertogenbosch, JOINT, 1984
- JOINT. Registratiegegevens 1983. 's Hertogenbosch, JOINT, 1983
- JOINT. Registratie-systeem JOINT-AMW, e.d. 1984: toelichting. 's Hertogenbosch, JOINT, 1984
- PROTESTANTS SOCIAAL CENTRUM. Toelichting bij de registratie-formulieren. Amsterdam, PSC, 1981
- SCHREIJ, H., P. VAN DE VORST. Tijdnormen en tijdsbesteding in het algemeen maatschappelijk werk. 's Hertogenbosch, JOINT, 1980
- SOCIAAL EN CULTUREEL PLANBUREAU. Sociale achterstand in wijken en gemeenten. Rijswijk, SCP, 1980
- STICHTING SAMENWERKENDE INSTELLINGEN MAATSCHAPPELIJK WERK. Toelichting bij de cliëntenregistratie SSIMW 1982. 's Gravenhage, SSIMW, 1982
- STIKKER, A. Zelf gaan of verwezen worden: een overschat verschil in Biewenga T. e.a. Met het oog op hulpverlening. Alphen a/d Rijn, Samson, 1982
- VERHAAK, P.F.M. Vooronderzoek functioneren algemeen maatschappelijk werk. Utrecht, NHI, 1984

BIJLAGE 1

Man, platteland, Zeeland, 20 jaar werkzaam, VO gedaan, werkt deels als teamleider deels als uitvoerend maatschappelijk werker, participeert in een hometeam.

Algemeen

De resultaten komen op veel punten heel goed overeen met zijn eigen inzichten en ervaringen. Opvallend is, dat er in veel gevallen geen verschillen zijn tussen wèl en niet-samenwerkers.

Onderscheid buurtgerichte-geïntegreerde benadering

Hij kan zich wel voorstellen dat er mengvormen optreden. Zij zouden zelf graag zoveel mogelijk werken voor dezelfde doelpopulatie als de huisarts met wie ze samenwerken. In de praktijk vinden ze het echter zeker ook tot hun taak behoren om andere cliënten te helpen. Deze mensen kunnen immers nergens anders naar toe.

Samenwerking

Op het platteland is de eerstelijnsgezondheidszorg automatisch de belangrijkste samenwerkingspartner voor het algemeen maatschappelijk werk. Afgezien van de gemeentelijke sociale dienst zijn er praktisch geen andere instanties waarmee ze kunnen samenwerken.

Overig

Ze werken vooral met gesprekken met individuele cliënten, echtparen, etc.; niet met een therapie-achtige aanpak of met groepswork. Werken met groepen is niet haalbaar, omdat de mensen in de kleine gemeenschappen elkaar allemaal kennen, en ze willen niet dat bekenden weet hebben van hun problemen.

Hij heeft geen verklaring voor het resultaat, dat samenwerkers wat minder uitkeringsgerechtigden in hun in hun caseload hebben. Ook het lagere percentage direct cliëntgericht werk bij niet-samenwerkende VO-ers is niet te verklaren vanuit zijn ervaring.

Vrouw, werkzaam in een stad in Noord-Brabant, elf jaar werkzaam, VO gedaan, werkt deels als teamleider, deels als uitvoerend maatschappelijk werker, werkt onder één dak met een huisarts en fysiotherapeut, (momenteel overigens niet meer werkzaam als maatschappelijk werker).

Algemeen

Zij had meer verschillen verwacht dan er gevonden zijn. Voor een deel wordt dit waarschijnlijk veroorzaakt, doordat het onderscheid wèl versus niet geregeld samenwerken met de eerstelijnsgezondheidszorg nogal globaal is. Zo vallen bijvoorbeeld gezondheidscentra die intensief werken aan de samenwerking met de eerstelijnsgezondheidszorg in dezelfde categorie als samenwerkingsverbanden waar de samenwerking min of meer toevallig tot stand is gekomen.

Het onderzoek geeft maar beperkt inzicht in verschillen tussen wèl en niet-samenwerkers, omdat de registratiegegevens ook maar beperkt inzicht geven in het functioneren van het AMW. Als bijvoorbeeld samenwerking met de huisarts geregistreerd wordt, wordt uit de registratie niet duidelijk of dit een telefoontje met de huisarts betreft, of dat het om een compleet, afgestemd hulpverleningsplan gaat.

Ook onderlinge consultatie, waarbij geen verwijzing tot stand komt, blijkt niet uit deze cijfers. Haar ervaring is dat bij goede samenwerking die consultatie steeds belangrijker wordt. Dat geldt met name voor de rol van de maatschappelijk werker als consultatiegever van de huisarts.

Onderscheid buurtgerichte-geïntegreerde benadering

Het onderscheid wordt niet erg duidelijk. Het heeft te maken met ideologische verschillen. Daarbij wordt buurtgericht AMW in verband gebracht met ontmedicalisering en daar tegenover staat een visie waarin professionele samenwerking voorop staat (vergelijk Verharen, 'Bouwstenen voor gezondheidscentra').

In de praktijk is het het meest zinvol om onderscheid te maken tussen maatschappelijk werkers die functioneren vanuit een AMW-team (daaraan verantwoording schuldig zijn en van daaruit samenwerken met andere hulpverleners) en degenen die werken vanuit een eerstelijnssteam (en die in de eerste plaats daaraan loyaal zijn). Zowel het AMW-team als ook het eerstelijnssteam kunnen buurtgericht werken.

Samenwerking

Een maatschappelijk werker in een geregeld samenwerkingsverband werkt eigenlijk maar bij enkele van zijn cliënten echt intensief samen met de huisarts. De meeste samenwerkingsgevallen zijn incidenteler van karakter, maar ook niet onbelangrijk. Wanneer intensief samengewerkt wordt, wordt er een gezamenlijke strategie uitgezet. Dat betreft dan vaak de echt 'moeilijke' gevallen.

Uit eigen ervaring lijkt het zo te zijn, dat samenwerking met de eerstelijnsgezondheidszorg tot gevolg heeft dat cliënten in een vroeger stadium naar het AMW komen. Ze zijn jonger, als ze besluiten met hun problemen naar het AMW te gaan. Daardoor kunnen de hulpverleningsepisoden korter duren.

Overig

Verwijzingen naar de huisarts komen praktisch niet voor, omdat verwijzen betekent dat je de hulpverlening afsluit en dan doorverwijst naar een andere instantie. Cliënten van het AMW blijken in de praktijk haast nooit alleen maar lichamelijke klachten te hebben. Dat zou de reden zijn voor verwijzing naar de huisarts. Verschillen verwachten in aantallen verwijzingen naar de huisarts tussen wèl en niet-samenwerkers is dan ook niet reëel.

Het zou interessant zijn om na te gaan of de huisarts een speciaal soort problematiek naar het AMW verwijst. (vergeleijk het frequenter voorkomen van relatieproblemen en het hogere percentage echtparen bij samenwerkers in dit onderzoek). Vindt naar aanleiding van deze problemen dan ook de meeste samenwerking plaats? Verschillen deze problemen wat betreft duur van de behandeling en aantal contacten? Is dit de problematiek die vaker voorkomt in de caseload van samenwerkende maatschappelijk werkers? Zijn het andere cliënten die via de huisarts naar het AMW komen; bereik je via de huisarts een andere groep?

VO-ers zijn vaak voor een deel van de tijd teamleider. Zij hebben als gevolg daarvan meer 'overhead'-samenwerkingscontacten dan HBO-ers. Dus doen zij ook meer indirect cliëntgericht werk.

Tekstueel

Niet alleen de overheid, maar ook een deel van het maatschappelijk werk is voorstander van samenwerking; wat is de relatie tussen dit onderzoek en het beleid van de overheid?; als samenwerkers meer cliënten via de huisarts krijgen, maar er komen niet veel minder cliënten op eigen initiatief, van welke instantie krijgen ze dan minder cliënten; verwachtingen worden niet altijd gefundeerd en zijn nog al eens negatief voor samenwerkers.

Man, kleine stad, Drenthe, zeven jaar werkzaam, geen VO gedaan, uitvoerend maatschappelijk werker, neemt niet deel aan een geregeld samenwerkingsverband met de eerstelijnsgezondheidszorg.

Algemeen

Opvallend is, dat er op veel punten geen verschillen zijn tussen wèl en niet-samenwerkers. Hij had ze zelf ook niet zozeer verwacht. Hij kan de situatie vanuit twee kanten bekijken, omdat hij in een eerder dienstverband wel samenwerkte met de eerstelijnsgezondheidszorg.

Onderscheid buurtgerichte-geïntegreerde benadering:

Zijn instelling voor AMW werkt vanuit één centraal punt voor heel de regio. Er is één spreekuur voor al het niet-categoriale maatschappelijk werk; geen spreekuur per wijk dus. Individuele maatschappelijk werkers hebben wel een bepaalde wijk als hun speciale aandachtsgebied.

In zijn eigen wijk werkt deze maatschappelijk werker vooral samen met scholen en het sociaal cultureel werk. Dit betekent echter geenszins dat zijn cliënten alleen uit deze wijk komen. Door de centrale manier van werken van de instelling komen zijn cliënten uit de hele regio. Cliënten komen bij een bepaalde maatschappelijk werker terecht op grond van het feit dat de problematiek past bij de werker. Ook persoonlijke voorkeur van de werker speelt een rol. Ook werkers van zijn instelling die participeren in een hometeam hebben vaak cliënten van buiten de doelgroep van het hometeam. Daar gaat wel wat verandering in komen.

Samenwerking

De samenwerking met de huisartsen komt in zijn geval door feitelijke omstandigheden niet van de grond. Dat houdt vooral verband met persoonlijke motieven van de huisartsen in zijn aandachtsgebied. Zij zijn nogal solistisch ingesteld.

Overig

De in het onderzoek gevonden verhouding: zestig procent van de maatschappelijk werkers werkt wèl en veertig procent werkt niet samen met de eerstelijnsgezondheidszorg, komt redelijk overeen met de verhouding binnen zijn instelling.

