bibliotheek 3500 bn utrecht telefoon: 030 319946

17 FEB. 1984

Vooronderzoek
Functioneren
Algemeen Maatschappelijk Werk

P.F.M. Verhaak

januari 1984

PSH 180 PV/YD

Nederlands Huisartsen Instituut Postbus 2570 3500 GN Utrecht Tel: 030 319946

INHOUDSOPGAVE

	pag.
1. INLEIDING	1
2. CLIËNTENREGISTRATIE	4
2.1. Inleiding	4
2.2. Vergelijking van geregistreerde gegevens in verschillende systemen	6
2.3. Beschikbaarheid van gegevens	9
2.4. Kwaliteit van de gegevens	11
2.4.1. Groningen, Den Haag, Limburg, Amsterdam (PSC)	11
2.4.2. JOINT-gegevens	11
2.5. Conclusie met betrekking tot bruikbaarheid van cliënt-registratiegegevens	22
3. MAATSCHAPPELIJK WERK IN EN BUITEN DE GEZONDHEIDSZORG	24
3.1. Begripsomschrijvingen	24
3.2. Het vóórkomen van samenwerkingsvormen	26
3.3. Conclusies	30
4. SUGGESTIES VOOR EEN ONDERZOEK	32
4.1. Knelpunten met betrekking tot de in hoofdstuk 1 genoemde onderzoeksvraag	32
4.2. Deelonderzoeken	33
5. SAMENVATTING EN CONCLUSIES	39
GERAADPLEEGDE LITERATUUR	42
LIJST VAN GERAADPLEEGDE PERSONEN RESPECTIEVELIJK INSTELLINGEN	44
BIJLAGEN: REGISTRATIEFORMULIEREN	

1. INLEIDING

Het functioneren van het maatschappelijk werk binnen samenwerkingsverbanden in de eerstelijns gezondheidszorg in vergelijking met het algemeen maatschappelijk werk, is een onderwerp dat bij brede kringen belangstelling geniet. De overheid, in casu het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur is geïnteresseerd in verschillen in de praktijkuitvoering van een maatschappelijk werker in een samenwerkingsverband ten opzichte van de praktijkuitvoering van een maatschappelijk werker in een AMW-instelling die geen formele samenwerkingsafspraken heeft met de ELGZ-disciplines.
Binnen de JOINT is een functieverkenning gedaan naar maatschappelijk werk in samenwerkingsverbanden met de ELGZ.
Het Nederlands Huisartsen Instituut registreert sinds 1977 de gezondheidscentra in Nederland en voert in dit kader korte onderzoeken uit.
In de begeleidingscommissie van dit project 'Registratie samenwerkingsverbanden' (waarin onder meer WVC en de JOINT zitting hebben), is ook geopperd dat een vergelijking van het functioneren van maatschappelijk werkers binnen en buiten eerstelijns gezondheidszorg samenwerkingsverbanden een zinvolle zaak zou zijn.
Deze omstandigheden hebben ertoe geleid dat het Nederlands Huisartsen Instituut in februari 1983 op verzoek van WVC en de JOINT een onderzoeksvoorstel heeft ingediend, waarin beoogd werd het functioneren van maatschappelijk werkers in en buiten de gezondheidszorg te vergelijken, op basis van bestaand registratiemateriaal. In dit voorstel werden met betrekking tot de volledigheid van beschikbaar registratiemateriaal enige twijfels geuit, hetgeen reden was om een vóóronderzoek te suggereren, waarin het eventueel beschikbare materiaal nader bestudeerd kon worden.
Tevens zou in het kader van dit vóóronderzoek nagegaan kunnen worden op welke wijze gedifferentieerd moet worden tussen maatschappelijk werkers binnen en buiten ELGZ-samenwerkingsverbanden.

Afhankelijk van de resultaten daarvan, zou vervolgens een kort onderzoek moeten plaatsvinden, teneinde de onderzoeksvraag te beantwoorden.
De onderzoeksvraag luidde: 'zijn er verschillen aan te wijzen in het functioneren van maatschappelijk werkers die in een eerstelijns samenwerkingsverband werken en maatschappelijk werkers die in een instelling voor Algemeen Maatschappelijk Werk zonder geformaliseerde samenwerkingsafspraken met de eerste lijn werkzaam zijn.

Het voorstel werd ter subsidiering aangeboden aan het Programmeringscollege Onderzoek Maatschappelijke Dienstverlening, dat van mening was dat deze vraagstelling te globaal was. Tevens werd de informatie die in registratiesystemen voor handen is, onvoldoende geacht voor de beantwoording van de onderzoeksvraag. Aanbevolen werd dat de onderzoekers een nieuw voorstel zouden indienen dat meer garanties voor een redelijke kans van slagen zou bieden.
Desalnietemin besloot het ministerie van WVC in ieder geval het vooronderzoek te financiëren en afhankelijk daarvan te beslissen over de subsidiëring van een onderzoek naar het functioneren van maatschappelijk werkers in en buiten de gezondheidszorg. Dit vóóronderzoek is thans uitgevoerd, de resultaten ervan zijn neergelegd in deze rapportage.
We hebben ons in het kader van dit vooronderzoek op de volgende onderwerpen gericht:

1. Een analyse van de beschikbare registratiegegevens.

   We hebben negen verschillende registratieformulieren weten te achterhalen (zie bijlage 1), alsmede een zevental overkoepelende instanties die deze gegevens beheert (daarnaast zijn er enige tientallen instellingen en wijk/buurtcentra die zelf hun registratiegegevens beheren, die in dit kader nagenoeg buiten beschouwing blijven).
   Ons onderzoek heeft zich toegespitst op:
   - het soort gegevens dat geregistreerd wordt,
   - het beheer van de gegevens (en daaraan gekoppeld: de toegankelijkheid),
   - in een aantal gevallen: de kwaliteit van de gegevens.

   De resultaten hiervan treft men aan in hoofdstuk 2.

2. Een analyse van het begrip 'samenwerking' en van de spreiding van de diverse varianten binnen de onderscheiden 'registratie-regio's'

   Deze analyse - gebaseerd op publicaties en gesprekken - heeft geleid tot een verdere specificatie van het begrip 'samenwerking tussen maatschappelijk werk en gezondheidszorg'. Voorts is per gespecificeerde variant nagegaan in hoeverre men ze kan verwachten binnen diverse gebieden waarvan de registratiegegevens bruikbaar zijn bevonden. De resultaten staan beschreven in hoofdstuk 3.

3. Een herbezinning op de vraagstelling.

   Op grond van de resultaten die onder 1 en 2 genoemd zijn, formuleren we in hoofdstuk 4 een aantal onderzoeksvragen, welke op basis van bestaand registratiemateriaal beantwoordbaar zijn. Als gevolg van het fragmentarische karakter van het geregistreerde wordt per deelvraag het deel van de bestanden daarbij gezocht, welke zich leent voor de beantwoording van de betreffende vraagstelling.

2. CLIËNTENREGISTRATIE

2.1. Inleiding

Het is binnen het algemeen maatschappelijk werk gebruikelijk dat van iedere hulpverleningsepisode een aantal gegevens worden vastgelegd. Deze gegevens hebben betrekking op individuele cliënten of op cliëntsystemen; per maatschappelijk werker kan zo een overzicht per tijdseenheid verkregen worden van zijn cliëntenaanbod, probleemaanbod, hulpverlening, etcetera; dit kan weer geaggregeerd worden tot wijk-, instelling- of regionaalniveau.
Een dergelijke registratie vindt vrijwel overal en altijd plaats, maar het is geen uniform gebeuren. Er worden een aantal (naar inhoud) verschillende registratiesystemen gehanteerd, de verschillende systemen worden op diverse wijzen beheerd, en ze verschillen in toegankelijkheid, bijvoorbeeld ten behoeve van onderzoek.
In het kader van het vóóronderzoek zijn deze registratiesystemen beoordeeld op hun bruikbaarheid voor een landelijk onderzoek, waarvoor onderling vergelijkbare gegevens vereist zijn. Uitspraken welke in dit kader gedaan worden, hebben uitsluitend betrekking op die eventuele onderzoeksfunctie, welke het betreffende registratiesysteem zou kunnen vervullen, en laten onverlet dat de registratie op plaatselijk niveau tal van andere doelen kan vervullen. Dit betekent bijvoorbeeld dat categorieën die per instelling ingevuld kunnen worden in deze beschouwing buiten beschouging blijven.
We onderscheiden de volgende registratiesystemen:

- cliënten-registratie AMW (JOINT-registratie: heeft betrekking op instellingen in Drenthe, Overijssel, Gelderland, Utrecht (minus Utrecht-stad), Noord-Holland (minus Amsterdam), Zuid-Holland (minus Rotterdam, Den Haag), Zeeland, Noord-Brabant) (JOINT)[1]
- registratie Groningen '80 respectievelijk '81-'82[2] (Groningen[1] '80 en '81)
- registratie Friesland (Friesland)[1]
- registratie Den Haag (Den Haag)[1]
- registratie Humanitas Rotterdam (Humanitas Rotterdam)[1]
- registratie Limburg (Limburg)[1]

[1] Betiteling waaronder het betreffende registratiesysteem behandeld wordt.
[2] Het Groninger registratieformulier is na 1980 sterk gewijzigd en verkort.

De zeven Amsterdamse instellingen registreren per buurt naar eigen inzicht. (Het Protestant Sociaal Centrum registreert uniform binnen één systeem (PSC)[1]; het Maatschappelijk Centrum Bijlmer registreert op JOINT-formulieren maar levert ze niet in.)
De Stichting Maatschappelijk Werk Rotterdam (waar alle wijbureaus en gezondheidscentra onder vallen) kan over 1980 slechts kwartaaloverzichten per werker opleveren, en heeft over de afgelopen jaren geen gegevens centraal verzameld. Per wijk zijn wel gegevens verzameld.
Utrecht registreert op eigen formulier.

We zullen in dit hoofdstuk ingaan op het soort gegevens welke geregistreerd worden, voor zover ze voor onze vraagstelling van belang zijn. Dit betekent dat we onze aandacht richten op die gegevens, die ons iets leren over het functioneren van maatschappelijk werkers. We onderscheiden hierbij in grote lijnen de volgende categorieën.
- gegevens met betrekking tot de instroom,
- gegevens met betrekking tot de problematiek,
- gegevens met betrekking tot de hulpverlening,
- gegevens met betrekking tot de cliëntkenmerken,
- gegevens met betrekking tot de uitstroom,
- gegevens met betrekking tot de workload.

We zullen in dit hoofdstuk eerst ingaan op de wijze waarop deze gegevens in de diverse registraties zijn vastgelegd. Vervolgens nemen we de beschikbaarheid van gegevens in beschouwing. De kwaliteit van de gegevens kan niet uitputtend worden vastgesteld, maar een aantal fragmentarische toetsen kunnen op sommige databestanden worden uitgevoerd. Dit geschiedt in het laatste deel van dit hoofdstuk. In dit kader moet worden opgemerkt dat binnen de cliëntenregistratie AMW van de JOINT niet alle daarin voorkomende instellingen betrokken kunnen worden.[2] We zullen daarom in het kader van de kwaliteitsbeoordeling van registratiegegevens ook ingaan op de representativiteit van de JOINT-gegevens van de instellingen welke bij het onderzoek betrokken kunnen worden.

[1] Betiteling waaronder het betreffende registratiesysteem behandeld wordt.

[2] Bij een aantal instellingen is namelijk per maatschappelijk werker niet te achterhalen of ze al dan niet gestructureerd overleg met de eerstelijnsgezondheidszorg voeren. (zie verder 2.4.2)

2.2. Vergelijking van geregistreerde gegevens in verschillende systemen

In schema 2.1. wordt een overzicht geboden van de aanwezige gegevens in de diverse bestanden. Per categorie past daarbij de volgende toelichting.

Gegevens met betrekking tot instroom
Of een cliënt een *hulpverleningsverleden* bij de betreffende instelling heeft, is vastgelegd in alle bestudeerde systemen. Er zijn kleine onderlinge verschillen: JOINT, Friesland en Humanitas Rotterdam informeren naar contact met de betreffende instelling gedurende de afgelopen twee jaar; Groningen '80 doet dit voor het afgelopen jaar. Den Haag en Groningen '81 maken onderscheid tussen de eigen instelling en andere instellingen, Limburg en PSC informeren naar contacten met AMW in het algemeen èn met andere instellingen.
De *initiatiefnemer* tot het contact is overal vastgelegd. Binnen de JOINT-registratie is nog vastgelegd of deze initiatiefnemer - als het een andere hulpverlener is - periodiek overleg met de instelling heeft.

Gegevens met betrekking tot de problematiek
Groningen '81 bevat geen gegevens over de problematiek waaraan gewerkt wordt. Men doet dit niet, onder opgave van de volgende reden:

Cliënten die zich bij het Algemeen Maatschappelijk Werk aanmelden, hebben vrijwel altijd te kampen met een aantal, gelijktijdig optredende en deels elkaar veroorzakende problemen.[1] Wil hij integraal hulpverlenen, dan zal hij problemen op verschillende levensgebieden (werk, thuis, school) en op verschillende niveaus (individueel, structureel) op elkaar moeten betrekken. (Veeger e.a., 1983) Een probleemregistratie is daarom pas zinvol als veel problemen gelijktijdig opgenomen kunnen worden in een probleemschets. Dit was het geval in Groningen '80, waar men met keus uit 70 probleemgebieden er 12 gelijktijdig kan laten optreden. Een dergelijke registratie is slechts incidenteel nodig. Voor permanente registratie heeft men vervolgens gekozen voor die gegevens die nodig zijn om cliëntenstromen weer te geven.

[1] Vgl: V.d. Laan (b) (ongepubl.): Welzijnswerk of Gezondheidszorg.
Aan de hand van probleemregistratie van Groningen '80 onderbouwt de auteur deze redenering, en laat hij zien dat in de praktijk altijd meerdere problemen gelijktijdig optreden.

Schema 2.1.: Overzicht van gegevens in registratiesysteem welke voor onderzoek bruikbaar zouden zijn.

	JOINT	Groningen 1	Groningen 2	Friesland	Limburg	PSC	Hum-R'dam	Den Haag
Identificatienummer m.w.'er	+[3]	+	+	+	+	+	+	+
Instroom								
- hulpverleningsverleden	+	+	+	+	+	+	+	+
- initiatiefnemer	+	+	+	+	+	+	+	+
- overleg initiatiefnemer met instellingen	+	-	-	-	+	-	-	-
Problematiek								
- opgenomen	+	+	-	+[1]	+	+	+[2]	+
- aantal rubrieken	18	55		19		35		41
- aantal mogelijke probleemgebieden per hulpverleningsepisode	2	12		2	4	?		?
Behandeling								
- opgenomen	+	+	-	+[1]	+	+	+[2]	+
- aantal rubrieken	6	7		10		13		6
- aantal mogelijke rubrieken per hulpverleningsepisode	1	6		1	4	?		?
- rubriek per probleemveld	nee	6		nee	4	nee		nee
Cliënt								
- leeftijd	+	+	-	+	+	+	+	+
- geslacht	+	+	-	-	+	+	-	-
- leefsituatie	+	+	-	+	+	+	+	+
- bron van inkomsten	+	+	-	+	+	+[1]	+	+[3]
- burgerlijke staat	+	+	-	-	+	-	-	-
- beroep	-	+	-	-	+	+[1]	+	+[3]
- nationaliteit	-	-	-	-	+	+	-	-
- bedrijf	-	-	-	-	+	-	-	-
- levensbeschouwing	-	-	-	+[1]	-	+	+	-
- opleidingsniveau	-	+	-	-	-	+[1]	+	-
- communicatietaal	-	-	-	-	-	-	-	+
- woonplaats	+	-	-	+	+	-	+	-
Uitstroom								
- wijze van beëindiging	+	+	+	+[1]	+	+	-	+
- verwijzing	+	+	+	+[1]	+	+	+	+
Workload								
- aantal contacten:								
. met cliënt	+	+	+	+[1]	+	+	-	+
. zonder cliënt	+	+	+	+[1]	+	+	-	+
- duur hulpverlening	+	+	+	+	+	+	+	+

[1] Deze gegevens zijn niet toegankelijk.

[2] Probleem is niet tevoren in categorieën ingedeeld.

[3] Facultatief.

Van de overige registratiesystemen gebruiken er geen twee een identieke probleemclassificatie. JOINT, Groningen '80, Friesland[1], Den Haag, PSC en Limburg hanteren voorgecodeerde categorieën-systemen. Humanitas Rotterdam een open vraag.
JOINT kent twee prioriteiten bij problematiek waarom men wil werken, alsmede twee prioriteiten bij problematiek waaraan gewerkt is. Groningen '80 en Limburg kennen de mogelijkheid om per probleem aan te geven hoe de behandeling ging, wie er bij werd betrokken, etcetera. Friesland en Den Haag kennen slechts één probleem. Den Haag heeft wel een extra vraag met betrekking tot problematiek van etnische minderheden.

Gegevens met betrekking tot de hulpverlening
De soort *hulpverlening* waarmee de werker denkt te werken respectievelijk gewerkt heeft, is niet geregistreerd in Groningen '81, is een open vraag bij Humanitas Rotterdam en is praktisch niet toegankelijk bij Friesland. JOINT, Groningen '80, PSC, Den Haag en Limburg hebben ieder hun eigen categorieën. Hierbij dreigt hetzelfde probleem als bij 'problematiek', namelijk wanneer meerdere soorten hulp tegelijk worden gegeven. (vgl. De Graaf, 1982) Groningen '80 en Limburg voorzien enigszins in dit probleem, door de hulpverlening per probleemveld (zes respectievelijk vier mogelijkheden) uit te splitsen.
Het JOINT-systeem bevat ook nog de categorie *werksoort*, waarmee, naast AMW ook categorale hulpverlening (in ziekenhuizen, gezondheidscentra (!), woonwagenbewoners, etcetera) kan worden aangegeven. Een ander aspect van de hulpverlening, is de *samenwerking met derden*, welke in verschillende vormen kan optreden.
JOINT registreert de diverse instanties waarmee samengewerkt wordt, alsmede de vorm van samenwerking: overleg, konsultatie, samenwerking of co-therapie. In Groningen '80 is dit per vermeld probleem opgenomen en in Groningen '81 in het algemeen.
In Friesland is het geregistreerd maar valt het onder de niet toegankelijke gegevens. Den Haag vermeldt het voorkomen van co-therapie, konsultatie, overleg en samenwerking, de functionaris met wie dit gebeurde, en het aantal keren dat dit plaats vond. Humanitas Rotterdam informeert er zeer open en globaal naar, Limburg geeft per behandelingsprobleem twee (registratie-)mogelijkheden voor overleg, samenwerking en konsultatie. PSC onderscheidt samenbehandeling, samenwerking/overleg en prof.advies.

[1] Deze gegevens worden niet ter beschikking gesteld.

Gegevens met betrekking tot cliëntkenmerken
Gegevens met betrekking tot drie à vier cliënten worden binnen ieder systeem, met uitzondering van Groningen '81 dat geen cliëntgegevens vermeldt, vastgelegd. *Leeftijd en leefsituatie* zijn daarbij altijd vermeld. Behalve Den Haag en PSC bevatten ook alle systemen de *bron van inkomsten* per cliënt. Zoals men in schema 2.1 kan lezen, komen in de diverse systemen in totaal nog negen andere cliëntkarakteristieken aan de orde.

Gegevens met betrekking tot de uitstroom
De *reden* (soms de wijze van beëindiging genoemd), is bij de JOINT, WVC, Gronigen '80 en Friesland vrij summier: afgerond - verwijzing - voortijdige beëindiging. Het item ontbreekt bij groningen '81 en Humanitas Rotterdam en wordt met meer alternatieven gepresenteerd in Den Haag, Limburg en PSC.
Vastlegging van instanties waarnaar verwezen wordt, ontbreekt bij Humanitas Rotterdam, in Friesland is het niet toegankelijk.

Gegevens met betrekking tot workload
De *duur* van de hulpverleningsepisode is binnen elke registratiesysteem af te leiden. Het *aantal contacten* ontbreekt bij Rotterdam Humanitas, en is praktisch niet toegankelijk in Friesland. Waar het wel bekend is, wordt het verder uitgesplitst in aantal contacten met cliënt en aantal contacten over cliënt, en deze aantallen weer in aantal contacten thuis, op bureau, schriftelijk en telefonisch.

2.3. Beschikbaarheid van gegevens

We gaan in deze paragraaf in op de beschikbaarheid van de gegevens die we bij het onderzoek zouden willen gebruiken. Hierop hebben de jaargangen, die genoemd worden, betrekking. De meeste registratiesystemen bestaan namelijk - veelal in gewijzigde versie - al veel langer.
Bij het vaststellen van de definitieve bestanden zal zorg gedragen worden, dat deze onderling vergelijkbaar zijn. Dat houdt in dat van ieder bestand van een bepaald jaar òf alle in dit jaar afgesloten gevallen of alle in dit jaar ingebrachte èn afgesloten gevallen òf alle in dat jaar ingebrachte gevallen worden gebruikt.

JOINT is vanaf 1982 gebruikt. De gegevens over 1982 zijn op tape beschikbaar. Op de kwaliteit van deze gegevens komen we terug.

Groningen '80 is in 1980 gebruikt. De gegevens zijn geautomatiseerd (SPSS) en gebruikt in onderzoek, dus geschoond en relatief volledig.
Groningen '81 is in 1981 en 1982 gebruikt. Verder geldt er hetzelfde voor als voor Groningen '80. De bestanden Groningen '80 en '81 worden beheerd op het Andragogisch Instituut in Groningen.
Friesland, Amsterdam (met uitzondering van PSC), Rotterdam en Humanitas Rotterdam zijn per instelling (respectievelijk per wijkbureau) met de hand geturfd. PSC is over 1982 geautomatiseerd; het beheer is in eigen hand. Men werkt met SARA.
Den Haag is geautomatiseerd. De gegevens zijn over 1982 verkrijgbaar. Het beheer is in handen van Siemens. Onderzoekers kunnen niet over tapes beschikken, maar moeten vragen voorleggen aan de registratiecommissie. Men krijgt dan - tegen betaling - de uitdraaien.
Limburg kent een geautomatiseerd registratiesysteem. Tot en met 1982 werden de bestanden door Siemens beheerd. Vanaf 1983 werken ze zelf met computer Maastricht; ook bij hen moeten vragen voorgelegd worden, waarna de gewenste uitdraaien worden verstrekt. Voor 1983 is het eenvoudiger, omdat men dan met de onderzoeker die het bestand beheert, moet communiceren, in plaats van met een functionaris die geen onderzoeker is, maar slechts over bestanden heeft te waken.
Kortom, wanneer we een kortdurend onderzoek voor ogen hebben, lijken slechts de bestanden 1982 (en 1983 ?) van de JOINT, 1980, 1981, 1982 van Groningen, 1982 van Den Haag, 1982 en 1983 van Limburg en 1982 van PSC bruikbaar. Wanneer de andere regio's of steden bij het onderzoek betrokken moeten worden, zullen we moeten nadenken over andere, aanvullende onderzoekstechnieken.

Naast deze praktische beschikbaarheid, is er de meer principiële kwestie van toegankelijkheid van de gegevens.
Ieder bestand heeft zijn eigen registratiecommissie[1], of directie/staf van de instelling, die hierover te beslissen heeft. De indruk die we aan de diverse gesprekken hebben overgehouden is, dat deze beslissing afhangt van de garanties die men kan geven met betrekking tot privacy-bescherming en van de waarde die men aan de vraagstelling en de doelstelling van het onderzoek hecht. Op dit laatste komen we nog terug.

[1] In dit verband stemt een zinsnede uit V.d. Laan (a), tot nadenken: "Ook uit andere bronnen zijn weinig gegevens voor handen omdat de JOINT niet gerechtigd is gegevens van de bij haar registratieproject aangesloten instellingen te publiceren". Als procedure geldt dat de JOINT die gegevens produceert die in de z.g. standaarduitdraai zitten (mondelinge mededeling JOINT)

2.4. Kwaliteit van de gegevens

Over de kwaliteit van de gegevens kunnen we slechts zeer tentatieve uitspraken doen, omdat we de feitelijke databestanden - op één uitzondering na - niet kennen. Die uitzondering betreft het JOINT-systeem, dat ons ten behoeve van dit vooronderzoek ter beschikking is gesteld om op haar volledigheid en - zo mogelijk - op haar betrouwbaarheid te testen.

2.4.1. Groningen, Den Haag, Limburg, Amsterdam (PSC)

Van de overige bestanden kunnen we alleen de geautomatiseerde in deze beschouwing betrekken. Immers, gegevens die de instelling/wijkbureau sinds jaren niet verlaten hebben, en bovendien de verschijningsvorm van grote stapels papieren niet te boven zijn gekomen, zijn niet te beoordelen op geldigheid, of betrouwbaarheid. Zoals gezegd is in Groningen onderzoek gedaan met behulp van het registratiesysteem. Uit onderzoeksverslagen blijkt dat Groningen '80 (vgl. V.d. Laan (a) (b); V.d. Laan e.a., 1983) en Groningen '81 (Veeger e.a., 1983; V.d. Laan e.a., 1983) in ieder geval volledige bestanden zijn (geen missing data); waar vergelijkingen met andere bronnen gemaakt worden treden geen opvallende verschillen op. Van de overige drie zijn ons dergelijke onderzoeksgegevens niet bekend

Uit jaarverslagen krijgt men een indruk van de gegevens: deze lijken volledig geregistreerd te zijn. Voorts biedt de aanwezigheid van een onderzoeker bij het Limburgse Provinciaal Centrum voor Maatschappelijk Werk en bij PSC, die de registratie coördineren en controleren wel een zekere garantie voor de betrouwbaarheid van het systeem. Van belang is dat bij deze registratiesystemen - in tegenstelling tot JOINT - een verplichting bestaat om het identificatienummer van de maatschappelijk werkers in te vullen.

2.4.2. JOINT-gegevens

Zoals gezegd hebben we het databestand '82 van de JOINT mogen gebruiken voor proefonderzoek. Op de volgende manieren hebben we dit materiaal gecontroleerd op volledigheid, betrouwbaarheid en geldigheid:

- inventarisatie per variabele van het percentage 'missing data' of rare getallen;
- globale vergelijking met gegevens buiten het JOINT-systeem;
- onderzoek naar interne consistentie.

Algemeen karakteristiek van het JOINT-bestand

Het bestand, 70036 hulpverleningsepisodes, valt uiteen in vier delen:

. vóór 1982 begonnen, in 1982 afgesloten (14.853)

. vóór 1982 begonnen, in 1982 nog niet afgesloten (13.853)

. in 1982 begonnen, in 1982 afgesloten (35.326 cases)

. in 1982 begonnen, in 1982 nog niet afgesloten (16.668)

Bij onze analyse beperken we ons om redenen van praktische aard grotendeels tot het derde bestand, de gevallen die in 1982 zijn aangemeld èn afgewerkt.

Dit bestand bevat gegevens van 82 instellingen. Aangezien in de betreffende provincies 136 instellingen[1] voorkomen, zijn niet de gegevens van alle instellingen opgenomen. Per provincie is in onderstaande tabel het aantal instellingen, het aantal werkers blijkens de basisgegevens, het aantal geregistreerde instellingsnummers en het aantal geregistreerde werkersnummers vermeld.

	BASIS-GEGEVENS		*JOINT-REGISTRATIE*	
	aantal instellingen	aantal werkers	aantal instelling-nrs	aantal werker-nrs
Drenthe	7	73	5	79
Overijssel	12	151	7(6)[3]	95
Gelderland	25	273	15(14)	174
Utrecht[2]	14	?	8	87
Noord-Holland[2]	15	196	3	40
Zuid-Holland	26	214	23(18)	184
Zeeland	8	69	5(4)	41
Noord Brabant	27	360	16(15)	271

Met de identificatienummers van de werkers is het omgekeerde aan de hand: die zijn er te veel. In Drenthe is dat het meest illustratief: vijf van de zeven instellingen tellen gezamenlijk al meer identificatienummers dan er werkers in de hele provincie zouden zijn.

[1] Bron: de door de JOINT verstrekte gegevens uit de enquête Basisgegevens AMW 1982.

[2] Minus de vier grote steden.

[3] Tussen haakjes: aantal instellingen waarvan het aantal werknummers bekend is.

Ook in de andere provincies geldt dat regelmatig instellingen voorkomen die meer identificatienummers tellen dan enige, in die provincie voorkomende instelling werkers heeft (volgens de AMW-basisgegevens).
Bij de bespreking van afwijkende variabelen, komen we op dit identificatienummer terug.

Missing data en afwijkende waarden

Het indentificatienummer van de werker: dit gegeven, noodzakelijk om in het onderzoek de koppeling tussen inkadering van de werker en functioneren te kunnen maken, ontbreekt in 18% van de gevallen. In 82% van de gevallen dat het wel wordt ingevuld duiken er meer identificatienummers op dan er werkers zijn (zie 2.4.2.1).
Bij een telefonische enquête onder een tiental instellingen, bleek het mogelijk de gebruikte identificatienummers binnen een instelling te achterhalen. Daaronder waren inderdaad weinig frequent gebruikte nummers, waarmee men coördinatoren, die af en toe een cliënt behandelde, of stagaire aangaf.
Daarnaast komt het voor dat onder één identificatienummer onwaarschijnlijk veel in 1982 begonnen en afgehandelde problemen voorkomen. Frequenties van meer dan 100 gevallen/jaar voor één werker lijken aan de hoge kant.
Dit fenomeen lijkt echter verklaarbaar. Op de eerste plaats blijkt 40% van deze hulpverleners een taak buiten het algemeen maatschappelijk werk te hebben (ziekenhuis, school, gehandicapten en dergelijke) waar een andere contactfrequentie verwacht kan worden. Van degenen die wel AMW als werksoort opgeven en meer dan 100 contacten vermelden is het gemiddeld aantal contacten per cliënt echter niet kleiner, noch wijkt de vorm van hulpverlening af van de werkers met minder dan 100 contacten.
Van de 82 instellingen hebben er twaalf bij het identificatienummer overwegend missing data. Bij 33 instellingen komen geen missing data voor, bij de overige 37 zijn slechts enkele gevallen missing.
Instellingen die het identificatienummer niet opgeven hebben gemiddeld meer cases per instelling (607) dan instellingen met geen of weinig missende identificatienummers (390 respectievelijk 410 cliënten).
Aangezien de gegevens van instellingen waarbij het identificatienummer ontbreekt, niet bruikbaar zijn in het onderzoek, zullen we bij de behandeling van de volgende variabelen nagaan, in hoeverre deze bij de betreffende twaalf instellingen anders gespreid zijn dan bij de rest van het veld.

Of de cliënt eerder contact met maatschappelijk werk had gehad was in 4% van de gevallen niet ingevuld. In 70% was dit niet het geval. Voor de instellingen waar de werkers onidentificeerbaar zijn, zijn deze getallen 4% respectievelijk 73%.

Het contact kwam tot stand via cliënt in 49% van alle gevallen (maar: 45% van de gevallen in instelling met onidentificeerbare werkers (IOW)), maatschappelijk werker (4% respectievelijk 2%), familie (12% respectievelijk 13%) en arts (13% respectievelijk 18%) als meest voorkomende verwijzers. Een vijftigtal andere instanties wordt in 1% of minder van de gevallen genoemd. Geen missing data.

Of de verwijzer contact opnam met maatschappelijk werk is in 64% van de gevallen niet ingevuld (IOW: 60%). In 13% is er geen contact opgenomen (IOW: 17%) en in 23% wel (IOW: 23%). Die 64% respectievelijk 60% niet ingevulde gevallen is exact de som van contacten die tot stand kwamen via cliënt, maatschappelijk werk en familie, waarop deze vraag (evenals de volgende niet van toepassing is.