Maatschappelijk werkers hoeven niet naar de huisarts te verwijzen; daar gaan de mensen uit zichzelf meestal wel naartoe.

Hij had zelf geen grote verschillen verwacht in problematiek en methode van hulpverlening. Samenwerkers zouden wel wat minder met financiële problemen te maken kunnen krijgen, omdat mensen daarmee niet zo snel mee naar de huisarts zullen gaan. Een grotere instroom via de huisarts zou dan bij samenwerkers iets minder van dit type problemen te zien kunnen geven.

Samenwerkers zouden alleen meer cliënten kunnen hebben, als ze langere tijden zouden maken. De verschillen vallen in de praktijk tegen elkaar weg.

Dat niet-samenwerkers meer cliënten zouden hebben die een inkomen hebben uit een uitkering is voor hem onverklaarbaar. Hetzelfde geldt voor het feit dat VO-ers, speciaal als ze niet samenwerken, minder direct cliëntgericht werk doen. Dat VO-ers minder cliëntgericht werk doen zou los van het onderscheid wèl versus niet-samenwerken wel het geval kunnen zijn. Zij hebben vaak een langere ervaring en vervullen meer staffuncties.

Een zelfde kwestie doet zich voor bij de niet-samenwerkende VO-ers die wat meer cliënten hebben die al eerder contact hadden met de AMW-instelling. Cliënten die al eerder contact hadden met het AMW, zoeken een volgende keer vaak weer dezelfde werker op. VO-ers werken vaak al langer in het AMW, dus zullen ook meer 'oude klanten' hebben. Niet duidelijk is waarom dat alleen zou gelden voor niet-samenwerkers.

Tekstueel

Duidelijker aangeven: ten koste van wat gaat de grotere instroom via de huisarts bij samenwerkers.

Man, stad, Noord-Brabant, zes jaar werkzaam, geen VO gedaan, maatschappelijk werker, werkzaam in een gezondheidscentrum met vier huisartsen en een team van wijkverpleegkundigen.

Algemeen

Vanuit zijn eigen praktijkervaring kan hij de grote lijn in de resultaten van het onderzoek bevestigen. Ook bij zijn instelling zijn er geen grote verschillen tussen wèl en niet-samenwerkers. Het grootste verschil is in zijn situatie gelegen in het feit, dat samenwerkers in concrete gevallen veel meer overleg plegen met de huisarts dan niet-samenwerkers.

Onderscheid buurtgerichte-geïntegreerde benadering

Hij vraagt zich af of je in het algemeen wel gedwongen bent om een keuze te maken voor één van beide benaderingen. De keuze wordt pas actueel, als een formatieplaats moet worden ingeleverd. De instelling wordt dan gedwongen om af te wegen of zij een deel van de samenwerkingscontacten met de huisarts opgeeft, of dat zij een deel van het buurtgerichte werk laat vallen.

Samenwerking

Hij zit in een gezondheidscentrum met huisarts en wijkverpleging. Zijn AMW-team werkt voor een deel voor dezelfde doelgroep als het gezondheidscentrum, maar voor een deel fungeert het ook als wijkteam.

Het belangrijkste element van de samenwerking met de huisarts is een goed persoonlijk contact. Dan loopt de rest min of meer vanzelf. Zijn team vraagt zich wel eens af of al die samenwerking wel zo nodig is. Het antwoord is dan dat het niet noodzakelijk is, maar het verruimt wel de mogelijkheden.

Overig

Verwijzingen naar het AMW zijn niet altijd even duidelijk als verwijzing te karakteriseren. De huisarts zegt bijvoorbeeld op het spreekuur tegen één van zijn patiënten: loop eens langs het maatschappelijk werk. Twee maanden daarna komt de cliënt dan pas daadwerkelijk naar het AMW. Hij lijkt dan op eigen initiatief te komen, terwijl hij erop geattendeerd is door de huisarts.

Verwijzingen naar de huisarts vanuit het AMW komen in de praktijk zelden voor. Wel zeg je tegen een cliënt: ga eens even bij de huisarts langs. Dit is dan om lichamelijke oorzaken van klachten uit te kunnen sluiten, zodat je echt samen aan de slag kunt gaan.

Hij had verwacht, dat samenwerkers iets meer cliënten zouden hebben dan niet-samenwerkers.

Overigens verschilt per bureau de wijze waarop zogeheten korte contacten geregistreerd worden. Soms worden korte contacten niet apart geregistreerd en worden twee korte contacten als één intake voor de cliëntenregistratie beschouwd.

De middle class komt vaak via de huisarts naar het AMW, terwijl de lower class zelf de weg naar het AMW weet te vinden. Zij spreken wel over 'mijn maatschappelijk werker'. Dit zou kunnen verklaren waarom niet-samenwerkers wat meer uitkeringsgerechtigden in hun caseload hebben dan samenwerkers.

Het is hem niet duidelijk waarom speciaal VO-ers die niet samenwerken meer indirect cliëntgericht werk zouden doen.

Man, verstedelijkt platteland, Gelderland, negen jaar werkzaam, VO gedaan, werkt deels als teamleider deels als uitvoerend maatschappelijk werker, participeert in een hometeam met huisarts, gezinszorg en wijkverpleging.

Algemeen

De resultaten noemt hij onthullend. Er worden in theorie allerlei verschillen verwacht op grond van samenwerking, maar daar blijkt in de praktijk heel weinig van. Dit stemt overeen met de praktijkervaringen van de teams binnen zijn instelling. Het ene hometeam functioneert heel anders dan het andere. Er zijn dus niet alleen verschillen tussen wel niet-samenwerkers: ook samenwerkers onderling verschillen sterk. Hij suggereert om na te gaan of gezondheidscentra (waar de samenwerking min of meer optimaal gerealiseerd is) afzonderlijk te vergelijken met niet-samenwerkers en de andere samenwerkers.

Zoals de resultaten er nu uitzien, zou je je kunnen afvragen of aan de samenwerking met de huisarts wel zoveel belang moet worden gehecht.

Onderscheid buurtgerichte-geïntegreerde benadering

Dit soort van onderscheidingen doet wat gekunsteld aan; het is erg door de politiek ingegeven. Om enigszins met huisartsen te kunnen samenwerken is het wel nodig dat één maatschappelijk werker niet met negen of tien huisartsen te maken heeft.

In de praktijk werken de maatschappelijk werkers in zijn team zowel buurtgericht als geïntegreerd. Soms is er aandacht voor speciale doelgroepen. In het verleden heeft zijn team zich bijvoorbeeld een tijd lang speciaal op buitenlanders gericht. Dan is de samenwerking met de huisarts erg belangrijk, omdat buitenlanders vaak via de huisarts naar het AMW komen (presentatie van klachten in medische termen).

Samenwerking

Voor het AMW is eigenlijk alleen de samenwerking met de huisarts van belang. De samenwerking met de wijkverpleging en met de gezinszorg stelt in de praktijk heel weinig voor.

Overig

De Informatie- en Advies-registratie (nu registratie van korte contacten geheten) van JOINT-instellingen is buiten dit onderzoek gebleven. Daardoor is het materiaal niet helemaal compleet en zou je misschien minder sterk de conclusie mogen trekken, dat er geen grote verschillen zijn in informatie- en advies-contacten. De verschillen kunnen namelijk zitten in registratiemateriaal wat je niet bekeken hebt.

Het meest opvallend is dat de aantallen cliënten van wèl en niet-samenwerkers niet verschillen. Op grond van zijn eigen locale situatie had hij deze verschillen overigens ook niet verwacht.

Niet-samenwerkers hebben wat meer uitkeringsgerechtigden onder hun cliënten. Een verklaring zou kunnen zijn, dat zij misschien wat meer cliënten hebben die uit zwak sociale milieus komen. zij onderhouden vaak van oudsher al contacten met het AMW. Dit contact komt vaak tot stand via een familielid. De huisarts hoeft hier niet te bemiddelen. Zij hebben een huisarts, maar zij hebben ook een eigen maatschappelijk werker.

Hij had verwacht dat samenwerkers, landelijk gezien, meer tijd zouden kwijt zijn aan overleg dan niet-samenwerkers. Samenwerkers zouden dan ook minder direct cliëntgericht werk doen dan niet-samenwerkers. Het nu gevonden resultaat (niet-samenwerkende VO-ers doen minder direct cliëntgericht werk) is volgens hem niet op een voor de hand liggende manier te verklaren.

Vrouw, stad in Noord-Brabant, acht jaar werkzaam, geen VO gedaan, doet uitvoerend werk, heeft geen geregelde samenwerking met de eerstelijnsgezondheidszorg.

Algemeen

Zij ziet in de resultaten een reden om extra attent te zijn op medicalisering van het maatschappelijk werk als gevolg van de samenwerking met huisartsen. De resultaten wijzen erop dat relatieproblemen bij samenwerkers wat vaker voorkomen. Ook hanteren zij begeleiding wat vaker als methode van hulpverlening. Dit is voor haar een waarschuwing tegen al te zeer therapeutisch werken. Ook moet erop toegezien worden dat de samenwerking niet ten koste gaat van de sociaal zwakkeren, die minder snel via de huisarts naar het AMW komen. Er zijn in dit opzicht overigens wel verschillen tussen huisartsen onderling. Aan de andere kant moet het maatschappelijk werk ook weer niet al te zeer in de hoek van de sociale dienst gaan zitten.

De resultaten van het onderzoek sluiten in grote lijnen wel aardig aan bij haar eigen verwachtingen ten aanzien van de verschillen.

Onderscheid buurtgerichte-geïntegreerde benadering

Zij werkt zelf zoveel mogelijk buurtgericht. Dat staat voor een structurele, niet individualiserende aanpak van problemen. De contacten met een aantal huisartsen in de buurt zijn goed. Zij verwijzen vaak naar het AMW. Zij vindt dat huisartsen in het algemeen de problemen van hun patiënten teveel individualiseren. Zij zouden er meer op moeten letten hoe iemands klachten passen in zijn omgeving, zijn woon- en werkomstandigheden. Doordat huisartsen dat niet doen blijven veel structurele problemen bedekt onder lichamelijke klachten. De mensen komen dan ook niet bij het maatschappelijk werk. Huisartsen helpen hun patiënten ook te weinig op weg naar gespecialiseerde instanties, zoals een sociaal raadsman of MOB.

Overig

Er wordt veel meer verwezen naar het AMW, dan in de registratie signaleerd wordt. Veel verwijzingen vanuit de sociale dienst, het categoriale werk, e.d. naar het AMW worden niet als zodanig opgemerkt.

Zij verwijst niet expliciet naar de huisarts, maar het komt wel vaak voor dat ze tegen een cliënt zegt: praat er ook eens met je huisarts over.

Dat de aantallen cliënten val wèl en niet-samenwerkers niet sterk verschillen, en dat ook duur en omvang van de hulpverlening niet sterk uiteenlopen bij beide categorieën werkers, sluit aan bij haar eigen ervaring.

Dat samenwerkende VO-ers niet minder direct cliëntgericht werk doen zou volgens haar een gevolg kunnen zijn van het feit, dat zij zich vaak therapeutisch specialiseren. Ze gaan dan ook zeker niet minder direct cliëntgericht werk doen, maar gaan zich bijvoorbeeld speciaal richten op gezinsbehandeling. Niet-samenwerkende VO-ers daarentegen gaan misschien vaker werkbegeleiding geven aan jongere collega's.

In haar situatie maakt wel of geen VO geen groot verschil. Ze hebben binnen de buurt elk hun eigen aandachtsgebied en verder bepaalt 'wie kan wat het beste' de werkverdeling. Ze doen allemaal wat van het beleidswerk.

Ze ziet in de huidige situatie niet zo'n geweldig groot gevaar voor medicalisering van het maatschappelijk werk. Dat risico neemt echter drastisch toe in een situatie waarin de samenwerking met de eerstelijnsgezondheidszorg door de beleidsmakers dwingend wordt opgelegd.

Man, stad in Gelderland, twaalf jaar werkzaam, geen VO gedaan, doet uitvoerend werk, zit in een 'hometeam' met huisartsen en maatschappelijk werkers.

Algemeen

Hij had duidelijker verschillen verwacht tussen wèl en niet-samenwerkers. Samenwerking leidt volgens zijn verwachting tot een hoger rendement en grotere effectiviteit van de hulpverlening. De hulpverleningsepisoden zouden korter kunnen duren en er zijn minder contacten nodig per hulpverleningsgeval. Dit komt doordat de hulpverlening breder is, niet alleen vanuit de ingang van het AMW, maar ook vanuit die van de huisarts. Dat werkt stimulerend voor de cliënt. Mensen worden uit het medische circuit gehaald.

Onderscheid buurtgericht-geïntegreerde benadering

Bij hem staat integratie van de hulpverlening door huisarts en maatschappelijk werk voorop. De lichamelijke en psychische kant van problemen kan niet los van elkaar gezien worden. Daarom horen de lichamelijke en psychische hulpverlening ook bij elkaar. Hij werkt bewust vanuit een geïntegreerde benadering. Uiteindelijk blijft hij verantwoording schuldig aan zijn AMW-team; niet aan het hometeam.

Hij werkt met het hometeam in een nieuwe wijk. De problematiek is daar te divers om iets structureels te kunnen doen. Als voorbeeld kan gelden dat mensen van het buurthuis in de wijk uit cijfers van de gemeente hadden opgemerkt, dat er erg veel arbeidsongeschikten zijn in zijn wijk. Hij en de andere leden van het hometeam hadden dat niet opgemerkt. Het blijkt ook niet echt een belangrijke rol te spelen in de problemen waar de betreffende huisartsen en maatschappelijk werkers mee geconfronteerd worden.

Hij werkt niet alleen voor de doelgroep van het hometeam. Mensen die op eigen initiatief bij zijn AMW-instelling aankloppen kunnen ook bij hem terecht komen. Het kan zelfs voorkomen dat mensen uit de doelgroep van het hometeam op eigen initiatief naar de AMW-instelling gaan en niet bij een maatschappelijk werker uit het hometeam worden ingedeeld. Hij ziet in de buurtgerichte en geïntegreerde benadering geen echte tegenstelling. Zij vervullen beiden een functie en moeten naast elkaar kunnen bestaan. Dat gebeurt in de praktijk ook binnen zijn instelling.

Samenwerking

De wijkverpleging heeft aanvankelijk wel in het hometeam geparticipeerd. Simpel gezegd, kwamen zij er echter niet aan te pas. Zij voelden zich onvoldoende gewaardeerd. De maatschappelijk werkers hebben sindsdien geen geregelde relatie meer met de wijkverpleging en ook de huisartsen onderhouden slechts incidenteel contact; bijvoorbeeld naar aanleiding van het consultatiebureau.

Overig

Als cliënten door de huisarts naar het AMW verwezen worden, dan komt het nog wel eens voor dat ze blijven bij een lichamelijke fixatie van de klachten. Dan verwijst hij ze weer terug naar de huisarts.

Binnen zijn AMW-instelling hebben samenwerkers niet meer cliënten dan niet-samenwerkers.

Hij heeft nauwelijks met echt informatie- en advieswerk te maken. Praktisch alles is begeleiding en soms ook bemiddeling. Voor een deel komt dat, omdat hij de huisartsen zo heeft 'opgevoed' dat ze dit soort zaken meteen naar een sociaal raadsman sturen.

Het aantal cliënten in zijn caseload dat via de huisartsen van het hometeam bij hem komt varieert sterk van jaar tot jaar (van 20% tot 90%).

Niet de samenwerking met huisartsen bepaald wat voor cliënten je krijgt. Het aantal uitkeringsgerechtigden, mensen uit een lage sociale klasse, etc. heeft alles te maken met de wijk waarvoor je werkt.

Twee vrouwen, beiden werkzaam in Amsterdam, respectievelijk 22 en 10 jaar werkzaam, respectievelijk wel en geen VO gedaan, doen uitvoerend werk ieder vanuit haar eigen intensief samenwerkende eerstelijnssteam bestaande uit een huisarts, maatschappelijk werker, wijkverpleegkundige en praktijkassistenten.

Algemeen

De resultaten van het onderzoek wekten bij hen weinig verbazing. Zij hadden geen grote verschillen verwacht tussen wèl en niet-samenwerkers, althans als het om kwantitatieve gegevens gaat. Er bestaan wel aanzienlijke verschillen wat betreft de inhoud van het werk, maar die zijn niet af te meten aan de cijfers uit de cliëntenregistratie.

Onderscheid buurtgerichte-geïntegreerde benadering

Zij werken zelf heel expliciet vanuit de geïntegreerde benadering. Dit houdt in de praktijk in dat zij werken voor dezelfde doelgroep als de huisarts uit hun eerstelijnssteam. Er wordt echter niet alleen samengewerkt binnen het eerstelijnssteam, maar ook met instanties buiten de sfeer van de gezondheidszorg.

De tegenstelling tussen de buurtgerichte en de geïntegreerde benadering, zoals die in het onderzoek gehanteerd wordt, komt bij hen over als een schijntegenstelling. Niet alle problematiek is buurtgebonden. Dat geldt ook voor de problemen waar maatschappelijk werkers met een buurtgerichte benadering mee te maken krijgen. Als het gaat om het structureel aanpakken van problemen dan kan dat even goed binnen de geïntegreerde benadering als binnen een buurtgerichte benadering. De geïntegreerde benadering staat zeker niet automatisch voor het individualiseren van problemen. Het belangrijkste verschil tussen de benaderingen is de doelgroep: voor de geïntegreerde benadering is dat de gezamenlijke doelpopulatie van het samenwerkingsverband en voor de buurtgerichte benadering is dat de buurt.

De mogelijkheid om problemen op buurtniveau aan te pakken is ook sterk afhankelijk van de specifieke omstandigheden. Als een buurt erg uiteenlopende problemen kent, ligt een meer gedifferentieerde werkwijze meer voor de hand.

In hun eigen situatie bestaan het maatschappelijk werk vanuit de buurtgerichte en de geïntegreerde aanpak naast el-

kaar. Zij werken in bepaalde situaties met de buurtgerichte werkende maatschappelijk werkers samen. Zij staan niet in een concurrentiepositie ten opzichte van elkaar: zij vullen elkaar aan bij de hulpverlening in de buurt.

De buurtgerichte benadering komt vooral voort uit het feit, dat de gemeente een tijd lang het buurtgerichte werken hoog in zijn vaandel had geschreven. Zij stimuleerde dit ook om bijvoorbeeld de problematiek van hoge concentraties buitenlanders in bepaalde wijken aan te pakken. Een deel van het AMW is hierop ingesprongen.

Uit het gesprek komt naar voren dat ideologisch gezien de geïntegreerde en de buurtgerichte aanpak zeker niet rechtlijnig tegenover elkaar staan. Beide willen een structurele aanpak van problemen, samenwerking met gezondheidszorg maar ook daarbuiten, ontmedicalisering van problemen, etc. Praktisch gezien lijkt het werken voor dezelfde doelpopulatie als de huisarts van het eerstelijnssteam het belangrijkste onderscheid met de buurtgerichte aanpak te vormen. Kijken we echter naar de landelijke situatie, waar op het platteland de samenwerkende huisarts en de maatschappelijk werker min of meer door de omstandigheden gedwongen een grote overlap van de doelpopulatie hebben, dan kan de redenering niet worden omgedraaid. Een grote overlap van doelpopulatie staat niet altijd voor een geïntegreerde benadering.

Het onderscheid tussen beide benaderingen blijft moeilijk te maken: zowel op ideologische als op praktische gronden.