Periodiek overleg met de instelling (voor zover van toepassing) vind in 17% van de gevallen (IOW: 19%) niet plaats, in 3% binnen een gezondheidscentrum (IOW: 4%) in 4% binnen een home-team (IOW: 3%) en in 12% (IOW: 14%) in overige instellingen.
Voorgenomen wijze van hulpverlening is in 2% (IOW: 3%) van de gevallen onbekend. De concrete hulpverlening ontbreekt in 6%. De totaalverdeling en die van IOW is als volgt:

Tabel 2.1.: Verdeling van diverse voorgenomen en uitgevoerde wijzen van hulpverlening, voor totaalbestand en voor instellingen met onidentificeerbare werkers.

	totaal (N = 35326)		IOW (N = 7279)	
	voorgenomen	uitgevoerd	voorgenomen	uitgevoerd
informatie/advies	19%	22%	16%	22%
concrete dienst	9%	8%	7%	6%
bemiddeling	18%	16%	19%	17%
onderzoek	5%	5%	4%	4%
groepswerk	4%	4%	5%	4%
begeleiding	43%	38%	46%	41%
missing	2%	6%	3%	6%
onbekende codes	(11)0%	8 (0%)	(2) 0%	2 (0%)

In enige opzichten (informatie, begeleiding, concrete dienst) verschillen de twee groepen enigszins. De trends tussen voornemen en uitvoering zijn identiek.

Problematiek waaraan de werker wil werken, is als eerste keus in 1% van de gevallen missing. De tweede keus is in 73% van de gevallen niet ingevuld. Deze gegevens liggen voor IOW precies zo. De verdeling over 18 probleemvelden is als volgt:

Tabel 2.2.: Problematiek (zoals tevoren vastgesteld en zoals gewerkt is). (ter vergelijking: Prioriteit tevoren van instelling met ontbrekend werkersnummer)

	totaal		IOW
	prioriteit tevoren	prioriteit waaraan gewerkt is	prioriteit tevoren
inkomen	9%	9%	8%
besteding	4%	4%	4%
huisvesting	16%	16%	17%
vorming/opleiding	4%	4%	3%
arbeid	3%	3%	3%
gezondheid	7%	7%	8%
echtscheiding	6%	6%	6%
relatie tot partner	12%	11%	12%
relatie ouder/kind	10%	9%	9%
relatie tot anderen	5%	5%	4%
problemen met maatsch. organisaties	3%	4%	3%
multiprobleem gezin	1%	1%	1%
verwerking aangrijpende gebeurtenis	6%	6%	7%
eenzaamheid	2%	2%	2%
identiteit	5%	5%	6%
verslaving	1%	1%	1%
psychische problemen	5%	4%	5%
cultuurverschil	1%	1%	1%

Het patroon van probleemaanbod is nagenoeg gelijk tussen de twee groepen Voorts is er ook nauwelijks verschil tussen de prioriteit die men tevoren heeft gesteld en het probleem waaraan achteraf hoofdzakelijk gewerkt is.

De werksoort geeft aan, of er algemeen maatschappelijk gewerkt wordt. Dit gegeven is altijd aanwezig. De verdeling is als volgt:

Tabel 2.3.: Verdeling van werksoort (totaal en instellingen met onidentificeerbare werkers).

	totaal	IOW
AMW	80%	84%
gezondheidscentrum	4%	4%
ziekenhuis	6%	8%
school	3%	2%
woonwagen	0%(162)	0%(4)
buitenlanders	2%	2%
rijksgenoten	1%	1%
gehandicapten	1%	- (0)
indicatiestelling	2%	- (15)

In de instellingen met veel onidentificeerbare werkers wordt meer werk als Algemeen Maatschappelijk Werk beschouwd. Categoraal werk buiten de gezondheidszorg wordt minder dan in het geheel als werksoort genoemd.

Cliëntvariabelen

In 73% van de gevallen worden gegevens over één cliënt ingevuld (waarvan ze in 1% missing zijn); 19% van de gevallen is met betrekking tot twee personen ingevuld, 5% met betrekking tot drie personen. 2% met betrekking tot 5 personen. De achtergrondvariabelen met betrekking tot de eerste cliënt zijn als volgt verdeeld in het totaal en in het IOW-bestand.

Tabel 2.4.: Verdeling van cliëntvariabelen: totaal en voor instellingen met onidentificeerbare werkers.

	totaal	IOW
burgerlijke staat:		
. ongehuwde man	11%	10%
. gehuwde man	28%	26%
. gescheiden man	5%	5%
. weduwnaar	2%	2%
. ongehuwde vrouw	12%	11%
. gehuwde vrouw	23%	25%
. gescheiden vrouw	11%	12%
. weduwe	8%	7%
cliëntsysteem:		
. één persoon	63%	67%
. echtpaar	17%	18%
. ouders en kinderen	18%	13%
. overig	2%	2%

Samenwerking met derden wordt in 43% (IOW: 47%) niet gescoord. In 11% (15%) van de gevallen wordt met de huisarts samengewerkt. Alle andere gevallen gaat het om minder dan 3% van de cases. Wanneer men samenwerkt is er sprake van:

Tabel 2.5.: Verdeling van samenwerking met derden, indien dit voorkwam.

	totaal	IOW
overleg	42%	37%
konsultatie	3%	3%
samenwerking	10%	11%
co-therapie intern	1%	1%
co-therapie extern	2%	2%

Het verschil tussen beide groepen is gelegen in de meerdere gevallen waarin overleg in het totaal plaatsvindt.

Beeïndiging contact is altijd ingevuld. In 66% (IOW: 65%) was het afgelopen, in 6% (6%) werd na intake verwezen, in 11% (11%) werd achteraf verwezen en 17% (19%) eindigde voortijdig. Van 19% wordt een doorverwijsinstantie vermeld, dit is 1% meer dan er verwijzingen vermeld wordt. Bij de instanties waarheen verwezen wordt scoren AGGZ (4%), AMW (3%, IOW: 2%) en gemeentelijke sociale dienst (2%, IOW: 1%) het hoogst.

Kortom, behalve het zo belangrijke identificatienummer van de werker, is er qua missing data en rare getallen weinig aan te merken op het bestand.

Interne consistentie

Aangezien we nauwelijks externe criteria hebben waarmee de gegevens uit het JOINT-bestand vergeleken kunnen worden, zijn we bij onze betrouwbaarheid- en validiteitscontrole goeddeels aangewezen op inspectie van de gegevens zelf (zie de vorige paragraaf) en van de logische samenhang tussen die gegevens. Voor dit laatste biedt de JOINT-registratie een tweetal mogelijkheden.

Interne consistentie verwachten we tussen de beantwoording van de vraag naar beeïndiging van het contact (afgerond - verwijzing - voortijdig gestopt) en de vraag naar het soort verwijzing.

Tabel 2.6.: Wijze waarop het contact met verwezen en niet-verwezen cliënten beeïndigd wordt.

	beeïndiging		
verwijzing	afgerond	verwijzing	voortijdig gestopt
nee	22596	479	5684
ja	742	5604	221

We zien dat 3% van de afgeronde gevallen, 4% van de voortijdig gestopten en 8% van de met een verwijzing beeïndigden ten onrechte als wel respectievelijk niet verwezen staan vermeld.

Tenslotte geldt bij vragen waarbij bepaalde antwoorden tot vervolgvragen leiden (zo ja, door wie ?) dat het aantal blanks op de vervolgvraag gelijk is aan het aantal antwoorden 'nee' of 'niet van toepassing' op de voorafgaande vraag.

Al bij al zijn dit indicaties dat het systeem niet waterdicht is, maar

dat fouten binnen acceptabele marges blijven, wanneer we de gigantische hoeveelheid gegevens in aanmerking nemen.

Vergelijking met andere bronnen

Uit jaarverslagen en rapporten van anderen registrerende instellingen dan de JOINT, zijn in sommige opzichten vergelijkbare gegevens te putten. Gezien de vermelde verschillen in gehanteerde definities zullen we altijd een aantal slagen om de arm moeten houden.

We gebruiken cijfers zoals die gepubliceerd zijn door Groningen '81 en Limburg; deze berusten op voldoende grote aantallen om als vergelijkingsmateriaal te kunnen dienen.

Met betrekking tot de instroom worden de volgende percentages 'aanmelders' genoemd, voor zover er sprake was van een andere 'aanmelder' dan de cliënt zelf.

Tabel 2.7.: Initiatiefnemers tot contact in drie registratiesystemen.

aanmelder:	Groningen '81 [1]	Limburg [2]	JOINT
familie, buren, kennisen, vrijwilligers	18%	28%	24%
onderwijs	4%		3%
huisarts	24%	43%	25%
maatschap.werk	12%		12%
wijkverpleging/ bejaarden/gezinsverzorging, bias	4%		4%
politie	3%	10%	4%
GSD	5%		4%

Niet alle aanmelders zijn vermeld, omdat we ons beperkt hebben tot categorieën die in grote lijnen in alle drie de systemen dezelfde inhoud hebben.

[1] Bron: Veeger e.a., 1983 p.18-22

[2] Bron: Jaarverslag 1980-1981, Provinciaal Centrum van Maatschappelijk werk Limburg p.75-87

De verdeling van deze categorieën binnen het JOINT-systeem komt vrij goed overeen met de verdeling in beide andere systemen

Het probleemaanbod zoals dit in het JOINT-systeem is vastgelegd, kan met enig kunst- en vliegwerk vergeleken worden met het probleemaanbod dat in Limburg is geregistreerd.

Tabel 2.8.: Probleemomschrijving in twee registratiesystemen.

probleem:	Limburg	JOINT
relatieproblemen	37%	33%
financiële problemen	11%	13%
huisvesting	14%	16%
verzorging, vorming, arbeid, drugs, invaliditeit	18%	16%[1]
psychische stoornissen	14%	18%[2]
sociale wetgeving	6%	?
probleem met maatschappelijke organisaties	?	3%
multiprobleem gezin	?	1%
cultuurverschillen	?	1%

In grote lijnen lijken de verdeling wel op elkaar. Opgemerkt moet worden dat dit nog niet wil zeggen dat hetzelfde geval ook door verschillende personen gelijk zal worden gecategoriseerd. De over-all verdeling van problemen zoals die in het JOINT-systeem zijn geregistreerd is echter plausibel, in het licht van andere gegevens.

[1] samengevoegde rubrieken: 'vorming/opleiding', 'arbeid', 'gezondheid' en 'verslaving'

[2] samengevoegde rubrieken: 'verwerking', 'eenzaamheid', 'identiteit' en 'psychische stoornissen'

Ook de wijze van hulpverlening kan min of meer vergeleken worden in de twee genoemde bestanden.

Tabel 2.9.: Wijze van hulpverlening in twee registratiesystemen.

	Limburg	JOINT
informatie, advies bemiddeling	51%	37%
informatie en begeleiding	18%	
begeleiding	22%	43%
concrete dienst	3%	9%
onderzoek		5%
groepswerk		4%
overig	7%	

Hierbij liggen de cijfers verschillend voor de twee systemen. Blijkbaar zijn de verschillende soorten activiteiten niet ondubbelzinnig gedefinieerd, terwijl ze tevens - zoals Limburg ook registreert - vaak door elkaar zullen lopen. Tevens wordt in Limburg iedere episode (ook vragen die minder dan een uur in beslag nemen) geregistreerd, welke relatief veel informatie en advies betreffen. Deze episodes zijn binnen de JOINT-registratie buiten beschouwing gelaten. De vraag is dan wat het betekent, wanneer geregistreerd is dat men een bepaalde wijze van hulpverlening heeft gehanteerd.

Omtrent de beëindiging van de hulpverlening kunne we wat meer te weten komen door de instanties waarnaar verwezen wordt in Groningen, Limburg en JOINT te vergelijken.
De percentages hebben betrekking op het totaal aantal verwezenen. Wederom zijn slechts die categorieën in beschouwing genomen waarover uit alle drie de bronnen gegevens beschikbaar waren.

Tabel 2.10.: Verwijzingen in drie registratiesystemen.

	Groningen	Limburg	JOINT
huisarts	1%	7%	2%
gezinszorg	5%		3%
AMW	18%	13%	21%
bureau rechtshulp/advocaat	12%	12%	7%
huisvesting	5%	13%	8%
GSD	11%		9%
GGZ	12%	9%	27%

Ook de cijfers lopen weer behoorlijk uiteen.
Minder dan bij 'probleem' en 'wijze van hulpverlening', is hier sprake van interpretatieprobleem. Een bureau voor rechtshulp is alleen een bureau voor rechtshulp als er bureau voor rechtshulp op staat.
Wellicht is het begrip 'verwijzing' niet ondubbelzinnig. Limburg vermeldt in 12% van de gevallen in 1981 een 'overdracht aan andere instantie', Groningen komt in 1981 tot 24% van alle gevallen die verwezen worden, terwijl bij de JOINT in 19% van de in 1982 aangemelde en afgesloten gevallen sprake is van een verwijzing.
De feitelijke gang van zaken in Groningen is anders dan in Limburg, of bepaalde afsluitingen worden in Limburg niet als verwijzing geregistreerd, en in het JOINT-systeem of in Groningen wel. In dat laatste geval kan men de percentages tussen de drie systemen niet meer vergelijken, omdat ze op een andere populatie van gebeurtenissen betrekking hebben. De kans is groot dat dergelijke interpretatieverschillen niet alleen tussen registratieverschillen maar ook binnen één systeem spelen.

Uit deze summiere gegevens, afkomstig uit drie verschillende registratiesystemen die betrekking hebben op verschillende geografische gebieden, kunnen geen keiharde conclusies getrokken worden. Gegevens zoals de JOINT-registratie die laat zien, lijken vrij conscientieus geregistreerd te zijn; bij interpretatie ervan zal men echter de nodige omzichtigheid in acht moeten nemen.

2.5. Conclusie met betrekking tot bruikbaarheid van cliëntregistratiegegevens

In paragraaf 2.3 is reeds een eerste schifting gemaakt, op grond van het al dan niet voor handen zijn van geautomatiseerde bestanden. Bruikbaar in dit opzicht zijn de gegevens van 70 JOINT-instellingen (we weten niet welke ontbreken, daarnaast verlizen we de 12 Instellingen met Ontbrekend Werkersnummer), de Groningse en Limburgse instellingen en de wijkbureaus uit Den Haag en Amsterdam, voor zover de laatste onder het Protestant Sociaal Centrum vallen
We vatten in het onderstaande de inhoud van deze registraties nogmaals samen.

Schema 2.2.: Samenvatting van gegevens beschikbaar in geautomatiseerde bestanden.

	JOINT '82	Groningen '80	Groningen '81-'82	Limburg '82	Limburg '83	Den Haag '82	A'dam PSC '82
instroom	+	+	+	+	+	+	+
problematiek	+	++	-	+	++	+	+
hulpverlening	+	++	-	+	++	+	+
cliënt	+	+	-	+	+	+	+
uitstroom	+	+	0/+	+	+	+	+
workload	+	+	+	+	+	+	+

Groningen '81 is alleen geschikt om cliëntenstroom gegevens te analyseren, Groningen '80 enLimburg '83 laten een fijnmaziger probleemanalyse toe.

Omtrent 'probleem' en 'soort hulpverlening' bestaat de indruk dat men problemen met de validiteit kan krijgen: de categorieën kunnen door verschillende personen op verschillende wijze geïnterpreteerd worden. Wanneer men daar ook in geïnteresseerd is, zijn deze categorieën bruikbaar; wanneer men het 'objectieve' verschil in probleemaanbod wil meten, zal men op artefacten stuiten. Hetzelfde geldt voor 'behandeling'.

3. MAATSCHAPPELIJK WERK IN EN BUITEN DE GEZONDHEIDSZORG

3.1. Begripsomschrijvingen

Samenwerken door maatschappelijk werk binnen de gezondheidszorg kan op een aantal manieren gestalte krijgen. Naar *vorm* wordt onderscheid gemaakt tussen sociaal café, functionarissencontact, home-team, gezondheidscentrum en welzijnscentrum (Brinks en Vonk, 1980). Het belangrijkste ordenende principe, om de samenwerking naar vorm te karakteriseren is de mate waarin er vaste afspraken bestaan en deze geformaliseerd zijn.

Naar *inhoud* bekeken kan samenwerking betrekking hebben op:
- individuele cliënten (gemeenschappelijke cliënten, konsultatie, verwijzing);
- op regelmatig voorkomende probleemgebieden (WAO-ers, bejaardenproblematiek);
- op werkwijze van de verschillende disciplines;
- op 'huishoudelijke' problemen van de samenwerking.