Inhoudelijke verschillen tussen wel en niet-samenwerkers

Hier zullen we puntsgewijs een aantal specifieke kenmerken bespreken van samenwerking met de eerstelijnsgezondheidszorg vanuit een geïntegreerde benadering. Het gaat om inhoudelijke verschillen ten opzichte van de situatie waarin niet geregeld met de eerstelijnsgezondheidszorg wordt samengewerkt. De geïnterviewden verwachten de volgende consequenties van de geïntegreerde aanpak.

- Er worden cliënten bereikt die anders niet bereikt zouden worden; namelijk die mensen die anders in het medische kanaal een oplossing zoeken/aangeboden krijgen voor hun problemen.
- Mensen worden in een vroeger stadium bereikt (preventie); de huisarts is voor veel mensen een vertrouwd adres, hij weet heel goed wat de mogelijkheden van het maatschappelijk werk zijn, hij kan dat aan de betreffende patiënten

- doorgeven.
- Het spreekuur van de huisarts is voor het maatschappelijk werk een plaats waar de problemen van mensen aan de oppervlakte komen. Dat wil **niet** zeggen dat het maatschappelijk werk gemedicaliseerd wordt. Er is juist sprake van ontmedicalisering, omdat mensen met problemen niet ten onrechte onder medische behandeling komen. De huisartsen uit hun eerstelijnssteam verwijzen minder naar psychiatrie en interne geneeskunde, zo is hun verwachting.
 - Bij verwijzingen van de huisarts naar het maatschappelijk werk nemen veel meer mensen daadwerkelijk contact op (in de orde van grootte van 98% tegenover anders 30%). Ook maakt de huisarts minder missers, dat wil zeggen verwijzingen naar het maatschappelijk werk die eigenlijk bij psychiatrie, sociale raadslieden, of een andere instantie thuishoren.
 - Veel meer dan 20% van de cliënten (cijfer uit dit onderzoek) komt via de huisarts binnen. Naarmate het samenwerkingsverband langer bestaat komen echter steeds meer mensen uit zichzelf; zij kennen de mogelijkheden van het maatschappelijk werk.
 - Sommige technische informatie- en advieszaken verwijzen zij door naar de geëigende instanties in de stad. De informatiefunctie als zodanig gaat echter zeker niet verloren.
 - Zij streven niet na dat alle maatschappelijk werkers in Nederland volgens het geïntegreerde model gaan werken; praktische omstandigheden maken veel verschil en zijn sterk van invloed op de mogelijkheden.
 - Langdurige samenwerking van de huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werker in het eerstelijnssteam maakt dat zij zich steeds meer in elkaars functies gaan herkennen, zonder dat de identiteit van bijvoorbeeld het maatschappelijk werk verloren gaat.
(Maatschappelijk werker: "Ik zie eerder dan vroeger wanneer iemand kanker heeft."
Maatschappelijk werker: "Ik weet zelf ook wel hoe ik een been moet verbinden; dat heb ik zo vaak in het team voor zien doen."
Huisarts: "Dan ga ik haar zelf wel een keer in de week wassen.")
 - Maatschappelijk werkers zien meer resultaat van hun werk, omdat de cliënten na afsluiting van de hulpverlening niet

uit het oog worden verloren. Zij blijven namelijk met de huisarts uit het samenwerkingsverband in contact.

- De duur en omvang van de hulpverlening verschilt niet ten aanzien van maatschappelijk werk in andere situaties. De productie ligt even hoog. Dat blijkt uit de cijfers van dit onderzoek, maar ook uit hun eigen ervaringen vanuit hun vroegere werkkring.
- Maatschappelijk werk moet daar zijn waar de problemen zijn. Het spreekuur van de huisarts is een plaats waar veel problemen aan de oppervlakte komen. Daar moet het maatschappelijk werk dus dichtbij zitten.
- Er werkt een speciaal type huisartsen binnen dit soort samenwerkingsverbanden: zij hechten meer belang aan samenwerking volgens een integraal model.
Ook blijven de maatschappelijk werkers lang op dezelfde plaats werken. Dit komt de continuïteit van de samenwerking ten goede.

Samenwerking

Ook de samenwerking met de wijkverpleegkundige in het team is belangrijk. Weliswaar is er sprake van wat minder gemeenschappelijke cliënten dan bij de huisartsen, maar de werkterreinen liggen dicht tegen elkaar aan. De wijkverpleegkundige levert een belangrijke bijdrage als teamlid. Overigens, de samenwerking met de praktijkassistenten wordt ook belangrijk gevonden.

Overig

De probleemaanduidingen en methodiekbenoemingen in de cliëntenregistratie zijn zo algemeen dat ze niet veel zeggen.

Man, werkzaam in een stad in Noord-Brabant, tien jaar werkzaam, geen VO gedaan, doet uitvoerend werk, participeert in een 'hometeam' met daarin huisartsen en maatschappelijk werkers.

Algemeen

Het onderzoek vindt hij erg toegespitst op de relaties huisarts-AMW. Daar is niet zoveel op tegen, maar het is wel een modeverschijnsel. Het AMW onderhoudt niet alleen contacten met de huisarts, maar evenzeer met tal van andere instanties. Daar is weinig belangstelling voor.

Maatschappelijk werkers hebben nogal de neiging om zich af te zetten: tegen de huisarts, maar ook tegen andere disciplines. Dit, terwijl ze in veel opzichten in dezelfde positie zitten als de huisarts als 'kleine zelfstandige'.

Hij had geen grote verschillen tussen wel en niet-samenwerkers verwacht. Dit, afgezien van de verschillen, die ook gevonden zijn, in instroom naar het AMW via de huisarts en samenwerking met de huisarts. Dit is een logisch gevolg van het feit, dat je elkaar beter kent. Op zich is dat niet specifiek voor de samenwerkingsrelatie maatschappelijk werker-huisarts: de grotere instroom en frequentere samenwerking bij de hulpverlening zie je ook als gevolg van andere samenwerkingsrelaties.

Onderscheid buurtgerichte-geïntegreerde benadering

In zijn situatie speelt het onderscheid niet sterk. Hij heeft een eigen aandachtsgebied binnen een grote buurt. Zijn cliënten komen niet alleen uit dit aandachtsgebied, maar uit de hele buurt. Dat heeft te maken met een evenredige werkbelasting van hemzelf en zijn collega's. Hij heeft in elk geval niet alleen cliënten die patiënt zijn bij een huisarts uit het hometeam. Deze huisartsen hebben hun patiënten uit de hele stad vandaan. Bovendien zijn er ook huisartsen werkzaam in de buurt die niet deelnemen aan de samenwerking.

Samenwerking

De samenwerking kwam in zijn geval alleen van de grond op aandrang van de huisartsen. Eerdere initiatieven vanuit het maatschappelijk werk vonden geen gehoor bij de huisartsen. De grotere geneigdheid tot samenwerking van huisartsen

lijkt te maken te hebben met relatieve verslechtering van hun positie (teruglopende praktijkomvang, etc.). Daardoor lijkt de gelijkwaardigheid in de samenwerking toe te nemen: niet alleen het maatschappelijk werk zit in de knel.

Hij is tegenstander van plaatselijke initiatieven van de kruisvereniging waarbij de samenwerking zo wordt opgezet, dat de huisarts een soort algemene intaker wordt voor de hele eerstelijns.

Het lijkt of in het hometeam alleen het 'grote werk' aan de orde kan komen. Voor gewone dingen in je werk in de praktijk van alle dag is veel meer ruimte in een afzonderlijk overleg dat hij heeft met de wijkverpleging.

Overig

Verwijzen naar het AMW door de huisartsen die niet in het samenwerkingsverband zitten, betekent vaak niet meer dan een receptenbriefje. Er is geen ruimte voor verder overleg.

In het onderzoek komt naar voren dat psychische problemen het meest frequent voorkomen. Dat is een kwestie van categorie-indeling. Als je alle relatieproblemen bij elkaar telt komt deze categorie het hoogst uit.

Het aantal cliënten per maatschappelijk werker is ook een kwestie van overbelasting. Hoe groter de overbelasting, hoe meer cliënten, des te sneller je afsluit.

De huisarts verwijst gemakkelijker patiënten uit de wat hogere sociale lagen met psychosociale problemen naar het AMW. Hij ziet de maatschappelijk werk-aspecten van de problemen van bijvoorbeeld een grondwerker niet zo snel.

Aanmelding van een probleem door de huisarts bij het maatschappelijk werk kan tot gevolg hebben dat de hulpverlening door het AMW dan op de specifieke wijze van presentatie van de problemen door de huisarts wordt toegespitst. Het gevaar bestaat, dat bijvoorbeeld vergeten wordt, dat er sprake kan zijn van incest. Ook worden bijvoorbeeld dan soms de kinderen vergeten bij echtscheidingsgevallen. Om dit soort aspecten bij de hulpverlening te betrekken is extra aandacht nodig van het AMW.

Man, kleine stad in Drenthe, vijftien jaar werkzaam, VO gedaan, deels uitvoerend werker deels staffunctionaris, participeert in een 'hometeam' met huisartsen en een maatschappelijk werker van de GSD.

Algemeen

Een aantal van de veronderstellingen die in het onderzoek getoetst worden had hij zelf ook. Het gaat dan bijvoorbeeld om de gedachte dat samenwerking in een hometeam tot gevolg heeft dat meer cliënten via de huisarts naar het AMW komen. Dat zou dan ten koste gaan van instroom op eigen initiatief van de cliënt. Een ander voorbeeld is de veronderstelling dat samenwerking in hometeam-verband leidt tot een intensievere samenwerking met de huisarts bij de hulpverlening aan cliënten. Dat zou dan echter tot gevolg hebben dat minder wordt samengewerkt met andere disciplines. Beide veronderstellingen worden door het onderzoek niet bevestigd.

In dit onderzoek is nagegaan wat de gevolgen van samenwerking zijn voor het functioneren van het AMW. Je zou als vervolg hierop kunnen onderzoeken wat de gevolgen zijn van de samenwerking tussen maatschappelijk werk en eerstelijnsgezondheidszorg voor de patiëntenstromen naar de tweedelijns. Consultatie geven van de maatschappelijk werker aan de huisarts leidt tot minder verwijzingen bijvoorbeeld naar psychiatrie, zo is zijn verwachting. Ook kiezen huisartsen bij de afweging van een verwijzing naar het AMW of de GGZ vaker voor het AMW.

Onderscheid buurtgerichte-geïntegreerde benadering

Hij werkt zelf in hoofdzaak voor dezelfde doelpopulatie als de huisartsen uit het hometeam. Veel van zijn cliënten komen dan ook via de huisarts. Hij heeft echter ook wel cliënten die buiten de patiëntenpopulatie van de samenwerkende huisartsen vallen. Zij komen bij hem via de AMW-instelling. Omdat de patiënten van huisartsen uit het hometeam sterk verspreid wonen komen ook niet al deze patiënten bij hem terecht.

Hij werkt zelf vooral geïntegreerd, maar ook wel eens structureel. Op instellingsniveau wordt aan het structureel werken zeker belang gehecht. Elke maatschappelijk werker

heeft zijn aandachtsgebied (naar territorium en/of thema). Ook wordt aandacht besteed aan het de terugkoppeling van structurele aspecten vanuit de hometeams naar de AMW-instelling.

Samenwerking

Het streven is erop gericht met alle huisartsen samenwerkingsrelaties aan te knopen. Dat is nu nog niet gerealiseerd. Men wil dus eerstelijns teams vormen, maar zeker niet vanuit de gedachte om mettertijd het AMW-team op te heffen. Voor de maatschappelijk werkers geldt dat ze uiteindelijk verantwoording schuldig blijven aan het AMW-team.

In de samenwerking met huisartsen is een goede persoonlijke relatie het belangrijkste.

Overig

Hij doet zelf erg veel begeleiding; praktisch geen informatie- en advieswerk, althans niet van cliënten verwezen vanuit het hometeam. Door de samenwerking in het hometeam heeft hij de huisartsen kunnen duidelijk maken in welke gevallen zij dit laatste type problemen rechtstreeks naar de sociale raadsman of naar het open spreekuur van de AMW-instelling kunnen verwijzen.

Hij doet zelf vooral psychische en relationele problemen, en heeft praktisch geen huisvestings- en financiële problemen in zijn caseload.

Hij denkt dat samenwerkers een snellere hulpverlening kunnen bieden dan niet-samenwerkers. Doordat de huisarts als het ware over je schouder meekijkt, wacht je echter als samenwerker soms wat langer met het afsluiten van de hulpverlening. Zo zou het kunnen komen dat wèl en niet-samenwerkers uiteindelijk gelijk uitkomen wat betreft aantallen cliënten en duur en omvang van de hulpverlening.

Voor de wijk waarin je werkt bepaalt wat voor type cliënten je krijgt; niet of je wèl of niet samenwerkt met de huisarts. Hij heeft dan ook geen verklaring voor het feit dat samenwerkers minder uitkeringsgerechtigden onder hun cliënten hebben.

Niet-samenwerkende VO-ers doen minder direct cliëntgericht werk, omdat ze meer aan werkbegeleiding doen. Samenwerkende VO-ers specialiseren zich echter vaak juist in uitvoerende

hulpverlening. Dit is een mogelijke verklaring voor het gevonden verschil in hoeveelheid direct cliëntgericht werk tussen wel en niet-samenwerkende VO-ers.

Man, stad in Gelderland, vijf jaar werkzaam, geen VO gedaan, doet uitvoerend werk (deels gespecialiseerd in stadsvernieuwing), heeft geen geregelde samenwerkingsrelatie met de eerstelijnsgezondheidszorg.

Algemeen

Hij vindt het leuk om te zien, dat uit het onderzoek naar voren komt, dat er niet sprake is van twee heel verschillende soorten maatschappelijk werk: dat van samenwerkers aan de ene kant tegenover dat van niet-samenwerkers aan de andere kant.

Het zou zo kunnen zijn dat de kwaliteit van het werk van samenwerkers iets hoger ligt. Zij bereiken een beter eindresultaat, omdat de voorwaarden waaronder gewerkt wordt gunstiger zijn. Als voorbeeld kan kan genoemd worden: de relatieproblemen die via de huisarts verwezen zijn naar zijn collega's in een hometeam. Deze zijn vaak minder geëscaleerd als de relatieproblemen waar hij zelf mee te maken krijgt. Als mensen uit eigen beweging met relatieproblemen naar het AMW komen zit de zaak soms al vaster. Als niet-samenwerker kun je dus minder preventief werken.

Onderscheid buurtgerichte-geïntegreerde aanpak

Hij vindt dat beide benaderingen naast elkaar moeten kunnen bestaan. Geïntegreerd werken heeft zijn voordelen. Zou je je daartoe beperken, dan heb je echter geen zich meer op wat er in de buurt leeft. Bovendien hebben sommige wijken problemen die alleen buurtgericht aangepakt kunnen worden. Vandalisme, jeugdproblematiek in het algemeen, problematiek in verband met stadsvernieuwing of oude wijken vragen allemaal om een buurtgerichte aanpak. Dat kun je niet alleen overlaten aan het buurthuiswerk, want lang niet alle mensen die het aangaat komen in het buurthuis. Het werk wat een aantal van zijn collega's doen vanuit een hometeam is belangrijk. Het is echter ook belangrijk dat informatie en problemen die zich in zo'n hometeam voordoen gebundeld worden, zodat de signalen niet blijven steken in het hometeam, maar ook bekeken worden op hun belang voor buurt en/of wijk.

Overig

Naar zijn idee heeft samenwerking geen invloed op het aantal cliënten: je hebt gewoon je tax.

Vooral de wijk waarin je werkt bepaalt wat voor cliënten je krijgt. Dat staat min of meer los van het feit of je wel of niet samenwerkt.

Binnen de eigen instelling kennen zij niet de verschillen in de hoeveelheid direct cliëntgericht werk tussen VO-ers die wèl niet die niet samenwerken.

Vrouw, Amsterdam, tien jaar werkzaam, VO gedaan, doet uitvoerend werk, participeert in een hometeam met twee huisartsen en twee wijkverpleegkundigen.

Algemeen

Het onderzoek richt zich sterk op de relatie tussen het maatschappelijk werk en de huisarts. In haar eigen situatie is de relatie met de wijkverpleging eigenlijk wel zo belangrijk. Zij verwijst cliënten bijvoorbeeld regelmatig naar de wijkverpleging.

Onderscheid buurtgerichte-geïntegreerde benadering

Zij werkt zelf zowel buurtgericht als geïntegreerd. Het maatschappelijk werk heeft zich uitdrukkelijk op verzoek van de buurt daar gevestigd. De wijkverpleging en het maatschappelijk werk in haar hometeam hebben de buurt als werkgebied. Voor huisartsen geldt dat ze ook cliënten in andere delen van de stad hebben. Het AMW krijgt ook cliënten via huisartsen die niet deel uitmaken van het hometeam.

Er is een hechte samenwerking binnen het hometeam. Cliënten die via het hometeam binnen komen hebben voor haar ook de hoogste prioriteit. Sommige cliënten met informatie- en adviesproblemen worden daarom wel weer eens verwezen naar het buurthuiswerk en de sociale raadslieden.

Samenwerking

Zij wil uitdrukkelijk niet in een situatie komen waarin de 'maatschappelijk werker in dienst is van de huisarts'. Dat zou leiden tot een sterke individualisering van problemen. Zij wil werken vanuit haar eigen AMW-team en vandaar uit niet alleen samenwerken met huisartsen, maar ook met andere hulpverleners zoals sociale raadslieden en de GGD.

In de samenwerking met huisarts en wijkverpleging is het persoonlijk contact vooral in het begin erg belangrijk. Haar hometeam bestaat al lang, zodat de samenwerking steeds inhoudelijker wordt.

Overig

Echt verwijzen naar de huisarts (de hulpverlening definitief overdragen) doet zij heel weinig. Maar vooral bij cliënten die een huisarts hebben die deelneemt aan het hometeam, gebeurt het vaak dat zij zegt: ga er ook eens met je huisarts over praten.

De meeste verwijzingen naar het AMW waar zij mee te maken krijgt, komen via de huisarts. Verder zijn er verwijzingen van andere samenwerkingspartners, zoals het buurtmaatschappelijk werk dat zich speciaal bezighoudt met stadsvernieuwingsproblematiek, het maatschappelijk werk van de gemeentelijke sociale dienst en het buurthuiswerk.

Zij is verbaasd over het resultaat dat bij samenwerkers niet erg veel minder cliënten op eigen initiatief komen. In haar eigen situatie is dat zeker wel het geval. Mensen die op eigen initiatief contact opnemen met de AMW-instelling, moeten als gevolg van tijdgebrek nogal eens worden doorverwezen naar het buurthuis of de sociale raadsman. Voor een samenwerker gaat de meeste tijd nu eenmaal zitten in de samenwerking en de cliënten die daaruit voortkomen.

De mensen die via de huisarts komen hebben vooral psychische- en relatieproblemen. De mensen die op eigen initiatief komen hebben vaker huisvestings- of financiële problemen. Omdat samenwerkers veel van hun cliënten via de huisarts krijgen, had zij bij hen dan ook veel meer psychische en relatieproblemen verwacht. De verschillen in het onderzoek zijn in dit opzicht kleiner, dan zij vanuit haar eigen situatie gedacht had.

Zij herkent in de resultaten dat intensievere samenwerking met de huisarts in concrete gevallen niet ten koste gaat van de samenwerking met andere partners. Dat sluit aan bij haar eigen situatie.

Zij kan het vanuit haar eigen ervaring niet plaatsen, dat samenwerkers minder uitkeringsgerechtigden zouden bereiken. Het aantal uitkeringsgerechtigden waar je mee te maken krijgt is veel meer afhankelijk van de buurt waarin je werkt.