Gezien de aard van de vraagstelling, zullen we als inhoudelijk criterium nemen of er sprake is van samenwerking met betrekking tot cliënten of probleemgebieden. Samenwerking die uitsluitend zakelijke afspraken of communicatie over werkwijze betreft, blijft buiten beschouwing.
Op basis van deze vorm en inhoudsaspecten kan men een samenwerkingsverband tussen de gezondheidszorg en maatschappelijk werkende karakteriseren. In de loop van de discussies met vertegenwoordigers van diverse instellingen voor AMW is nog een derde dimensie naar voren gekomen, die van belang is bij het karakteriseren van het samenwerkingsverband (vgl. Van Aart, 1983; AMW Amsterdam, 1982; JOINT, 1982). Het gaat om een dimensie die met name in de grote steden van belang is; de twee polen ervan worden gevormd door enerzijds een hulpverleningsfilosofie die het accent van de hulpverlening bij de wijk/buurt legt, in principe voor de hele buurt toegankelijk wil zijn, en uitdrukkelijk ook buiten de gezondheidszorg zijn contacten heeft en anderzijds een hulpverleningsfilosofie die het accent van de hulpverlening bij de integrale zorgverlening door artsen, maatschappelijk werkenden en wijkverpleegkundigen legt, en zich richt op de patiëntenpopulatie van het betreffende samenwerkingsverband.

Let wel: binnen beide visies is er sprake van gestructureerd overleg met de eerstelijnsgezondheidszorg en binnen beide visies vervult de maatschappelijk werker alle algemeen maatschappelijkwerkfuncties. De invalshoek van waaruit dit gescheidt is echter anders (althans in de ogen van de betrokken hulpverleners).
Binnen de eerste visie dient samenwerking met de gezondheidszorg nooit de enige prioriteit te zijn: afhankelijk van de problemen die specifiek voor een buurt of wijk zijn dient men met alle relevante partners contact te houden: naast de gezondheidszorg kunnen dit het opbouwwerk, sociale raadslieden, wijkbureaus etcetera zijn. Op deze wijze wordt het algemene karakter van het maatschappelijk werk, en de verwevenheid van probleemgebieden in het probleemaanbod dat bij haar terecht komt tot uitdrukking gebracht.
De consequentie van deze opvatting voor samenwerking in gezondheidscentra is, dat AMW er aan hecht als doelpopulatie de buurt te zien, terwijl artsen bijvoorbeeld in een historisch gegroeide situatie zitten dat een deel van de buurtpopulatie niet tot hun patiëntenbestand behoort, en een deel van het patiëntenbestand buiten de buurt woont.
Voor de 'gezondheidszorgvisie' staat integrale hulpverlening centraal, waarbij (nu chargeren we een beetje) per patiënt de arts verantwoordelijk is voor het lichamelijk welzijn en de AMW-er voor het sociale en geestelijke welzijn. Wezenlijk is in ieder geval dat de doelpopulatie gelijk is. Voor diè populatie zal het AMW dan ook alle taken vervullen die bij algemeen maatschappelijk werk horen.
We komen in het hoofdstuk 'uitwerking van de vraagstelling' nog op deze discussie terug.
Opgemerkt dient te worden dat deze laatste karakterisering van samenwerking alleen van toepassing is op de grote steden.

We onderscheiden de volgende samenwerkingsvormen (welke betrekking hebben op diensten of probleemgebieden):
- bilateraal contact AMW - huisarts volgens vaste afspraken;
- bilateraal contact AMW - andere discipline in gezondheidszorg dan huisarts volgens afspraken;
- geformaliseerd contact AMW - huisarts - wijkverpleging (+ eventuele andere disciplines): hometeam, met behoud van eigen (buurtgerichte) doelpopulatie;
- geformaliseerd contact AMW - huisarts - wijkverpleging (+ eventuele andere disciplines) met gelijke doelpopulatie;
- deelname maatschappelijk werk aan team gezondheidscentrum, met behoud

van eigen (buurtgerichte) doelpopulatie;
- deelname maatschappelijk werk aan team gezondheidscentrum, met gelijke doelpopulatie.

In deze indeling kan men niet zonder meer een rangorde aanbrengen van minder naar meer samenwerkend. Per samenwerkingsvorm zal nagegaan moeten worden wat de consequenties ervan zijn voor het cliëntenaanbod, de cliëntenstroom, de workload en de geleverde hulpverlening.

3.2. Het vóórkomen van samenwerkingsvormen

De gegevens hierover zijn per samenwerkingsvorm verschillend: omtrent gezondheidscentra zijn we goed op de hoogte van spreiding en locatie (het NHI beheert de Registratie Samenwerkings Verbanden, waarin gezondheidscentra zijn opgenomen). Omtrent hometeam(-achtige) samenwerkingsvormen bestaat goede documentatie met betrekking tot Groningen (Brinks en Vonk, 1980; Houwing en Geertsema, 1981) en Limburg (Nota inventarisatie eerstelijns samenwerkingsverbanden, 1983); informatie omtrent de situatie in Rotterdam en Den Haag is bekend via Stichting Ondersteuningsorgaan ELGZ-Rotterdam respectievelijk Bureau Integrale Dienstverlening in Den Haag. Voor de rest van Nederland is de situatie op dit gebied ons niet bekend. Ditzelfde geldt in nog sterkere mate voor andersoortige bilaterale contacten.
Op grond van deze onvolledige informatie kunnen we de volgende schatting geven van het voorkomen van diverse samenwerkingsvormen per registratiegebied.[1]

Gezondheidscentra:
De volgende tabel[2] geeft per registratiegebied aan hoeveel gezondheidscentra er per registratiegebied voorkomen en in hoeveel gevallen er sprake is van gelijke werkgebieden en doelpopulaties.
Dit laatste gebruiken we voorlopig als indicatie voor een 'gezondheidszorgvisie' als tegenstelling tot een wijkgericht visie.

[1] Het onderzoek is afhankelijk van registratiegegevens, vandaar deze indeling.
[2] Bron: NHI-registratie samenwerkingsverbanden.

Tabel 3.1.: Het vóórkomen van gezondheidscentra per registratieregio.

	aantal gez. centra	gelijke doelpopulaties	MW grotere zorgpopulatie der h.a.	MW kleiner dan huisarts
JOINT	77	23	52	2
Groningen	3	1	2	-
Friesland	2	1	1	
Limburg	11	8	2	1
Amsterdam[1]	12	6	5	1
Rotterdam	9	5	3	1
Den Haag	3	1	2	-
Utrecht	3	-	3	-

Het 'fenomeen' gezondheidscentrum komt met name in JOINT-registratie regio, Limburg, Amsterdam en Rotterdam in voldoende mate voor. De splitsing in centra met gelijke doelpopulaties en andere valt in Limburg nogal scheef uit.

Overigens blijkt het aantal instellingen voor maatschappelijk werk dat maatschappelijk werkers in gezondheidscentra detacheert, zoals geregistreerd in de NHI-registratie, groter te zijn dan het aantal stichtingen waarvan de basisgegevens AMW aangeven dat ze maatschappelijk werkers in gezondheidscentra in dienst hebben. Zie onderstaande tabel:

Tabel 3.2.: Vergelijking van aantal instellingen dat maatschappelijk werkers in gezondheidscentra detacheert volgens NHI en basisgegevens AMW.

	aantal instellingen volgens NHI registratie	aantal instellingen volgens basisgegevens
Groningen	2	1
Friesland	2	1
Limburg	9	10
Amsterdam	3	3
Rotterdam	1	1
Den Haag	1	1
Utrecht	1	?
JOINT	43 (+16; -6)	33

[1] Het PSC is de enige Amsterdamse instelling die geen werkers in gezondheidscentra heeft.

Hometeams:

Groningen telt 19 hometeams, waarbij 20 maatschappelijk werkenden betrokken zijn.[1] 25% van de in Groningen beschikbare maatschappelijk werkers[2] is daarmee werkzaam in een hometeam. Het betreft werkers uit zes van de acht Groningse instellingen.

Ze werken samen met 31 huisartsen (14% van de gevestigde huisartsen[3]) en 71 andere hulpverleners,

Limburg telt 76 (!) hometeams[4] waarbij 104 maatschappelijk werkers zijn betrokken. Dit aantal komt overigens niet overeen met de 69 werkers die in de basisgegevens AMW opgeven bij een hometeam betrokken te zijn. In haar inventarisatie heeft de ACMW een strikte definitie van hometeam gehanteerd, de hometeams worden keurig gespecificeerd naar deelnemers, kortom, het heeft er de schijn van dat in de basisgegevens AMW sprake is van onderrapportage.

Hoe het ook zij, tussen de 32% en 49% van de Limburgse maatschappelijk werkenden participeren in een hometeam. Ze werken samen met 143 (34%) huisartsen en 383 andere hulpverleners.

In Rotterdam is sprake van 5 hometeams alsmede een aantal (3) samenwerkingsgroepen waarvan het vooralsnog onduidelijk is of ze het predikaat 'hometeam' verdienen.

In Den Haag komt men 4 gezondheids-overleggroepen alsmede een cliëntenbesprekingsgroep tegen, waarin 5 maatschappelijk werkers en 12 huisartsen participeren.

Van de overige registratiegebieden kunnen we slechts op grond van de AMW-basisgegevens aangeven hoeveel maatschappelijk werkers in hometeams werkzaam zijn.

Friesland	28	(38%)
Amsterdam	42	(42%)
JOINT[5]	448	(32%)

[1] Bron: Brinks en Vonk, 1980; Houwing en Geertsema, 1981

[2] Bron: Basisgegevens AMW, 1982

[3] Bron: Cijfers uit de huisartsenregistratie, 1982 NHI

[4] Bron: Inventarisatie eerstelijns samenwerkingsverbanden, 1983 PCMW

[5] Bron: We herinneren de lezer eraan dat het registratiesysteem van de JOINT maar op % van de instellingen uit deze registratie-regio blijkt te slaan. We weten echter niet welke.

Uit deze opsomming concluderen we dat hometeams en aanverwante samenwerkingsvormen (en derzelver werkers) in geringe mate in Rotterdam en Den Haag gevonden worden.

Andere samenwerkings vormen:
Hierover bestaan geen harde gegevens. De spreiding hiervan is ook minder belangrijk aangezien deze vormen van samenwerking ten behoeve van het onderzoek vooral opgespoord moeten worden om maatschappelijk werkers niet ten onrechte aan te merken als 'geen contact met gezondheidszorg', wanneer ze wel vaste afspraken daarover hebben.
In Friesland bijvoorbeeld schijnen veel hometeams het afgelopen jaar in bilaterale contacten uiteengevallen te zijn, terwijl het karakter van het overleg maatschappelijk werker - huisarts niet is veranderd.

Geen samenwerking met de gezondheidszorg:
Uit de basisgegevens AMW kunnen we per registratieregio grofweg afleiden hoeveel werkers op geen enkele wijze gestructureerd overleg met de gezondheidszorg onderhouden. Zie de volgende tabel:

Tabel 3.3.: Werkers zonder contact met gezondheidszorg.

	aantal werkers[1] geen contact	aantal werkers[2] niet in gezcentrum of hometeam
Groningen	18	58
Friesland	17	44
Limburg	20	119
Amsterdam	-	37
Rotterdam	12	12[3]
Den Haag	-[4]	61
Utrecht	?	?
JOINT	362	880

[1] Voor zover we dat met enige zekerheid durven te zeggen. (Het aantal werkers dat bilaterale contacten onderhoudt is namelijk niet bekend. We tellen dus alleen instellingen waar dit soort contacten niet voorkomen).

[2] N.B.: Deze cijfers zijn niet nauwkeurig (zie vorige pagina's).

[3] Dit heeft alleen betrekking op Rotterdam-Humanitas.

[4] Hoewel we uit onze gesprekken in Den Haag afleiden dat het aantal bilaterale contacten zeer beperkt is.

De soort 'maatschappelijk werker die geen gestructureerd contact met de gezondheidszorg heeft' komt binnen het JOINT-registratiegebied veelvuldig voor; voorts vermoeden we - hoewel het niet uit de cijfers valt te halen - dan het in Den Haag de meest voorkomende verschijningsvorm is.
In Amsterdam daarentegen verkondigt men als ideologie dat iedere werker in zijn buurt gestructureerd contact onderhoudt met de daar aanwezige huisartsen.
In de drie provincies die buiten de JOINT-registratie vallen lijkt de variant 'niet samenwerken' niet zoveel voor te komen, maar zou het wel voldoende gevallen opleveren.
Van Rotterdam en Utrecht kunnen we in dit verband niets zeggen.

3.3. Conclusies

In de samenwerking van maatschappelijk werk met de gezondheidszorg zijn een aantal varianten onderscheiden:
- samenwerking in gezondheidscentra, exclusief op gezondheidscentrumpopulatie gericht;
- samenwerking in gezondheidscentra, buurt/wijkgericht;
- samenwerking volgens formele afspraken, waarbij iedere hulpverlener vanuit zijn eigen thuisbasis werkt (hometeam, bilaterale contacten), maar waarbij wel één doelpopulatie bestaat;
- samenwerking volgens formele afspraken waarbij iedere hulpverlener vanuit zijn eigen thuisbasis werkt, en eigen doelpopulaties heeft.

Voorts is gesteld dat we een samenwerkingsverband pas als zodanig in beschouwing nemen, wanneer er sprake is van probleemgerichte samenwerking. Hieronder vallen patiëntenbespreking, konsultatie, bespreking van verwijzingen, co-therapie, en bespreking van algemene problemen.

Voor een onderzoek dat tot landelijk relevante uitspraken kan leiden, zullen in ieder geval de gegevens met betrekking tot enige grote steden in beschouwing genomen moeten worden.

Wanneer we nu letten op de mate waarin de verschillende samenwerkingsverbanden gespreid zijn, dan valt op dat de variant 'niet-samenwerken' te weinig voorkomt in Amsterdam en te veel in Den Haag.
De variant 'hometeam' treffen we in Den Haag en Rotterdam weinig aan.

In het laatste geval is het niet onwaarschijnlijk dat allerlei bilaterale contacten bestaan, die binnen een uitgebreidere categorie 'gestructureerd overleg met behoud van eigen thuisbasis' zouden passen.
Van de rest van Nederland lijkt deze samenwerkingsvariant zo welig te tieren, dat we niet ongerust hoeven te zijn over een gebrek aan gevallen.
Gezondheidscentra komen in Groningen, Friesland, Den Haag en Utrecht te weinig voor om apart te onderzoeken. De tegenstelling buurgericht - gezondheidscentrum gericht laat zich onderzoeken binnen het JOINT-bestand, Amsterdam en Rotterdam (vooral voor deze twee laatste lijkt de tegenstelling relevant).

4. SUGGESTIES VOOR EEN ONDERZOEK

4.1. Knelpunten met betrekking tot de in hoofdstuk 1 genoemde onderzoeksvraag

De vraag 'zijn er verschillen aan te wijzen in het functioneren van maatschappelijk werkers die in een eerstelijns samenwerkingsverband werken en maatschappelijk werkers die werken in een instelling zonder geformaliseerde samenwerkingsafspraken met de eerste lijn ?' is met het huidige beschikbare materiaal niet zonder meer te beantwoorden.
De vraag is onbeantwoordbaar omdat het beschikbare materiaal onvoldoende representatief is voor de Nederlandse situatie: vergelijkt men de conclusies van hoofdstuk 1 en 2 dan blijkt het registratiemateriaal dat snel beschikbaar is, van de grote steden (Den Haag en PSC-Amsterdam) nauwelijks gezondheidscentra te bevatten. In het overblijvende toegankelijke materiaal ligt de nadruk op de situatie in de provincie. Van het JOINT-bestand is het onduidelijk welk deel ontbreekt.
Kortom, er is geen bestand waarbinnen alle samenwerkingscondities in stad en op platteland voorkomen.
Een ander gebrek in een belangrijk deel van het toegankelijke geregistreerde materiaal is de globale registratie van probleemaanbod en behandeling. Een dergelijke registratie laat slechts globale analyses toe.
Een derde knelpunt is gelegen in de beperking die de onderzoeker zichzelf oplegt door uit te gaan van de cliëntenregistratie. Indien bijvoorbeeld in gezondheidscentra sprake is van een meer individuele benadering en in wijkgericht AMW meer actie wordt gevoerd of overleg wordt gepleegd met meer verschillende instanties, zal de cliëntenregistratie een completer beeld opleveren van het werk van degene die in een gezondheidscentrum werkzaam is dan van degene die 'in de buurt' werkt.
Een vierde knelpunt is gelegen in het verschillende karakter dat wijken (kunnen) hebben, wanneer er al dan niet sprake is van samenwerking in de gezondheidszorg: men zal moeten controleren naar verschil in probleemaanbod. Daarnaast is het mogelijk - dit werd in Rotterdam gesuggereerd - dat het karakter van het werk kan verschillen op grond van taakafspraken: een gezondheidscentrum, dat in een wijk is gelegen

met een goed functionerend wijkbureau zal bepaalde taken niet op zich nemen, die een maatschappelijk werker in een ander gezondheidscentrum wel zal doen (omdat er geen alternatief is).
Tenslotte wordt de tegenstelling 'eerstelijnsgezondheidszorg samenwerking' versus 'AMW instelling zonder geformaliseerde samenwerking' door sommigen gezien als een schijntegenstelling, of in ieder geval niet de tegenstelling waar het eigenlijk om gaat.
Volgens dezen is het belangrijker of er sprake is van een éénzijdige gerichtheid op de gezondheidszorg of een gerichtheid op zowel gezondheidszorg als maatschappelijke dienstverlening als nog andere mogelijkheden, al naar gelang de situatie in de buurt vereist. Wanneer deze optiek niet in de vraagstelling verwerkt wordt, is het twijfelachtig of de medewerking van de groot-stedelijke instellingen verkregen wordt. (Bovendien kan men zonder deze tweedeling weinig variatie tussen de Amsterdamse maatschappelijk werkers aanbrengen: ze werken allemaal wel op een of andere manier met de gezondheidszorg samen, zeggen ze.)

Al met al nopen deze geconstateerde knelpunten ons tot een herformulering van de onderzoeksvraag. We zullen de onderzoeksvraag in deelvragen uiteensplitsen en per deelvraag aangeven welke bestaande registratiebestanden zich lenen voor de beantwoording ervan.

4.2. Deelonderzoeken

De twee begrippen uit de oorspronkelijke onderzoeksvraag waar het eigenlijk om gaat, zijn 'functioneren van maatschappelijk werker' en 'al dan niet samenwerken met gezondheidszorg'.

Aan 'functioneren' onderscheiden we de volgende aspecten:

1. Instroom-, samenwerkings- en uitstroomgegevens.
2. De aangeboden problematiek zoals geregistreerd is door de maatschappelijk werker.
3. De methode van hulpverlening, zoals geregistreerd is door de maatschappelijk werker.
4. Het soort en de hoeveelheid cliënten die de maatschappelijk werker bereikt.
5. Activiteiten die de maatschappelijk werker naast inidividuele hulpverlening onderneemt.

Aan 'samenwerking' onderscheiden we de volgende aspecten:

A. De mate waarin men contacten onderhoud met gezondheidszorg instanties.
   Dit kan op één dimensie uitgedrukt worden als:
   1- geen of indicenteel contact,
   2- regelmatige cliëntenbespreking (1 x maand tot 1 x week),
   3- regelmatige cliëntenbespreking + extra gemeenschappelijke activiteiten.

B. Een tweede aspect van samenwerking heeft te maken met de al dan niet exclusieve inkadering van AMW in de gezondheidszorg sector. Zoals reeds eerder ter sprake kwam, komt dit het sterkst tot uitdrukking in het al dan niet gemeenschappelijk hebben van cliëntenbestanden. Wil men het effect hiervan onderzoeken dan zal de volgende dimensie operationeel moeten worden gemaakt:
   - geen gemeenschappelijk doelpopulatie,
   - samenwerking met gemeenschappelijke doelpopulatie.

Een combinatie van A en B levert dan de volgende operationalisatie van 'samenwerking' met gezondheidszorg op:

type 1. Geen of incidentele samenwerking.

type 2. Regelmatige cliëntenbespreking zonder gemeenschappelijke doelpopulaties.

type 3. Regelmatige cliëntenbespreking met gemeenschappelijke doelpopulaties.

type 4. Regelmatige cliëntenbespreking + extra gemeenschappelijke activiteiten zonder gemeenschappelijke doelpopulaties.

type 5. Regelmatige cliëntenbespreking + extra gemeenschappelijke activiteiten met gemeenschappelijke doelpopulaties.

N.B. Bovenstaande indeling bevat géén hierarchie. De vaststelling van het type samenwerking geschiedt met behulp van een vragenlijst, schriftelijk of telefonisch af te nemen bij alle werkers.

Op basis van verschillende onderzoeksbestanden kunnen we de volgende deelvragen formuleren:

1. Kan men - gegeven een bepaald voorzieningenaanbod - verschil constateren tussen maatschappelijk werkers die samenwerkingsafspra-

ken met huisartsen hebben en maatschappelijk werkers die dit niet hebben, wat betreft de contacten die ze met andere hulpverleners onderhouden ?
(Bestanden: Groningen '81, Den Haag, JOINT, Limburg.)
Toelichting: Amsterdam (PSC) ontbreekt bij deze bestanden omdat daar de variant 'niet-samenwerken' niet voorkomt.

2. Kan men verschil constateren tussen maatschappelijk werkers die samenwerkingsafspraken met huisartsen hebben en maatschappelijk werkers die dit niet hebben, wat betreft benoeming van de problematiek en soort hulpverlening (onder contanthouding van cliëntkarakteristieken).
(Bestanden: Groningen '80. Den Haag. JOINT. Limburg).
Toelichting: wil men problemen en behandelingen zo gedetailleerd mogelijk weergeven, dan is men aangewezen op Groningen '80 en Limburg. Bij een meer globale beschouwing kan men de andere genoemde bestanden gebruiken. Dit betekent dat men dan ook gegevens uit de grote steden erbij kan betrekken.

3. Kan men verschil constateren (kwantitatief en/of kwalitatief) in het cliëntenbestand van maatschappelijk werkers die samenwerkingsafspraken hebben met huisartsen en maatschappelijk werkers die dit niet hebben.
(Bestanden: JOINT, Den Haag, Limburg.)

4. Kan men verschil constateren in de duur van hulpverleningsepisodes in het aantal hulpverleningscontacten per cliënt (onder constanthouding van cliëntkarakteristieken) van maatschappelijk werkers die samenwerkingsafspraken hebben met huisartsen en maatschappelijk werkers die dit niet hebben.
(Bestanden: Groningen '81, Den Haag, JOINT, Limburg).
Vraag 1t/m 4 zou voor de grote steden eventueel ook beantwoord kunnen worden door Den Haag (klein deel samenwerkend, groot deel geen formele samenwerking) en Amsterdam-PSC (overwegend samenwerkend) als één bestand te beschouwen, met alle problemen van dien (geen contrôle van specifieke buurtproblematiek of specifiek Amsterdamse of Haagse problemen.)

5. Kan - onder constanthouding van voorzieningenaanbod - men verschil constateren tussen maatschappelijk werkers die geïntegreerd zijn in de gezondheidszorg en maatschappelijk werkers die samenwerken met behoud van eigen doelgroep.
   a- wat betreft contacten die ze met andere hulpverleners onderhouden,
   b- wat betreft cliëntenbestand en
   c- wat betreft work-load.
   (Bestanden: JOINT, Amsterdam PSC en een nog te automatiseren bestand van Amsterdamse maatschappelijk werkers binnen het 'samenwerkingsproject' en anderen, die wel met gemeenschappelijk cliëntenbestanden werken.)
   Het effect van al dan niet integraal werken op probleemdefinitie en behandeling is niet te onderzoeken bij de bestanden die zich hiervoor lenen, aangezien de verdeling binnen de bestanden (Groningen '8', Limburg) te scheef is. Desgewenst kan een globale analyse binnen de JOINT en Amsterdamse bestanden worden uitgevoerd, doch de registratieprocedure, aldaar gevolgd, zal veel van het mogelijke verschil 'wegpoetsen'.

6. Is er verschil tussen de genoemde varianten:
   - geen samenwerking,
   - samenwerking met behoud van eigen doelpopulatie,
   - samenwerking met gemeenschappelijke doelpopulatie,
   wat betreft de globale tijdsbesteding. Hierop is, wat individuele hulpverlening betreft, een antwoord gegeven bij de beantwoording van vragen 3 en 4b. Teneinde deze resultaten in een breder kader te kunnen plaatsen, verdient het aanbeveling om met betrekking tot de overige activiteiten een enquête af te nemen bij maatschappelijk werkers in de verschillende samenwerkingsvarianten. Er kan dan naar de tijdsbesteding aan de diverse vormen van zogenaamd indirect cliëntgericht werk (vgl. Schreij en Van de Vorst) geïnformeerd worden. Deze kan overigens samenvallen met de extra informatieverzameling die per maatschappelijk werker toch al nodig is, teneinde hem binnen één variant te localiseren.

We zijn van mening dat een antwoord op deze deelvragen (waarbij van verschillende bestanden gebruik gemaakt moet worden) ons in staat stelt een beschrijving te geven van het functioneren van maatschappelijk werkenden onder verschillende condities van samenwerken. Hierbij dient per deelvraag zorg gedragen te worden dat alle betrokken gevallen op eenzelfde periode

betrekking hebben. Waar mogelijk zou gekozen moeten worden voor alle gevallen die in 1982 zijn afgesloten. In concreto betekent dit dat gewerkt zou moeten worden met de bestanden van JOINT, PSC Amsterdam en Den Haag. Over dezelfde periode zou een bestand van het Amsterdams 'samenwerkingsproject' moeten worden opgebouwd.
Wil men gedetailleerder vergelijken met betrekking tot het probleemaanbod, dan zal deze deelstudie uitgevoerd moeten worden met behulp van het bestand Groningen '8'. Dit kan echter niet gekoppeld worden aan andere bestanden, omdat deze een andere periode beslaan.

Een dergelijke beschrijving van verschillen kan eventueel gevolgd worden door een poging deze verschillen te verklaren. Teneinde suggesties voor mogelijke verklaringen te verzamelen, zou de voorgestelde beschrijving van secundair materiaal uitgebreid kunnen worden met interviews met maatschappelijk werkenden die blijkens dit onderzoek in verschillende situaties werken. Dergelijke interviews zullen de gevonden resultaten kunnen nuanceren, en daarnaast waardevol materiaal kunnen aanreiken voor het opzetten van een vervolgonderzoek, waarin de beschreven verschillen verklaard zouden worden.

Samenvattend stellen we voor een onderzoek uit te voeren met als probleemstelling:

1. Kan men - gegeven een bepaald voorzieningenaanbod - verschil constateren tussen maatschappelijk werkenden die formele samenwerkingsafspraken hebben met disciplines uit de ELGZ en maatschappelijk werkers die dit niet hebben, wat betreft:
   - contacten die de maatschappelijk werker met andere hulpverleners onderhoudt?
   - benoeming van problematiek en soort hulpverlening,
   - cliënt eigenschappen,
   - duur van de hulpverlenings episode, aantal contacten.
2. Kan men - gegeven een bepaald voorzieningen aanbod - verschil constateren tussen maatschappelijk werkenden, die geïntegreerd binnen de ELGZ werkzaam zijn en maatschappelijk werkenden die niet exclusief binnen het kader van de ELGZ werkzaam zijn wat betreft:
   - contacten die de maatschappelijk werker met andere hulpverleners onderhoudt,
   - globale benoeming van problematiek en soort hulpverlening,
   - cliënt eigenschappen,
   - duur van de hulpverlenings episode, aantal contacten.

3. Kan men verschil constateren tussen maatschappelijk werkenden die niet formeel samenwerken met disciplines binnen de ELGZ, maatschappelijk werkenden die samenwerken, maar niet geïntegreerd zijn in de ELGZ, en maatschappelijk werkenden die geïntegreerd in de ELGZ werkzaam zijn wat betreft de tijdsbesteding aan zogenaamde indirect cliënt gericht werk (beleid en bestuur, externe activiteiten, deskundigheidsbevordering, bereikbaarheid en administratie).

Het onderzoek zal een beschrijving opleveren van een aantal aspecten van het functioneren van maatschappelijk werkers in verschillende omstandigheden. Een beschrijving waaraan klaarblijkelijk bij JOINT en WVC behoefte bestaat.
Voorts zal het onderzoek richtlijnen opleveren voor het in een eventuele tweede fase zoeken naar verklaringen voor de gevonden verschillen.

5. SAMENVATTING EN CONCLUSIES

Deze rapportage bevat de resultaten van een vóóronderzoek naar de haalbaarheid van een onderzoek naar het functioneren van maatschappelijk werkers, al dan niet in samenwerking met de gezondheidszorg.
Op de eerste plaats is geïnventariseerd welke cliënt-registratiegegevens beschikbaar zijn om het functioneren van maatschappelijk werkers uit te drukken.
De inhoud van negen registratieformulieren is vergeleken. Aan de orde kwamen gegevens met betrekking tot de instroom van cliënten, het probleemaanbod, de behandeling, de cliëntkenmerken, de uitstroom en de workload. Op grond daarvan kan gesteld worden dat de gegevens, zoals die in de provincie Groningen (sinds 1981), Rotterdam en de meeste Amsterdamse instellingen zijn geregistreerd, niet bruikbaar zijn voor de beantwoording van een aantal aspecten van de onderzoeksvraag. De wijze van beheren van het registratiesysteem maakt dat de gegevens van Friesland eveneens ontoegankelijk zijn.
Van de wel bruikbare en toegankelijke registratiegegevens is - waar mogelijk - de kwaliteit van de gegevens onderzocht. Hoewel men voorzichtig moet blijven met al te ver gaande interpretaties, spreken gegevens uit verschillende systemen elkaar niet zodanig tegen dat men geen waarde aan deze registraties zou mogen hechten.
Tevens lijkt het mogelijk om, eenmaal in het bezit van het werkers-identificatienummer, waaronder de contacten zijn geregistreerd, de benodigde extra gegevens per werker er bij te verzamelen.
Inhoudelijk bezien levert de interpretatie van probleemaanbod en behandeling bij de meeste registratiesystemen de meeste problemen op.
Geconcludeerd wordt dat op basis van bestaand materiaal het functioneren van de maatschappelijk werker uitgedrukt kan worden in een globale probleem- en behandelingsbeschrijving, in gegevens over instroom, samenwerking en uitstroom, in cliëntkarakteristieken en in workload.

Een tweede aandachtspunt uit dit vóóronderzoek is de te meten samenwerking met de gezondheidszorg. Deze samenwerking kan beoordeeld worden op intensiteit (frequentie, hanteren van formele afspraken), op inhoud (samenwerking met betrekking tot cliënten, met betrekking tot werkafspraken) en naar de mate waarin maatschappelijk werk en gezondheidszorg geïntegreerd zijn. (overlap van cliëntenpopulaties)

Dit laatste aspect is van belang, omdat in de discussie over samenwerking het samenwerkingsstandpunt vereenzelvigd zou kunnen worden met de volledige integratie van AMW in de gezondheidszorg (AMW in gezondheidscentra met gelijke doelgroepen als arts en wijkverpleegkundige) terwijl in het veld zowel integrale samenwerking wordt aangetroffen als samenwerking met behoud van eigen cliëntenbestanden. Wil men de merites van samenwerken èn van integratie van AMW in de gezondheidszorg kunnen aantonen, dan dienen deze twee begrippen los van elkaar gemeten te worden.
In hoofdstuk 3 wordt verslag gedaan van de spreiding van diverse samenwerkingsvarianten binnen de registratieregio's. Aan ieder gebied waarvan een aparte registratie bestaat, kleven in dit opzicht wel enige beperkingen: men kan niet alle vragen binnen één of twee regio's beantwoorden.
Voorts blijkt in dit hoofdstuk dat voorzichtig moet worden omgegaan met gegevens betreffende spreiding van gezondheidscentra en hometeams en het aantal betrokken maatschappelijk werkers: verschillende bronnen spreken elkaar nogal eens tegen.
In hoofdstuk 4 worden de consequenties uit het voorafgaande getrokken: de globale onderzoeksvraag wordt opnieuw geformuleerd in zes deelvragen.
Per deelvraag wordt aangegeven welke bestaande registratiebestanden kunnen dienen voor de beantwoording ervan.
Voor iedere vraagstelling zijn registratiebestanden met betrekking tot de diverse samenwerkingsvarianten zowel in grote steden als op het platteland beschikbaar. Naast het bestaande materiaal zal in beperkte mate verwerking van ruwe data nodig zijn (met betrekking tot elf gezondheidscentra), alsmede een (telefonische) enquête onder alle in het onderzoek te betrekken werkers respectievelijk hun instellingen. Tevens wordt vastgesteld het secundair registratiemateriaal aan te vullen met een aantal interviews.