Man, stad in Noord-Brabant, zeventien jaar werkzaam, geen VO gedaan, doet uitvoerend werk, zit niet in een geregeld samenwerkingsverband met de eerstelijnsgezondheidszorg.

Algemeen

Hij vindt de samenvatting van de onderzoeksresultaten op basis waarvan het interview plaatsvindt erg moeilijk te lezen.

De conclusies kloppen over het algemeen met zijn eigen ervaring; hij vindt de resultaten niet verrassend.

Onderscheid buurtgerichte-geïntegreerde benadering

Zijn instelling hanteert niet heel sterk de buurtgerichte benadering, maar er zijn wel aandachtsgebieden per maatschappelijk werker.

Hij kiest zelf heel sterk voor een onafhankelijk AMW. De eerstelijns kan wel samenwerken, eventueel zelfs in één gebouw, maar het is heel belangrijk, dat iedere discipline zijn eigen identiteit behoudt. Hij werkt in concrete gevallen wel samen met bijvoorbeeld de wijkverpleging, maar is bij wijze van spreken niet van plan om 'patiënten te gaan wassen'. Ook het buurthuis waar hij mee samenwerkt deed in het verleden pogingen om hem daar gedetacheerd te krijgen. Dat past echter niet in zijn visie. Hij wil wel signalen geven aan het opbouwwerk of aan de gemeente. Maar hij wil geen acties gaan organiseren, de bevolking enquêteren, of dat soort van dingen: niet op een ander zijn terrein gaan zitten. Als het aan het buurthuis had gelegen, dan zou hij , chargerend gesteld, 'ook het buurthuis hebben moeten helpen schoonmaken'. Al dit soort activiteiten gaat ten koste van de tijd, dat je je kunt inzetten voor het cliëntenwerk en daar is het AMW voor. 'Elke discipline heeft zijn eigen waarde; dat moet je niet loslaten'.

Samenwerking

Zijn samenwerking met huisartsen beperkt zich tot een maandelijks contact waarbij verwijzingen van de huisarts naar het AMW worden doorgesproken. Ook worden dan wel afspraken gemaakt over de behandeling. Daarnaast heeft hij contacten met de wijkverpleging, gezinszorg, de parochie, met scholen, met de SPD, met het buurthuis, vrijwilligers, en andere 'hulpverlenende instanties'.

Overig

Hij ziet in de resultaten een zorgwekkende tendens. Samenwerkers doen meer relatieproblemen, minder financiële problemen en hebben minder uitkeringsgerechtigden in hun caseload, zo concludeert hij. Die resultaten passen allemaal in elkaar en geven aan dat samenwerkers geneigd zijn meer tweedelijnsachtig te gaan werken. Ze hebben meer aandacht voor gemotiveerde cliënten en ze hebben minder interesse voor mensen met een uitkering die vooral financiële problemen hebben. Deze materiële problemen aanpakken, dat rekenen samenwerkers veel minder tot hun taak. Deze problematiek verwijzen ze vaker naar andere hulpverleners.

Bij problemen in verband met medicijngebruik verwijst hij cliënten wel eens naar de huisarts. In het algemeen is weinig sprake van louter lichamelijke klachten bij zijn cliënten; hij verwijst dus weinig naar de huisarts.

Volgens zijn inzicht verminderen door een nauwe samenwerking met de huisarts wèl de contacten met andere hulpverleners. Dit in tegenstelling met wat uit het onderzoek naar voren komt.

Vrouw, platteland van Zuid-Holland, tien jaar werkzaam, VO gedaan, deels werkzaam als uitvoerend werker deels als teamleider, heeft alleen losse, op individuele cliënten gerichte samenwerking met huisartsen.

Algemeen

Zij vindt het verrassend, dat het onderzoek zo weinig verschillen te zien geeft tussen wèl en niet-samenwerkers. Dit wijkt overigens niet af van haar ervaringen binnen de eigen instelling. Ook daar zijn er geen grote verschillen tussen de maatschappelijk werkers die niet met huisartsen samenwerken en hun collega's die wel samenwerkingscontacten hebben.

Onderscheid buurtgerichte-geïntegreerde benadering

Haar instelling werkt buurtgericht of beter gezegd: dorpsgericht. Een maatschappelijk werker werkt in één of meer dorpen. De instelling staat positief tegenover samenwerking met huisartsen. De inzet tot samenwerking verschilt van werker tot werker. Het einddoel is niet om geïntegreerd te gaan werken. Wat er in de praktijk aan samenwerking gerealiseerd kan worden, is afhankelijk van de concrete situatie.

Samenwerking

De samenwerking met huisartsen verschilt van plaats tot plaats. De maatschappelijk werkers van haar instelling functioneren geen van alle in samenwerkingsverbanden die men aanduidt als een hometeam in engere zin. Wèl in verbanden met meer hulpverleners. De samenwerking moet in een aantal dorpen nog van de grond komen. Daarbij gaat het initiatief uit van het maatschappelijk werk. Als het lukt, is de sfeer met de huisartsen veel plezieriger. Er komen dan ook verwijzingen van huisarts naar maatschappelijk werk. Een aantal huisartsen vindt samenwerking met het maatschappelijk werk niet nodig. Sommigen hebben ook duidelijk een negatief beeld van het AMW.

Overig

Binnen haar eigen instelling heeft zij niet de ervaring dat samenwerking met huisartsen tot gevolg heeft, dat de maatschappelijk werker meer met relatieproblemen wordt gecon-

fronteerd. Aansluitend herkent zij ook niet het frequentere gebruik van begeleiding als methode van hulpverlening door samenwerkers.

Een verwijzing naar de huisarts komt wel eens voor, als blijkt dat de cliënt tevens gesprekken heeft met de huisarts. De hulpverlening is dan dubbelop en dan trekt zij zich terug.

Zij herkent niet het hoger aantal uitkeringsgerechtigden bij niet-samenwerkers.

De hoeveelheid direct cliëntgericht werk hangt volgens haar ervaring vooral samen met de functie van de maatschappelijk werker. Dat staat min of meer los van het feit of hij een VO heeft gedaan. Ook wèl of niet samenwerken is van ondergeschikt belang in dit opzicht.

Vrouw, Den Haag, negen jaar werkzaam, geen VO gedaan, doet uitvoerend werk, gedetacheerd in een gezondheidscentrum waarin werken: twee huisartsen, een maatschappelijk werker, vier wijkverpleegkundigen, een fysiotherapeut en twee praktijkassistenten.

Algemeen

Zij had de in het onderzoek gevonden resultaten in grote lijnen wel verwacht. Zij vindt de resultaten, zoals ze nu zijn weergegeven, nietszeggend. Beleidsmatig kan je er twee kanten mee uit. Je kunt beredeneren, dat samenwerking tussen het maatschappelijk werk en de eerstelijnsgezondheidszorg niet hoeft te worden doorgezet. Samenwerking geeft immers maar weinig van de verwachte positieve verschillen te zien. Maar je kunt met dezelfde resultaten in de hand tot de conclusie komen dat verdere samenwerking gestimuleerd moet worden. Samenwerking geeft bij de huidige stand van zaken immers geen negatieve gevolgen te zien en uitbreiding en optimalisering van de samenwerking zou dan tot gewenste positieve gevolgen leiden. Ook inhoudelijk roept het onderzoek meer vragen op dan dat het antwoorden geeft. In veel gevallen zijn de achtergronden van gevonden verschillen niet duidelijk. Hetzelfde geldt voor de wèl verwachte, maar niet geconstateerde verschillen. Het onderzoek geeft geen duidelijke verklaringen hiervoor.

Onderscheid buurtgerichte-geïntegreerde benadering

Zij vindt het jammer, dat in de huidige presentatie van de verschillen het onderscheid tussen de twee benaderingen min of meer is weggevallen. Naar haar idee is dit verschil er wel degelijk en is het ook operationeel te maken. Het verschil is te vinden in: de mate waarin cliënten binnenkomen via de huisarts versus contact opnemen op eigen initiatief; in hoeverre is de maatschappelijk werker op de hoogte van de buurtproblemen; ontplooit hij activiteiten om het maatschappelijk werk te presenteren in de buurt; is men vooral gericht op activiteiten in het kader van het samenwerkingsverband; werkt men ook expliciet samen met opbouwwerk, sociale dienst, etc. Dit soort zaken zijn te meten. Zou je op een dergelijke basis een onderscheid gemaakt hebben tussen de buurtgerichte en de geïntegreerde benadering, dan had je veel grotere verschillen gevonden dan nu geconstateerd zijn tussen wèl en niet-samenwerkers.

Samenwerking

Zij werkt zelf heel expliciet vanuit de buurtgerichte visie. De andere werkers in het gezondheidscentrum richten zich eveneens op de gehele wijk. Alleen voor de huisartsen geldt dat ze niet de gehele wijk bestrijken. Sommige mensen hebben een huisarts van buiten de wijk. Als deze mensen cliënt zijn bij het maatschappelijk werk is de samenwerking met hun huisarts praktisch nihil.

Zij onderhoudt een intensief contact met de AMW-instelling van waaruit zij gedetacheerd is. Daar gaat veel tijd inzitten.

Haar situatie verschilt feitelijk nauwelijks van die van haar collega's die niet in een samenwerkingsverband met de gezondheidszorg zitten. Zij heeft zelfs wat meer te maken met financiële problemen en materiële problemen in het algemeen.

Voor de buurt waar zij werkt is zij de enige maatschappelijk werker. Zij wil bewust alle functies van het maatschappelijk werk voor deze wijk behartigen. Zij onderhoudt niet alleen contacten met de eerstelijnsgezondheidszorg, maar ook met instanties zoals het opbouwwerk, de sociale dienst en dergelijke.