Wat zal dit onderzoek ons leren over de effecten van de wijze waarop maatschappelijk werkers met huisartsen, wijkverpleegkundigen en anderen samenwerken, op hun functioneren?
Het onderzoek zal een beschrijving opleveren van de samenhang tussen intensiteit van samenwerken enerzijds en cliëntenstromen, probleemdefinitie en behandelen workload en cliëntenkenmerken anderzijds. Deze samenhang kan zowel voor grootstedelijke als voor plattelandssituaties worden bestudeerd.

Op de tweede plaats verschaft ze informatie over de samenhang tussen al dan niet hebben van gelijke cliëntenbestanden en de cliëntenstromen, cliëntenkenmerken en workload. Probleem- en behandelingskarakteristieken kunnen in dit verband slechts globaal onderzocht worden.

Tenslotte hopen we dat het onderzoek voldoende aangrijpingspunten zal opleveren, om een vervolgonderzoek op te baseren, waarin nader verklaringen voor de gevonden verschillen kan worden gezocht.

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

AART, A. VAN Het Algemeen Maatschappelijk Werk vanuit gezondheidscentra in relatie tot het Algemeen Maatschappelijk Werk vanuit wijkbureaus., Rotterdam , 1983.

AMW-AMSTERDAM, Functie en plaatsbepaling van het Algemeen Maatschappelijk Werk Amsterdam, Amsterdam, 1982.

BRINKS, W. en B. VONK, Eerstelijns Samenwerking in de provincie Groningen, Andragogisch Instituut Groningen, 1980.

GRAAF, H. DE, Pas op je tellen. Is registratie in de welzijnszorg een goede methode om informatie te verzamelen, NIMAWO, 's Gravenhage, 1982.

HOUWING, J. en J. GEERTSEMA, Eerstelijns Samenwerking in de provincie Groningen, Andragogisch Instituut, Groningen, 1981.

JOINT, Maatschappelijk werk in samenwerkingsverbanden met de eerstelijnsgezondheidszorg. Een functieverkenning, Joint, 's Hertogenbosch, 1982.

LAAN, G. VAN DER, Enige cijfers over werkloosheid en maatschappelijk werk, Andragogisch Instituut, Groningen.

LAAN, G. VAN DER, Algemeen Maatschappelijk Werk: Welzijnswerk of Gezondheidzorg, Andragogisch Instituut, Groningen.

LAAN, G. VAN DER, E.A., Op zoek naar de kernfunctie van het Algemeen Maatschappelijk Werk, Margetekst, Januari 1983.

NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT, Registratie Samenwerkingsverbanden, Utrecht.

NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT, Cijfers uit de Huisartsenregistratie, Utrecht.

PROVINCIAAL CENTRUM VOOR MAATSCHAPPELIJK WERK, Jaarverslag 1980-1981, Roermond, 1982.

PROVINCIAAL CENTRUM VOOR MAATSCHAPPELIJK WERK, Nota Inventarisatie eerstelijns samenwerkingsverbanden waarbij huisartsen en maatschappelijk werkers zijn betrokken in Limburg in 1980, Roermond, 1983.

SCHREIJ, H. en O. VAN DE VORST, Tijdnormen en tijdbesteding in het Algemeen Maatschappelijk Werk, JOINT, 's Hertogenbosch, 1980.

VEEGER, H., H.W. DE VRIES, G. VAN DER LAAN en B. MILDNER, 'Dans Macabre'. Het AMW belancerend op de eerste lijn, Projectgroep Registratie Groningen, Groningen, 1983.

LIJST VAN GERAADPLEEGDE PERSONEN RESPECTIEVELIJK INSTELLINGEN

Mw. T. ROELOFSZEMA, Provinciale Groninger Stichting voor maatschappelijke dienstverlening.

Dhr. R. LUYTEN, Raad voor maatschappelijke dienstverlening Friesland en Beraadsgroep AMW.

Dhr. B. V.D. SCHALIE, Mw. A. KERKHOF, Stichting Protestants Sociaal Centrum, Afdeling m.w. Amsterdam.

Dhr. H. VAN TELLINGEN, Interparochieel sociaal charitatief centrum, Amsterdam.

Dhr. T. JOOSSENS, Humanitas, Nederlandse vereniging voor maatschappelijke dienstverlening en samenlevingsopbouw, Amsterdam.

Mw. A. WINSEMIUS-KOSTER, Humanitas, Nederlandse vereniging voor maatschappelijke dienstverlening en samenlevingsopbouw, afd. Rotterdam.

Dhr. A. VAN AART, Stichting maatschappelijk werk Rotterdam.

Mw. J.P. KOEN, Stichting samenwerkende instellingen maatschappelijk werk, 's Gravenhage.

Dhr. M. SAUREN, Provinciaal centrum voor maatschappelijk werk Limburg.

Dhr. P. V.D. VORST, Dhr. A. SMETSERS, Mw. J. BIEWENGA, JOINT, 's Hertogenbosch.

Dhr. G. V.D. LAAN, Andragogisch Instituut, Groningen.

BIJLAGEN: REGISTRATIEFORMULIEREN

JOINT

Groningen '80

Groningen '81

Friesland

Limburg

Amsterdam PSC

Rotterdam Humanitas

Den Haag

JOINT (1)

218401

Kliënten-registratie
algemeen maatschappelijk werk

Volgnr	MW er _____
	Team _____
	Datum eerste gesprek met klient ____ ____ ____ 19 ____

2 De klient had reeds eerder - in de afgelopen twee jaar - kontakt met het maatschappelijk werk van deze instelling

1. neen
2. ja
9. onbekend

3. Het kontakt kwam tot stand

01. op initiatief van klient
02. op initiatief van maatsch. werker
03. op aandrang van familie/kennissen
op aandrang van anderen (hulpverlener/instantie) Ⓚ

4. Deze nam daartoe kontakt op met het maatschappelijk werk:

1. neen
2. ja

5. en neemt deel aan periodiek overleg met de instelling:

1. neen
2. ja, t.w.. gezondheidscentrum
3. hometeam
4. overig overlegverband

6. Voorgenomen wijze van hulpverlening:

1. informatie/advies
2. konkrete dienst
3. bemiddeling
4. *onderzoek*
5. groepswerk
6. begeleiding
9. onbekend

7. Problematiek waaraan maatsch. werker voornamelijk wil gaan werken: Ⓚ

prioriteit 1 _____

prioriteit 2 _____

8. Woonplaats klient (gemeente/wijk) _____

9. Werksoort Ⓚ _____

10. _____

11. _____

12 _____

JOINT (2)

volgende code stoen

1 ongehuwde man
2 gehuwde man
3 gescheiden man
4 weduwnaar
5 ongehuwde vrouw
6 gehuwde vrouw
7 gescheiden vrouw
8 weduwe
9 onbekend

1 0 - 14 jaar
2 15 - 19 jaar
3 20 - 29 jaar
4 30 - 39 jaar
5 40 - 49 jaar
6 50 - 59 jaar
7 60 - 64 jaar
8 65 - 69 jaar
9 70 jaar of ouder

1 één persoon
2 (echt)paar
3 ouder(s) en kind(eren)
4 overige

1 gezin met thuisw. kinderen
2 gezin zonder thuisw kinderen
3 gezin zonder kinderen
4 één-ouder gezin (vader of moeder met thuisw. kinderen)
5 meer-generatie-familie
6 ander familieverband
7 ander samenlevingsverband
8 alleenstaande
9 onbekend

01 loondienst
02 eigen bedrijf
03 vrij beroep
04 W.W.
05 W.W.V.
06 R.W.W.
07 W.A.O.
08 A.A.W.
09 A.B.W.
10 wachtgeld
11 wed./wezenpensioen
12 ouderdomspensioen
13 A.O.W.
14 alimentatie
15 studiebeurs
16 overige
17 zonder inkomen
99 onbekend

1 informatie/advies
2 konkrete dienst
3 bemiddeling
4 *onderzoek*
5 groepswerk
6 begeleiding
9 onbekend

1 overleg
2 konsultatie
3 samenwerking
4 ko-therapie extern
5 ko-therapie intern (onder b kode 01 invullen)

1 hulpverlening is afgerond
2 verwijzing: op basis van intake
3 verwijzing: nadat aan deel van de hulpvraag is voldaan
4 voortijdige beeindiging

TURFSTAAT

Kontakten met kliënt		Kontakten over kliënt	
buro		per post	
huisbez		tel	
wij		schr	

13. Gegevens per kliënt

	a	b	c
	burgerl. staat	leeftijd	

14. Typering van het boven weergegeven kliëntsysteem:

15. Primaire leefsituatie van het kliëntsysteem:

16. Bron van inkomsten, waar het kliëntsysteem voornamelijk op is aangewezen om in zijn levensonderhoud te voorzien:
(max. 2)

1. _____

2. _____

17. _____

18. _____

19. _____

20. Problematiek waaraan hoofdzakelijk is gewerkt: (K)

prioriteit 1. _____

prioriteit 2. _____

21. Maatsch. werker heeft voornamelijk gewerkt d.m.v.:

22. Maatsch. werker heeft tijdens de hulpverlening gewerkt met derden:

a	b
in de vorm van	met hulpverlener/instantie (K)

23. Reden van beëindiging van het kontakt:

24. Kliënt is doorverwezen: 01 neen

ja naar (K) _____

25. _____

26. _____

27. Datum afsluiting _____ - _____ 19 _____

28.

Kontakten *MET* kliënt	19____	19____	19____	19____
1. buro				
2. huisbezoek				
3. tel./schr.				
4. in groep				

OVER klient	19____	19____	19____	19____
1. persoonlijk				
2. telefonisch				
3. schriftelijk				

01	INKOMEN	Problemen [illegible] inkomen of met wettelijke regelingen [illegible] uitkeringen, belasting, kinderbijslag)
02	BESTEDING	Problemen met de besteding van het inkomen, hetgeen kan uitmonden in schuldsanering of budgetteering
03	HUISVESTING	Problemen met het ontbreken van huisvesting, of in verband met gebrekkige niet passende huisvesting
04	VORMING/OPLEIDING	Problemen rond scholing, bijscholing, omscholing, keuze van opleiding
05	ARBEID	Problemen met het verkrijgen of ontbreken van (passende) arbeid. Ook problemen binnen of ontevredenheid over de arbeidssituatie.
06	GEZONDHEID	Problemen met verzorging, verpleging of opname, als gevolg van de lichamelijke en/of geestelijke gezondheidssituatie; problemen met de gezondheid zelf
07	ECHTSCHEIDING	Problemen i.v.m. echtscheiding, o.a. procedures, financiele afwikkeling (alimentatie), regelingen voor de kinderen
08	REL. TOT PARTNER	Problemen in de relatie tussen partners
09	REL. OUDER/KIND	Problemen in de relatie tussen (schoon-)ouders en kind(eren), o.a. generatiekonflikten, opvoedingsproblemen
10	REL. TOT ANDEREN	Problemen in de relatie met overige familie (niet partner, ouder of kind), met buren, vrienden, kennissen of anderen
11	MAATSCH. ORGANISATIES	Problemen met het funktioneren van of in het omgaan met maatsch. organisaties
12	MULTIPROBLEEMGEZIN	Gezin met komplexe problemen binnen het gezin en met personen of instanties daarbuiten. Veelal tevens verwaarlozing van gezinstaken (zorg voor inkomen, gezondheid, huishoudelijke taken). Dikwijls bestaat er een afhankelijkheid van hulpverlenende instanties
13	VERWERKING	Problemen n.a.v. een gebeurtenis (sterfgeval, ernstige ziekte, arbeidsongeschiktheid, werkloosheid), die de kliënt als aangrijpend beleeft en niet of moeilijk kan verwerken
14	EENZAAMHEID	Het alleen zijn of het zich alleen voelen wordt door de kliënt als probleem ervaren
15	IDENTITEIT	Problemen met het voor zichzelf niet meer herkenbaar zijn of geen toekomstperspektief meer zien. Daarbij spelen vragen als: wie ben ik? Waar leef ik voor?
16	VERSLAVING	Komplex van problemen verband houdend met overmatig gebruik door de klient van alcohol, drugs e.d.
17	PSYCHISCHE PROBLEMEN	Problemen, niet vallend onder de beschrijving 13 t/m 16 welke als psychisch probleem te kwalificeren zijn
18	KULTUURVERSCHIL	Problemen in de relatie van kliënt tot anderen t.g.v. verschil in kultuurpatroon (o.a. diskriminatie, onbegrip). Problemen met gezinshereniging, remigratie, relatie tot familie in thuisland; 2e generatie-problemen

1	INFORMATIE/ADVIES	Het geven van inlichtingen of advies van m.w.er aan kliënt
2	KONKRETE DIENST	Het verrichten van een handeling in plaats van de kliënt
3	BEMIDDELING	Het optreden als intermediair of pleitbezorger tussen kliënt en een derde. Daarbij wordt ervan uitgegaan, dat er tussen m.w.er en beide partijen kontakt bestaat.
4	*ONDERZOEK*	*Het verzamelen van informatie over de situatie van de klient om te kunnen adviseren aan derden*
5	GROEPSWERK	Het geven van begeleiding aan een groep van personen, die tesamen geen hulpeenheid (echtpaar, gezin e.d.) vormen, maar t.b.v. de hulpverlening zijn samengebracht
6	BEGELEIDING	Het geven van vrij intensieve steun aan de kliënt, opdat de klient probleemoplossend bezig kan zijn

OVERLEG	Het vragen van informatie aan of het uitwisselen van informatie met een andere hulpverlener/instantie (niet a.m.w. eigen instelling) met het oog op een adekwate hulpverlening aan klient
KONSULTATIE	Raadpleging van een andere hulpverlener/instantie (niet a.m.w. eigen instelling) over de eigen aanpak van de hulpverlening
SAMENWERKING	Het maken van afspraken met een andere hulpverlener/instantie (niet a.m.w. eigen instelling) over de in de hulpverlening te volgen werkwijze (van de maatschappelijk werker en van de ander)
KO THERAPIE	Het gezamenlijk met een andere hulpverlener (intern of extern) geven van hulpverlening aan de klient

INTERN wil zeggen, met een m.w.er van de eigen instelling
EXTERN wil zeggen, met een kollega-hulpverlener van buiten de eigen instelling

Clientsyst. nr: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] (inst. / cw'er / volgnr. / cl.)

Datum aanmelding: [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Code woonplaats/wijk: [ ][ ][ ][ ]

Signalering

Aankruisen indien aangewerkt [ ]

Kontaktentelling:

	met client	over client
thuis		
elders		
schriftelijk		
telefonisch		
buro		

Datum afsluiting/verwijzing: [ ][ ][ ][ ]

AANMELDING / INTAKE / WACHTLIJST / AFSLUITING/VERWIJZING

1	2	3	4	5	6	7	8			9	29	30	31	32
code client	welke client is betrokken bij aanmelding	wijze van aanmelding o = outreaching s = schriftelijk t = telefonisch b = buro	door wie is client aangemeld cl = client w = werker anders: code lijst B	problematiek zoals door client of aanmelder (kolom 4) geformuleerd.	op wiens advies is client gekomen	welke client is betrokken bij intake	hulpverleningsverleden: heropening: zelfde probl.	hulpverleningsverleden: heropening: ander probl	hulpverleningsverleden: anders: invullen code lijst B	invullen aantal weken dat client op wachtlijst staat	welke client is betrokken bij afsl/verw.	met welk probl. is cl. verwezen	waarheen is client verwezen i = interne verwijzing anders: code	aard van afsluiting i = client stopt zelf w = werker stopt in c = overeenstemming
→	2	o/s/t/b	cl/w/lijst B		lijst B	X	X	X	lijst B	weken	X	lijst C	i / lijst B	cl / w
A														
B														
C														
D														
E														

Naam:

Adres:

Woonplaats:

GRONINGEN '80 (1)

MAATSCHAPPELIJKE SITUATIE									PROBL. SCHETS	BEHANDELING									
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Client	geslacht	leeftijd	primaire leefsit.	rolverhouding	opleiding	bron van inkomsten	dagel. bezigh.	omschrijving beroep/functie	probleemschets	welk probl. behandeld	info advies bemidd	meth. hulpv. begel.	samenwerking	partner benadering	gezinsther.	groepswerk	netwerk	rangorde probl	vrij item
→	m/v		lijst D	lijst E	F	lijst G	lijst H		lijst C	lijst C	X	X	B	X	X	X	X		
A																			
B																			
C																			
D																			
E																			

Kontaktcentrelling:

buro	telefonisch	schriftelijk	elders	thuis
MET CLIENT				
OVER CLIENT				

GRONINGEN '80 (2)

Instellingsnummer. Lijst A		
MW'(st)er nummer		----
Volgnummer hulpvr./cliënt		---- ----
Aant. bij beh.betr.pers.uit cl.syst.		
Datum aanmelding (eerste kontakt met of over de cliënt)	dag	----
	maand	----
	jaar	----
Code woonplaats/wijk		----
zie instruktie		
Door wie aangemeld of op wiens advies. Lijst B		----
Hulpverl. verleden. (laatste instell. binnen 1 jaar voor aanmelding.Lijst B)		----
Samenwerking, consultatie, overleg co-therapie etc. Lijst B		----
Waarheen verwezen. Lijst B		----
Datum afsluiting in 1982. (laatste kontakt met of over cliënt)	dag	----
	maand	----
GEHEUGEN Totaal aantal kontakten vanaf datum aanmelding tot en met 31-12-'81	buro	----
	thuis/elders	----
	schrift/tel.	----
JAARTELLING aantal kontakten vanaf 1-1-'81 tot datum afsluiting. (31-12-'82)	buro	----
	thuis/elders	----
	schrift/tel.	----

FRIESLAND (1)

BERAADSGROEP ALGEMEEN MAATSCHAPPELIJK WERK FRIESLAND

b.a.m.w. registratieformulier A

		CIJFER-KODE INVULLEN
m.w.nr.	volgnr.	