Overig

Je zou niet alleen naar consequenties van samenwerking voor het AMW moeten kijken. Vooral ook de verschillen aan de kant van de huisartsen zijn interessant. Zij gaan als gevolg van de samenwerking met het AMW minder verwijzen naar de tweedelijns. Dat geldt met name voor de verwijzingen naar RIAGG's. Dat wordt nog versterkt door de wachtlijsten die daar gelden. Huisartsen krijgen dan hun cliënten terug, zodat ze eerder naar AMW verwijzen. Bevalt dat goed en merken ze dat bij deze hulpverlening betrokken blijven (wat bij RIAGG's niet het geval is), dan verwijzen ze vaker meteen al in eerste instantie naar het AMW.

Dat verwijspatroon van wel en niet-samenwerkers niet sterk verschillen heeft wellicht te maken met het feit, dat vrijwel alle maatschappelijk werkers een hele goede kennis van de sociale kaart hebben. Daardoor verwijzen beide categorieën maatschappelijk werkers heel gericht. Overigens brengen maatschappelijk werkers die samenwerken met de eerstelijnsgezondheidszorg deze kennis van de sociale kaart weer

over aan huisartsen. Deze huisartsen gaan daardoor ook weer gerichter verwijzen.

Zij geeft aan dat veel van de in dit onderzoek gevonden resultaten nader onderzoek behoeven. Anders is geen eenduidige interpretatie mogelijk en blijven beleidsconsequenties al helemaal onduidelijk. Als voorbeeld kan gelden, dat geen verschil gevonden wordt in de omvang van de caseload, in de duur van de hulpverlening en de aantallen contacten per cliënt. Betekent dit, dat de caseload even groot is, maar dat zij is opgebouwd uit onvergelykbare hulpeenheden die in aantal tegen elkaar wegvallen? Om dit helder te krijgen zouden deze verschillen veel meer per probleemsoort geanalyseerd moeten worden. Dan zou bijvoorbeeld kunnen blijken, dat er bij bepaalde problematiek wel degelijk grote verschillen zijn in aantallen cliënten of duur van de hulpverlening.

Bij de nu gehanteerde manier van analyseren zouden geheel verschillende redeneringen gelijktijdig geldig kunnen zijn. Bijvoorbeeld samenwerkers zouden begeleidingszaken sneller kunnen afhandelen dan niet samenwerkers. Dit zou dan komen, omdat in een eerder stadium met deze problemen (bijvoorbeeld relatie- en psychische problemen) geconfronteerd worden. Niet-samenwerkers zouden op hun beurt wat meer financiële problemen in hun caseload hebben. Die vragen vaak een kort durende informatie- en advies-achtige aanpak. In aantallen cliënten gerekend komen zij dan uiteindelijk netto gelijk uit. De aantallen cliënten op zich zijn dan echter tamelijk nietszeggend, omdat de probleemsoorten sterk verschillen.

Hetzelfde geldt voor de hoeveelheid direct versus indirect cliëntgericht werk. Als wèl en niet-samenwerkers niet in de hoeveelheden direct cliëntgericht werk verschillen, dan kunnen zij nog wel sterk verschillen in de tijdsbesteding aan verschillende aspecten van het indirect cliëntgericht werk.

BIJLAGE 2

VRAGENLIJST

Het functioneren van het AMW in verschillende samenwerkingsituaties

Geachte maatschappelijk werkende,

Hierbij ontvangt u een beknopte vragenlijst die betrekking heeft op samenwerking tussen het algemeen maatschappelijk werk (AMW) en de gezondheidszorg in de eerste lijn. Per onderdeel treft u bij de vragen een toelichting aan, maar om te beginnen willen we hier het kader schetsen waarbinnen deze vragenlijst te plaatsen valt.

Binnen en buiten het AMW wordt gediscussieerd over de plaatsbepaling van het AMW ten opzichte van de gezondheidszorg in de eerste lijn. De meningen bewegen zich globaal gezegd tussen twee uitersten. Aan de ene kant een AMW dat volledig geïntegreerd is in de eerstelijns zorg (de algemene thuiszorg) ten opzichte van het andere uiterste: een geheel zelfstandig opererend AMW, dat een relatie onderhoudt met een breed scala van voorzieningen (in de juridische sfeer; het sociaal cultureel werk, etc. en -ook- de gezondheidszorg). Uiteraard functioneren er vele varianten tussen deze twee uitersten.

Een belangrijk deel van de discussie heeft betrekking op de consequenties van een vergaande samenwerking van het AMW en de ELGZ voor het functioneren van de maatschappelijk werkende. We kunnen dan denken aan: de in- en uitstroom van cliënten, het probleem aanbod, de hulpverleningsmethodiek, cliënt-karakteristieken, de samenwerking met instanties tijdens het hulpverleningsproces, en de relatieve omvang van het direct cliëntgerichte werk.

Als het nu op feiten met betrekking tot deze aspecten aankomt, dan wordt de discussie over voor- en nadelen van samenwerking veelal gevoerd op basis van beperkt of in ieder geval niet op de discussie toegesneden cijfer-materiaal. Geschikt cijfer-materiaal over het functioneren van maatschappelijk werkenden is niet beschikbaar, maar is echter op betrekkelijk eenvoudige wijze te ontlenen aan de cliëntenregistratie. Alleen ontbreken dan de gegevens over de wijze waarop maatschappelijk werkenden samenwerken met de ELGZ. Het onderzoek waarvan deze vragenlijst deel uitmaakt, is

nu bedoeld om dergelijke gegevens over samenwerking tussen AMW en ELGZ te verzamelen en vervolgens het functioneren van maatschappelijk werkenden in verschillende samenwerkingssituaties te beschrijven aan de hand van gegevens uit de cliëntenregistratie. Globaal gezegd, willen we het functioneren van maatschappelijk werkenden die wél geregeld overleg hebben met de ELGZ vergelijken met maatschappelijk werkenden die dergelijk overleg níet of in veel geringere mate plegen.

Zoals u waarschijnlijk bekend is, heeft de instelling voor maatschappelijk werk waar u werkzaam bent, aan het Nederlands Huisartsen Instituut toestemming verleend om u voor dit onderzoek te benaderen. Het contact met u vindt plaats via uw codenummer in de cliëntenregistratie. De verspreiding van de vragenlijsten komt tot stand met medewerking van de contactpersoon voor de cliëntenregistratie van uw instelling.

Verwerking en, nog nadrukkelijker, publicatie van de onderzoeksgegevens zal zodanig geschieden, dat het herleiden van gegevens tot individuele instellingen, individuele hulpverleners en individuele cliënten niet mogelijk is.

Het onderzoek kent een begeleidingscommissie, waarin de volgende instanties zitting hebben: de Joint, de Stichting Protestant's Sociaal Centrum afdeling Maatschappelijk Werk in Amsterdam, het Nimawo en het Ministerie van WVC. Het onderzoek wordt uitgevoerd door het NHI. Dit houdt verband met het feit dat dit instituut uitgroeit tot een onderzoeksinstituut voor alle eerstelijns disciplines. Bovendien heeft het instituut een ruime ervaring met empirisch onderzoek waarin geautomatiseerde gegevens-verwerking een belangrijke rol speelt.

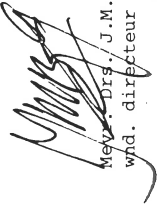
Wij verzoeken u vriendelijk om uw medewerking aan het onderzoek te verlenen. U kunt de vragenlijst terugzenden met behulp van bijgaande antwoordenvolpoe of met een ongefrankeerde enveloppe met daarop het bovenvermelde antwoordnummer. We hopen op een spoedig retour, ook als u mocht besluiten de vragen niet of slechts gedeeltelijk te beantwoorden. Door de indirecte communicatie met u via het codenummer is contact met u van onze kant slechts moeizaam te bewerkstelligen. Mocht u echter behoefte hebben aan toelichting op het onderzoek of op het vragenformulier, dan kunt u contact opnemen met de onderzoeker: Diederik Kersten (NHI, telefoon: 030 - 319946).

Tot slot mogen we u er op wijzen, dat het onderzoekstechnisch van groot belang is, dat uw codenummer op de vragenlijst juist is. Het codenummer maakt het ons mogelijk op anonieme wijze de gegevens uit de cliëntenregistratie te beschrijven voor specifieke samenwerkingssituaties tussen AMW en ELGZ. Zoudt u, indien dit nummer voor u niet juist is, hier-

van op de vragenlijst een aantekening willen maken en de juiste code willen vermelden?
In de eerste helft van 1985 zal uw instelling geïnformeerd worden over de resultaten van het onderzoek.

Met dank voor de te nemen moeite.

NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT



Mev. Drs. J.M. Bensing,
vwd. directeur

1

Codenummer maatschappelijk werkende:

Eerst volgen enige vragen die betrekking hebben op de wijze waarop u samenwerkt met de eerstelijnsgezondheidszorg (ELGZ).
Wilt u onderstaande vragen invullen naar uw situatie in 1983? Is uw situatie in de loop van 1983 veranderd, wilt u dan s.v.p. de vragen beantwoorden naar de situatie, zoals die in het grootste deel van 1983 voor u gold.

1a. Neemt u deel aan geregeld overleg waar tenminste een huisarts en/of een wijkverpleegkundige bij betrokken is? 'Geregeld' wil hier zeggen: zowel regelmatig als geregeld in de zin van 'er bestaan vaste afspraken over'.

- nee, ik heb helemaal geen contact met een huisarts en/of een wijkverpleegkundige (door naar vraag 2 op pagina 5)
- ik heb slechts in incidentele gevallen contact met een huisarts en/of een wijkverpleegkundige (door naar vraag 2 op pagina 5)
- ja, ik heb geregeld overleg met een huisarts en/of een wijkverpleegkundige

1b. In het onderstaande willen we ingaan op de mate waarin uw werkgebied samenvalt met de praktijk van de huisarts(en) met wie u geregeld overleg hebt

Van mijn cliënten heeft .. procent een huisarts met wie ik geregeld overleg heb.