INTAKE:

1. Datum eerste gesprek met kliënt(systeem): .. - .. - 19 ..

2. De kliënt had reeds eerder in de afgelopen twee jaar kontakt met het maatschappelijk werk van deze instelling:
   1. nee
   2. ja

   2. ☐

3. Het kontakt kwam tot stand:
   1. op initiatief van kliënt
   2. op initiatief van de m.w.'er
   3. op aandrang van fam./kennissen
   4. op aandrang van anderen (hulpverl./instantie) kodelijst 1

   3. ☐

   ☐☐

KLIËNTKARAKTERISTIEK (bij intake):

4. Woonplaats kliënt:
   - gemeente: kodelijst .
   - dorp/wijk: kodelijst .

   4. ☐☐

   ☐☐

5. Leeftijd van kliënt(systeem): (aanvullen bij afsluiting) kodelijst A2 .....

   5. ☐☐

   .....

   ☐☐

   .....

   ☐☐

   .....

   ☐☐

6. Primaire leefsituatie van kliënt(systeem): kodelijst A3

   6. ☐

7. Bron van inkomen waar het kliënt(systeem) voornamelijk op is aangewezen om in zijn levensonderhoud te voorzien: kodelijst A4

   7. ☐☐

AFSLUITING:

8. Datum afsluiting: .. - .. - 19 ..

9. Duur hulpverlening:
   1. binnen één maand
   2. 1 - 3 maanden
   3. 3 - 6 maanden
   4. 6 - 12 maanden
   5. één jaar of meer

   9. ☐

FRIESLAND (2)

ERAADSGROEP ALGEMEEN MAATSCHAPPELIJK WERK FRIESLAND

).a.m.w. registratieformulier B

CIJFER-KODE INVULLEN

LIËNTKARAKTERISTIEK:

. Levensbeschouwing kliënt(systeem): kodelijst B1 — B1

ROBLEEMKARAKTERISTIEK:

. Problematiek waaraan hoofdzakelijk is gewerkt — kodelijst B2 — B2 1 / 2

. M.W.'er heeft voornamelijk gewerkt d.m.v.: kodelijst B3 — B3

. M.W.'er heeft tijdens de hulpverlening samengewerkt: a) in de vorm van: — B4 (a / b / b)

1. overleg
2. konsultatie
3. ko-therapie

b) met hulpverlener/instantie: kodelijst A1 (maksimaal 2)

SLUITING:

Reden van beëindiging van het kontakt: — B5

1. hulpverlening is afgerond
2. verwijzing op basis van intake en kodelijst A1 gebruiken
3. verwijzing nadat een deel van de hulpvraag is voldaan en kodelijst A1 gebruiken
4. voortijdige beëindiging

Aantal kontakten:

Met kliënt		19..	19..	totaal	Over kliënt		19..	19..	totaal
buro					persoonlijk				
huisbezoek					telefonisch				
telefonisch					schriftelijk				
schriftelijk									

A1: INSTELLINGEN EN INSTANTIES

FRIESLAND (3)

Maatschappelijke Dienstverlening

01. AMW (niet eigen instelling)
02. Bedrijfsmaatschappelijk werk
03. Schoolmaatschappelijk werk
04. Medisch-maatschappelijk werk
05. Raad voor de Kinderbescherming
06. Stichting Jeugd en Gezin
07. Reclassering (A.R.V. en Leger des Heils)
08. Consultatieburo voor Alcohol en Drugs
09. Maatsch. Werk Geestelijk Gehandicapten
10. FIOM
11. Blijf-van-mijn-lijf-huis
12. Telefonische Hulpverlening
13. Informatie en adviesburo's
14. Gemeentelijke Sociale Dienst
15. Jongerenadviesburo (J.A.B.)
16. (Semi)-res. voorz. voor de jeugdhulpverl.
17. Overige (semi)-residentiële voorzieningen
18. Gezinsverzorging/bejaardenzorg
19. Voorzieningen lich./zintuiglijk gehand.
20. Overige maatschappelijke dienstverlening

Geestelijke Gezondheidszorg

21. Centrum voor Persoon en Gezin
22. S.P.D.
23. J.P.D.
24. S.G.D.
25. I.M.P.
26. Buro Vertrouwensarts
27. Intra-murale g.g.z.
28. Vrij gevestigde

Gezondheidszorg

29. Huisarts
30. Wijkverpleging
31. Overige 1e lijns gezondheidszorg
32. Intra-murale gezondheidszorg
33. Gezondheidscentra
34. Overige gezondheidszorg

Sociaal-kultureel werk

35. Opbouwwerk
36. Klub- en buurthuiswerk
37. Overig sociaal-kultureel werk

Justitie

38. Buro Rechtshulp
39. Advokatuur/rechterlijke macht
40. Politie
41. Justitiëel Klachtenburo

Arbeid

42. Bedrijf, werkgever
43. Vakbonden
44. Raad van Arbeid
45. Gewestelijk Arbeidsburo (G.A.B.)
46. W.S.W.
47. Bedrijfsvereniging (GAK)
48. G.M.D.

Andere organisaties/personen

49. Huisvestingsorganisaties
50. Schooladvies- en begeleidingsdienst
51. Onderwijsinstellingen
52. Volkskredietbank
53. Vrijwilligersorganisatie
54. Kerkelijke ambtsdragers
55. Predikanten/pastores
56. Diakonie
57. Overige

A 2: LEEFTIJD

01. 0 - 9 jaar	05. 25 - 29 jaar	09. 45 - 49 jaar	13. 65 - 69 jaar
02. 10 - 14 jaar	06. 30 - 34 jaar	10. 50 - 54 jaar	14. 70 - 74 jaar
03. 15 - 19 jaar	07. 35 - 39 jaar	11. 55 - 59 jaar	15. 75 - 79 jaar
04. 20 - 24 jaar	08. 40 - 44 jaar	12. 60 - 64 jaar	16. 80 jaar en>

A 3: PRIMAIRE LEEFSITUATIE

1. Gezin met thuisw. kinderen
2. Gezin zonder thuisw. kinderen
3. Gezin zonder kinderen
4. één-ouder gezin (vader of moeder met thuisw. kinderen)
5. Meer-generatie-familie
6. Ander Familieverband
7. Ander samenlevingsverband
8. Alleenstaande
9. Onbekend

A 4: INKOMEN

01. Loondienst	07. W.A.O.	13. A.O.W.
02. Eigen bedrijf	08. A.A.W.	14. Alimentatie
03. Vrij beroep	09. A.B.W.	15. Studiebeurs
04. W.W.	10. Wachtgeld	16. Overige
05. W.W.V.	11. Wed./wezenpensioen	17. Zonder inkomen
06. R.W.W.	12. Ouderdomspensioen	18. Onbekend

KODELIJST REGISTRATIEFORMULIER B

B1 Levensbeschouwing

01. R.K.
02. N.H.
03. Chr. Gereformeerd
04. Geref. synodaal
05. Geref. vrijgemaakt
06. Overige geref. gezindten
07. Baptist
08. Vrij evangelisch
09. Doopsgezind
10. Jehova-getuigen
11. Overige chr. groepen
12. Hindoe
13. Moslim
14. Overige godsdiensten
15. Humanistisch
16. Geen
17. Onbekend

B2 Probleemkarakteristiek

01. Inkomen
02. Besteding
03. Huisvesting
04. Vorming/opleiding
05. Arbeid
06. Gezondheid
07. Echtscheiding
08. Relatie tot partner
09. Relatie ouder-kind
10. Relatie tot anderen
11. Seksualiteit
12. Maatschappelijke organisaties
13. Multi-probleemgezin
14. Verwerking
15. Eenzaamheid
16. Identiteit
17. Verslaving
18. Psychische problemen
19. Kultuurverschil

B3 Maatschappelijk werker heeft gewerkt door middel van:

01. Beschikbaar zijn
02. Informatie/advies
03. Konkrete dienst
04. Bemiddeling
05. Onderzoek
06. Groepswerk
07. Begeleiding individu
08. Begeleiding gezin
09. Begeleiding (echt)paar
10. Begeleiding netwerk

LIMBURG (1)

KLIENTEN-REGISTRATIE
ALGEMEEN MAATSCHAPPELIJK WERK
LIMBURG

Registratienummer

1 – 5	6	8 – 10	11 – 13
kliëntnr. I.	inst.nr. II.	werksoort/ oriëntatie	m.w.-nr. III.

NAAM KLIENT: .....

ADRES: .....

POSTKODE: ..... **TEL.NR.:** .....

IV. **GEMEENTE:** (kolom 22-23) .....

V. **WIJK:** (kolom 24-25) .....

+ A Datum eerste kontakt met kliënt: **VI.** ----- ----- -----

VII. Plaats: (kolom 32-33) .....

VIII. Wijze: (kolom 34) .....

+ A **Hoeveel personen van het kliëntsysteem waren bij het eerste kontakt aanwezig?** (kolom 35) **IX.**

+ A **Hoe is/zijn de pers(o)n(en) waarmee het eerste kontakt was gekomen?** (kolom 36-38) **X.**

1. Eigen initiatief 0 99
2. Verwezen door .....
3. Verwezen door (deelnemer gestruktureerd overleg) .....
4. Initiatief maatschappelijk werker 0 99

Had(den) hij/zij in de afgelopen 2 jaar kontakt met het AMW? (kolom 39) **XI.**

1. Ja- i.v.m. huidige problematiek 0
2. i.v.m. andere problematiek 0
3. Neen 0
9. Onbekend 0

Had de perso(o)n(en) waarmee het eerste kontakt was met andere hulpverleners/instanties in de afgelopen 2 jaar kontakt i.v.m. huidige problematiek? (kolom 40-42) **XII.**

1. Ja, met .....
2. Neen 0 99
3. Onbekend 0 99

+ A **Aanmeldingsproblematiek** **XIII.**

1e (kolom 43-44) .....

2e (kolom 45-46) .....

3e (kolom 47-48) .....

PERSONEN KLIENTSYSTEEM XIV.	1	2	3
XV. BURGERLIJKE STAAT (kolom 49, 62, 75)			
1. Ongehuwde vrouw	0	0	0
2. Ongehuwde man	0	0	0
3. Gehuwde vrouw	0	0	0
4. Gehuwde man	0	0	0
5. Weduwe	0	0	0
6. Weduwnaar	0	0	0
7. Gescheiden vrouw	0	0	0
8. Gescheiden man	0	0	0
XVI. LEEFTIJD (kolom 50-51, 63-64, 76-77)			
VOORNAAMSTE BRON VAN INKOMSTEN (kolom 52-53, 65-66, 78-79) **XVII.**			
01. Loondienst	0	0	0
02. Eigen bedrijf	0	0	0
03. Vrij beroep	0	0	0
04. W.W.	0	0	0
05. W.W.V.	0	0	0
06. R.W.W.	0	0	0
07. W.A.O. - A.A.W.	0	0	0
08. A.B.W.	0	0	0
09. Z.W.	0	0	0
10. W.S.W.	0	0	0
11. Wachtgeld	0	0	0
12. Weduwen/wezenpensioen A.W.W.	0	0	0
13. Ouderdomspensioen/A.O.W.	0	0	0
14. Alimentatie	0	0	0
15. Studiebeurs	0	0	0
16. Onderhoud door ouders/verzorgers of dergelijke	0	0	0
17. Zonder inkomen/n.v.t.	0	0	0
18. Zonder eigen inkomen	0	0	0
19. Inkomen uit vermogen	0	0	0
20. Onbekend	0	0	0
21. Overige			

PERSONEN KLIENTSYSTEEM XIV.	1	2	3
PRIMAIRE LEEFSITUATIE (kolom 54-55, 67-68, 80-81) **XVIII.**			
01. Gehuwd/ongehuwd paar zonder kinderen	0	0	0
02. Gehuwd/ongehuwd paar met thuiswonende kinderen	0	0	0
03. Gehuwd/ongehuwd paar met uithuiswonende kinderen	0	0	0
04. Gescheidenen/verweduwden zonder kinderen	0	0	0
05. Eén-ouder gezin met thuiswonende kinderen	0	0	0
06. Eén-ouder gezin met uithuiswonende kinderen	0	0	0
07. Alleenstaanden, niet gehuwd geweest	0	0	0
08. Thuiswonende minderjarigen	0	0	0
09. Meer-generatie familie	0	0	0
10. Ander familie-verband	0	0	0
11. Ander samenlevingsverband	0	0	0
12. Anders	0	0	0
13. Onbekend	0	0	0
NATIONALITEIT (kolom 56-57, 69-70, 82-83) **XIX.**			
01. Nederlander	0	0	0
1.			
2.			
3.			
BEROEP (kolom 58-59, 71-72, 84-85) **XX.**			
1.			
2.			
3.			
BEDRIJF (kolom 60-61, 73-74, 86-87) **XXI.**			
1.			
2.			
3.			

XXII.

NDELINGS-LEEM XXIII.	Hulpverlener heeft tijdens de hulpverlening gewerkt met andere hulpverleners			WIJZE VAN HULP-VERLENING XXVII.	VERWEZEN XXVIII.
	OVERLEG XXIV.	SAMENWERKING XXV.	KONSULTATIE XXVI.		
----------	1. ----------	1. ----------	1. ----------	1. ----------	1. ----------
	2. ----------	2. ----------			
----------	1. ----------	1. ----------	1. ----------	1. ----------	1. ----------
	2. ----------	2. ----------			
----------	1. ----------	1. ----------	1. ----------	1. ----------	1. ----------
	2. ----------	2. ----------			
----------	1. ----------	1. ----------	1. ----------	1. ----------	1. ----------
	2. ----------	2. ----------			
104-105, , 136-137	Kolom 90-93, 106-109, 122-125, 138-141	Kolom 94-97, 110-113, 126-129, 142-145	Kolom 98-99, 114-115, 130-131, 146-147	Kolom 100-101, 116-117 132-133, 148-149	Kolom 102-103, 118-119, 134-135, 150-151

AFSLUITING

I + A **Met hoeveel personen van het kliëntsysteem is over het gehele hulpverleningsproces gewerkt?** (kolom 152) **XXIX.**

I + A **Relatie klientsysteem** (kolom 153) **XXX.**

1. Echtpaar	0
2. Moeder, vader en kinderen	0
3. Kinderen	0
4. Moeder en kinderen	0
5. Vader en kinderen	0
6. Verloofd stel, vrienden, kennissen	0
7. Ongehuwd samenwonen	0
8. Individuele kliënt	0
9. Onbekend	0

I + A **Datum laatste kontakt met kliëntsysteem** ----- ----- ----- **Nog in behandeling** 0
(kolom 154-159) **XXXI.**

I + A **Wijze van beëindiging** (kolom 160-162) **XXXII.**

1. Aan vraag van kliëntsysteem is voldaan	199	0
2. Na overleg met kliëntsysteem geen behoefte meer aan hulp	299	0
3. Overgedragen aan:.....	3	
4. Eenzijdig verbroken door kliënt	499	0
5. Eenzijdig verbroken door instelling	599	0
6. Overleden	699	0
7. Verhuisd	799	0
8. Onbekend	899	0
9. Niet afgesloten	999	0

TOTAAL AANTAL KONTAKTEN KLIENTSYSTEEM XXXIII.