(het op u van toepassing zijnde percentage s.v.p. aankruisen in het bijbehorende hokje)

- 0 - 25 %
- 25 - 50 %
- 50 - 75 %
- 75 - 100%
- n.v.t., ik heb geen geregeld overleg met huisartsen

1c. Een dergelijke vraag willen we u ook voorleggen met betrekking tot de wijkverpleegkundige(n) met wie u samenwerkt.

Van mijn cliënten woont .. procent in het werkgebied van een wijkverpleegkundige met wie ik geregeld overleg heb.

(het op u van toepassing zijnde percentage s.v.p. aankruisen in het bijbehorende hokje)

- 0 - 25 %
- 25 - 50 %
- 50 - 75 %
- 75 - 100%

--	--	--	--	--

- n.v.t., ik heb geen geregeld overleg met wijkverpleegkundigen

--

2

1d. Wilt u hieronder aangeven hoe de overleggroep met werkers uit de ELGZ waar u aan deelneemt is samengesteld?

We bedoelen hier met overleggroep bijvoorbeeld het overleg van werkers in een hometeam of gezondheidscentrum, maar ook bilateraal of andersoortig overleg met werkers uit de ELGZ, voorzover dit een geregeld karakter heeft. Als u aan meerdere overleggroepen deelneemt wilt u dan hieronder onder A aangeven hoe de groep is samengesteld, waarin u de meeste tijd investeert, onder B hoe de qua tijdsinvestering daarop volgende groep is samengesteld, etc. tot en met de groep die voor u de minste tijd vergt.

Zijn de overleggroepen onder A, B, C etc. voor wat betreft tijdsinvestering voor u vergelijkbaar, bijvoorbeeld omdat u bilateraal contact hebt met afzonderlijke huisartsen in een aantal dorpen, wilt u dat bij 'Opmerkingen' aangeven? (let wel, het gaat alleen om groepen met wie u geregeld overleg pleegt)

1e. Met wie werkt u onder één dak?

- alle bij vraag 1d onder A genoemde werkers
(door naar vraag 1f)

- met geén van de bij vraag 1d onder A tot en met
F genoemde werkers
(door naar vraag 1f)

- anders, te weten (zie het in te vullen schema
hier direct onder)

(anders, te weten:)

aantal	discipline van de werker (huisarts, wijkverpleegkundige, etc.)	overleggroep (omcirkelen s.v.p.)					
		A	B	C	D	E	F
		A	B	C	D	E	F
		A	B	C	D	E	F
		A	B	C	D	E	F
		A	B	C	D	E	F
		A	B	C	D	E	F
		A	B	C	D	E	F

1f. Welke activiteiten worden door de bij vraag 1d onder A genoemde overleggroep met werkers uit de ELGZ ondernomen? (of eventueel door een deel van de groep) frequentie van de bijeenkomsten (gemiddelde) duur per bijeenkomst

<p>a. individuele cliënten/patiëntenbespreking, bijvoorbeeld in verband met doorverwijzing, consultatie of geïntegreerde aanpak van de hulpvraag</p> <p><input type="checkbox"/> n.v.t.</p>	<p>... maal per</p> <p>..... uur</p>
<p>b. themabespreking m.b.t. categorieën patiënten of m.b.t. probleemsoorten, bijvoorbeeld bejaarden-, drugsverslaafdenproblematiek, 'hoe om te gaan met 'lastige' patiënten/cliënten?'</p> <p><input type="checkbox"/> n.v.t.</p>	<p>... maal per</p> <p>..... uur</p>
<p>c. organisatorisch overleg, bespreking van 'technische zaken' die met de samenwerking verband houden</p> <p><input type="checkbox"/> n.v.t.</p>	<p>... maal per</p> <p>..... uur</p>
<p>d. overleg over het functioneren, evaluatie van de samenwerking</p> <p><input type="checkbox"/> n.v.t.</p>	<p>... maal per</p> <p>..... uur</p>
<p>e. informeel overleg, overleg zonder omschreven doel, bijvoorbeeld 'sociaal café'</p> <p><input type="checkbox"/> n.v.t.</p>	<p>... maal per</p> <p>..... uur</p>
<p>f. deskundigheidsbevordering, bijscholing e.d.</p> <p><input type="checkbox"/> n.v.t.</p>	<p>... maal per</p> <p>..... uur</p>

1g. We herhalen hier de bij de vorige vraag genoemde activiteiten. We vragen u om aan te geven welke van deze activiteiten ondernomen worden door de overleggroep die u hebt aangegeven bij vraag 1d onder B. Heeft u bij vraag 1d onder B niets aangegeven dan kunt u door naar vraag 1h.

Welke activiteiten worden door de bij vraag 1d onder B genoemde overleggroep met werkers uit de ELGZ ondernomen? (of eventueel door een deel van de groep) frequentie van de (gemiddelde) duur per bijeenkomst

a. individuele cliënten/patiëntenbespreking, bijvoorbeeld in verband met doorverwijzing, consultatie of gezinsgreede aanpak van de hulpvraag	... maal per uur
<input type="checkbox"/> n.v.t.		
b. themabespreking m.b.t. categorieën patiënten of m.b.t. probleemsoorten, bijvoorbeeld bejaarden-, drugsverslaafdenproblematiek, 'hoe om te gaan met 'lastige' patiënten/cliënten?'	... maal per uur
<input type="checkbox"/> n.v.t.		
c. organisatorisch overleg, bespreking van 'technische zaken' die met de samenwerking verband houden	... maal per uur
<input type="checkbox"/> n.v.t.		
d. overleg over het functioneren, evaluatie van de samenwerking	... maal per uur
<input type="checkbox"/> n.v.t.		
e. informeel overleg, overleg zonder omschreven doel, bijvoorbeeld 'sociaal café'	... maal per uur
<input type="checkbox"/> n.v.t.		

f. deskundigheidsbevordering, bijscholing e.d.

n.v.t.

... maal per

..... uur

4

1h. Heeft u bij vraag 1d nog meer overleggroepen dan A en B in kaart gebracht, zoudt u dan eventueel de activiteiten van deze groepen in het kort hieronder willen schetsen? U kunt hier ook eventueel resterende opmerkingen over uw samenwerking met werkers uit de ELGZ maken.

Nu volgen twee vragen speciaal met betrekking tot het door u verrichte indirect cliëntgerichte werk.

Wij stellen u deze vragen omdat deze activiteiten in de cliëntenregistratie niet aan bod komen. Toch is informatie hierover belangrijk om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de verschillen tussen maatschappelijk werkenden met en zonder geregeld overleg met de ELGZ.

2a. Wilt u s.v.p. hieronder in de kolom 'feitelijk' een zo nauwkeurig mogelijke schatting geven van het deel van uw werktijd dat u besteedt aan direct cliëntgericht werk en aan diverse vormen van indirect cliëntgericht werk? Schat u s.v.p. in procenten van uw totale werktijd de tijd die u aan de verschillende activiteiten besteed. Wilt u in de kolom 'gewenst' een verdeling aangeven in procenten van uw totale werktijd van de hoeveelheid tijd die u in een ideale situatie aan de verschillende activiteiten zoudt willen besteden?

2b. Verricht u werkzaamheden ter bevordering van de bereikbaarheid/beschikbaarheid van het algemeen maatschappelijk werk, zoals 24-uursdiensten en weekendbereikbaarheid?

ja

nee

Tot slot willen we graag kort enkele gegevens inwinnen betreffende de situatie waarin u werkt en met betrekking tot uw persoon.

Deze gegevens zijn voor het onderzoek van belang om een zo adequaat mogelijke vergelijking te kunnen maken tussen het functioneren van maatschappelijk werkenden met en zonder geregeld overleg met de eerstelijns gezondheidszorg. Als in dit onderzoek verschillen blijken in het functioneren van deze beide categorieën maatschappelijk werkenden, dan moeten we deze verschillen bezien tegen de achtergrond van hun werksituatie. Maatschappelijk werkenden in oude stadswijken zullen anders functioneren dan maatschappelijk werkenden in forensengemeenten, los gezien van de wijze waarop ze samenwerken met de ELGZ. Stel nu, dat maatschappelijk werkenden zonder geregeld overleg met de ELGZ vooral voorkomen in oude stadswijken, dan dienen we met dit gegeven rekening te houden bij het beschrijven van verschillen tussen maatschappelijk werkenden met en zonder geregeld overleg met de ELGZ.

Een zelfde redenering gaat op voor een aantal persoonlijke gegevens. Als we bijvoorbeeld de gemiddelde case-load van bovengenoemde groepen maatschappelijk werkenden vergelijken, dan is het van belang om rekening te houden met de aantallen part-timers in elk van beide groepen.

We willen hier graag nog eens benadrukken, dat we vertrouwelijk met deze gegevens zullen omgaan en dat presentatie en verwerking van de gegevens anoniem zullen geschieden.

3a. Wat is uw geboortejaar?

19

b. Geslacht

vrouw

man

c. In welk jaar heeft u de opleiding aan de sociale academie
(of vergelijkbare opleiding) voltooid?

19

n.v.t., stagiaire

d. Heeft u de Voortgezette Opleiding (of een vergelijkbare
opleiding) gedaan?

a. ja

b. mee bezig

c. nee

bij antwoordmogelijkheid a. of b.:
welke specialisatie

case-work

groepswork

Leidinggevende functionarissen

supervisorsopleiding

anders, te weten:

e. Voor hoeveel uren per week bent u aangesteld?

..... uren per week

f. Bent u in 1983 gedurende langere tijd niet werkzaam geweest bij uw instelling (bijvoorbeeld als gevolg van in-/uitdienst-treding, ziekte)

nee

ja

zo ja, maanden niet werkzaam geweest

4. In welke gemeente(n) bent u werkzaam als maatschappelijk werker?

Als u zich in een grotere gemeente specifiek richt op één of meer wijken, wilt u dan tevens deze wijk(en) vermelden?

gemeente

(eventueel) wijk(en)

1.
.....
2.
.....
3.
.....
4.
.....