I + A **In dit verslagjaar**

	bureau	huisb.	tel./sch.	groep
met kliënt (kolom 163-170)				
over kliënt (kolom 171-176)				

I + A **Over het gehele hulpverleningsproces**

	bureau	huisb.	tel./sch.	groep
met kliënt (kolom 177-184)				
over kliënt (kolom 185-190)				

OPMERKINGEN

.....

.....

.....

.....

.....

S80/65/D/w

PSC 1982/83

AMSTERDAM
PSC (1)

INSTELLINGSDEEL :

INTAKE :

Nummer kliënt: _____

Wijk/buurt/projekt: _____

Behandelend mw-er: _____

Datum intakegesprek: _____

1. Nationaliteit/Land van Herkomst:
_____

2. Godsdienst: _____

Heeft dit bij de keuze van PSC meegespeeld?
ja ☐
nee ☐

. Wijze van Aanmelding:
kliënt heeft zichzelf aangemeld ☐
verwijzer heeft kl. aangemeld ☐
eigen initiatief van de mw-er ☐

. Aanmelding:
telefonisch ☐
schriftelijk ☐
persoonlijk op spr.uur ☐
persoonlijk buiten spr.uur ☐

. Als de kliënt voor een soortgelijk probleem eerder kontakt gehad heeft, is dat geweest met:
PSC ☐
ander mw ☐
andere discipline ☐

AFSLUITING/STAND per 31 Dec. :

6. Probleemsoort :
konkrete situatie

Gew.aan

1 Financiën: inkomen ☐
uitgaven/besteding ☐
soc.verzekr of voorziening ☐
2 Huisvesting: kraken ☐
zoeken van woonruimte ☐
achterstallig onderhoud ☐
huurkwestie ☐
opname/plaatsing tehuis ☐
overig probl.met woonsit. ☐
3 Vorming/opleiding ☐
4 Vrije tijdsbest/buurtaktiv. ☐
5 Arbeid:ontslag/arbeidsrechtel. ☐
werkloosheid/zoeken van werk ☐
ander probleem ☐
6 Verzorging/huishoudelijke hulp ☐
7 Ziekte/handicap ☐
8 Verslaving: a=alcohol d=drugs m=medicijnen a/d/m ☐
9 Seksualiteit ☐
10 Relatie tot: partner ☐
kinderen resp. ouders ☐
huisgenoten (niet-gezin) ☐
broers/zusters/familie ☐
vrienden/kennissen ☐
school ☐
buren/buurt ☐
kollega's ☐
11 Relatie tot maatsch.organisatie * ☐
12 Relatie tot zichzelf/psychisch ☐
13 Ontbreken van relaties ☐
14 Scheiding/verlating ☐
15 Rouw ☐
16 Discriminatie ☐
17 Kulturele verschillen ☐
18 Overige problemen ☐

* te weten: _____

AMSTERDAM
PSC (2)

7. Hulpverlener heeft gewerkt d.m.v.:

1 informatie
2 advies
3 konkrete voorz./dienst
4 bemiddeling
5 pleitbezorging/soc.aktie
6 ingrijpen in akute sit.
7 beschikbaarheidsfunktie
8 konsultatie
9 begeleiding/behandeling:
  individuele benadering
  (echt-)paarbenadering
  gezinsbenadering
  netwerkbenadering
  groepswerk

9. Wijze van beëindiging kontakt:

1 aan vraag is voldaan:
  door hulp van het mw
  door externe faktoren
2 aan vraag ten dele voldaan:
  kl.wil niet verder gaan
  kl.is verwezen*: kont.t.stand
  kont. niet t.stand
3 aan vraag is niet voldaan:
  vraag en aanbod niet op elkaar af te stemmen
  onvoldoende relatie aanw. tussen kl. en mw-er
4 kl. is: weggebleven
  verhuisd
  overleden

Hulpverlener heeft samenbehandeld met en/of samengewerkt/overlegd met en/of professioneel advies gevraagd aan:	samenbehand.	samenwerking/ overleg	prof.advies	verwezen naar*
Maatsch.Dienstverlening:				
mw binnen PSC				
amw buiten de instelling				
gespec. mw				
gez/bej.verz. PSC				
gez/bej.verz.buiten de inst.				
soc.raadsman/MAI/THD				
GSD				
GAK/GHD				
overige *				
Gezondheidszorg:				
geestelijke gezondheidszorg				
psycholoog/psychiater				
huisarts				
wijkverpleging				
intramurale gezondheidszorg				
overige *				
Soc.-kultureel/Opbouwwerk:				
~~klub- en buurthuiswerk~~				
opbouwwerk				
Andere groepen/organisaties:				
rechtswinkel/jurist				
kerkelijk ambtsdrager				
vrijwilliger(s/groep)				
bedrijf				
overige instanties*				

* ad 9.2

10. Konklusies Afsluitingsgesprek:

	behandeling	situat
kl: tevreden over		
ged.tevr.over		
ontevr. over*1		
mw: tevreden over		
ged.tevr.over		
ontevr. over*2		

*1 Reden: _____

*2 Reden: _____

weten: _____

AMSTERDAM
PSC (3)

EIGEN DEEL MW-ER:

Naam kliënt: _____

Nummer kliënt: _____

Adres: _____

Telefoon: _____

=Met wie is het eerste kontakt geweest?

Naam: _____

Adres: _____

Telefoon: _____

Datum van Aanmelding: _____

Intake-maatschappelijk werker:

=Gevraagde hulpverlening:

informatie	
advies	
konkrete dienst/voorz.	
bemiddeling	
pleitbezorging/soc.aktie	
ingrijpen in akute sit.	
beschikbaarheidsfunktie	
begeleiding/behandeling	
niet aan te geven	

Opmerking: _____

=Inhoud van het probleem:

=Kliëntkarakteristiek:

Samenstelling leefsituatie	Geb. datum	Beroep/Opleiding/ dagel.bezigheid	Bron van inkomsten	Diversen

Overige genoemde personen of instanties:

Datum vanAAfsluiting:

=Speelde de maatschappelijke struktuur of het niet goed funktioneren van een instantie een rol bij de problematiek?

Opmerkingen:

AMSTERDAM
PSC (4)

CRM-DEEL :

INTAKE :

1. Hoe is de kliënt gekomen?

1 eigen initiatief
Hoe bekend met de instelling ? *
2 via Maatsch.Dienstverlening *
3 via Gezondheidszorg *
4 via Soc.-kultureel/Opbouwwerk *
5 via vrijwilligers
6 via overige *

* Te weten: _____

AFSLUITING/STAND per 31 Dec. :

2. Leeftijd(en) kliënt(en) :

t.e.m. 20
21-34
35-49
50-64
65-74
75 en ouder

3. Wie was de kliënt?

1 alleenstaande man
2 alleenstaande vrouw
3 (echt-)paar met hun kind(eren)
4 (echt-)paar
5 man uit paar/gezin
6 vrouw uit paar/gezin
7 man met kind(eren)
8 vrouw met kind(eren)
9 thuiswonende zoon
10 thuiswonende dochter
11 overige kombinatie met mensen

4. Hulpverlener heeft overwegend gewerkt d.m.v. (één invullen):

1 informatie, advies en bemiddeling
2 methodische hulpverlening
3 overige hulpverlening

5. Hulpeenheid bestond uit ____ kliënten.

6. Duur van de behandeling:

1 mnd
1- 3 mnd
3- 6 mnd
6- 12mnd
1- 2 jaar
2 jaar

7. Aantal kontakten over verslagjaar:

	met kl.	over kl.
buro/projekt:		
huisbezoek :		
elders :		
telef./schr.:		
groepsgewijs:		

ROTTERDAM HUMANITAS (1)

Kode nr. kliënt: **Kode nr. m.w.:**

---

1) datum aanmelding:
2) aanmelder/s is/zijn:

3) kliënt/systeem komt
   a) op eigen initiatief:
   b) verwezen door:
   c) op Humanitas gewezen door:
4) eerder kontakt met Humanitas i.v.m.:

5) kliënt/systeem
   bestaat uit:
   leeftijd(en):
   straat:
   leefsituatie:
   levensbeschouwing:
   opleidingsnivo:
   werk/funktie:
   bron van inkomsten:

6) problematiek bij aanmelding
   a) persoonlijke faktoren:

   b) maatschappelijke faktoren:

7) problematiek zoals deze tijdens begeleiding naar voren kwam
   a) persoonlijke faktoren:

   b) maatschappelijke faktoren:

8) hulpverlening Wat heb je gedaan
   a) persoonsgericht:

   b) struktureel gericht:

   c) wat had je bij 8a/b meer willen doen, maar dit kon niet omdat:

9) wie heb je bij de hulpverlening betrokken
   a) personen/instanties:

   b) waartoe:

   c) indien mislukt, waardoor:

10) datum afsluiting:
   a) feitelijk: b) formeel:
11) opmerkingen:

DEN HAAG (1)
REGISTRATIENUMMER

KLIËNTEN — REGISTRATIE
ALGEMEEN MAATSCHAPPELIJK WERK

INTAKE

inst. nr. ☐☐

kliënt nr. ☐☐☐☐

nat. ☐

team/regio ☐

m.w. nr. ☐☐

klieënt nr. v.h. buro _____

1. Datum intake-gesprek _____

	samenstelling leefsituatie	leeftijd	dagel. bezigh.	C.S.	OPMERKINGEN (m.b.t. beroep bron van inkomsten etc.)
HUISGENOTEN					
NIET HUISGENOTEN					

Primaire leefsituatie:

1. alleenstaande ☐
2. gezin met thuiswonende kinderen ☐
3. gezin zonder (thuiswonende) kinderen ☐
4. één ouder gezin ☐
5. overige samenlevingseenheid ☐
6. onbekend ☐

in tehuis wonend

te weten: _____

3. Hoe is de kliënt gekomen:
   1. op eigen initiatief ☐
   2. attent gemaakt door

      _____ ☐

      (funktie of instantie)
   3. reeds aangemeld ☐
   4. op initiatief van m.w.er ☐

4. Welke kommunikatietaal:
(al of niet met tolk)

1. Nederlands ☐
2. Surinaams Hindi ☐
3. Surinaams Sranan tongo ☐
4. Papiamentu ☐
5. Turks ☐
6. Arabisch ☐
7. Frans ☐
8. Engels ☐
9. overig ☐

5. DE HULPVERLENING, welke de kliënt vraagt:

1. informatie/advies ☐
2. konkrete voorziening/dienst ☐
3. bemiddeling ☐
4. pleitbezorging ☐
5. ingrijpen in akute situatie ☐
6. begeleiding ☐
7. niet aan te geven ☐

6. Heeft de kliënt of het kliëntensysteem over de huidige problematiek kontakt gehad met andere hulpverleners:

1. onbekend ☐
2. neen ☐
3. ja, te weten: ☐

naam instantie/funktie:

_____
_____
_____
_____

7. Had kliënt of het kliëntensysteem vroeger — in de afgelopen twee jaren — kontakt met maatsch. werk:

1. onbekend/niet aan de orde geweest ☐
2. neen ☐
3. ja ☐
   3.1 met deze instelling
      1. voor soortgelijk probleem ☐
      3. niet voor soortgelijk probleem ☐
      3. onbekend ☐
   3.2 met maatsch. werk van andere instelling
      1. voor soortgelijk probleem ☐
      2. niet voor soortgelijk probleem ☐
      3. onbekend ☐

---

akultatief

	(datum)	
ıtake afgesloten	_____	Situatie en planning:
ıssentijdse evaluatie	_____	Situatie en planning:
ıssentijdse evaluatie	_____	Situatie en planning:
egin v.d. afsluiting	_____	Situatie en planning:
terne overdracht	_____	reden:

3. PROBLEMEN

Konkrete situatie	volgens A	C	MW	G
1. inkomen				
2. huisvesting				
3. vorming/opleiding/tijds-besteding				
4. arbeid				
5. spec. situatie etnische minderheden				
6. gezondheid				
7. sexualiteit				
8. relaties tot				
1. partner				
2. kinderen, resp. ouders				
3. huisgenoten (niet gezin)				
4. broers/zusters/familie				
5. vrienden/kennissen				
6. school/kollegae				
7. verwerking rouw/ afscheid/ziekte				
8. buren/buurt				
9. maatsch. organisaties				
rel. tot zichzelf				

SPEC. SITUATIE ETNISCHE MINDERHEDEN

1 verblijfsvergunning

2 naturalisatie

3 gezinshereniging

4 remigratie

5 overige

PROBLEEMSPECIFIKATIES

1. INKOMEN

1.1 afbetaling schulden

1.2 afbetaling hypotheekschulden

1.3 chronisch gebrek aan financiën

1.4 behoefte aan financiën t.b.v. speciale voorzieningen

1.5 gebrek aan inzicht in de inkomensbesteding

1.6 akute fin/mat moeilijkheden

1.7 verplichtingen aan familie (etnische minderheden)

1.8 overige financiële problemen

2. HUISVESTING

2.1 kliënt heeft geen woonruimte

kliënt heeft wel woonruimte, maar

2.2 woonlasten zijn te hoog

2.3 woonruimte is te klein

2.4 problemen met buren/buurt

2.5 huis is niet (meer) geschikt i.v.m. gezondheid/ouderdom

2.6 huis is slecht onderhouden

2.7 problemen i.v.m. kraken

2.8 problemen i.v.m. renovatie enz.

2.9 er dreigt uithuiszetting

4. ARBEID

kliënt heeft geen werk i.v.m.

4.1 kan geen full-time werk vinden

4.2 kan geen part-time werk vinden

4.3 gezondheid

kliënt heeft wel werk, maar er zijn problemen i.v.m.

4.4 werk past niet bij kliënt

4.5 inkrimping van bedrijf

4.6 overplaatsing van bedrijf

4.7 opheffing van bedrijf

4.8 dreigend ontslag anders dan bij 4.5, 4.6 of 4.7

4.9 overige

E PROBLEMATIEK HOUDT VERBAND MET DE STADSVERNIEUWING ja/nee

b.t. etnische minderheden ja/nee

VEEDE GENERATIEPROBLEMATIEK

AFSLUITING

9. Hulpverlener heeft gewerkt d.m.v.
   1. informatie/advies ☐
   2. konkrete dienst ☐
   3. bemiddeling ☐
   4. pleitbezorging/soc. actie ☐
   5. ingrijpen in akute situatie ☐
   6. begeleiding in de zin van:
      - indiv. benadering ☐
      - echtpaar benadering ☐
      - gezinsbenadering ☐
      - netwerkbenadering ☐
      - groepswerk ☐
   7. beschikbaarheidsfunktie ☐

10. Hulpverlener heeft in co-therapie gewerkt met en/of prof. konsulten gevraagd aan:

co-therapie		consulten
☐	1. kollega maatsch. werker(s)	☐
☐	2. supervisor	☐
☐	3. werkbegeleider	☐
☐	4. arts	☐
☐	5. psycholoog/psychiater	☐
☐	6. wijkverpleegster	☐
☐	7. pastor	☐
☐	8. jurist	☐
☐	9. _____	☐

11. Hulpverlener heeft samengewerkt en/of overleg gepleegd met:

samenwerking		overleg
☐	1. _____	
☐	2. _____	
	3. _____	☐

12. Waren er strukturele faktoren, die een oplossing tijdelijk of blijvend belemmerd hebben. Zo ja, welke

_____

_____

_____

13. Wijze van beëindiging van kontakt:
   1. kliënt en m.w.er zijn beiden van mening, dat de hulpverlening kan worden afgesloten:
      - 1.1 aan de vraag is voldaan ☐
      - 1.2 er wordt doorverwezen, nadat aan een deel van de vraag is voldaan nl. naar . . . ☐
      - 1.3 op basis van de intake wordt direct doorverwezen nl. naar . . . . ☐
      - 1.4 de kliënt kan zelf verder ☐
   2. De kliënt beëindigt de hulpverlening:
      - 2.1 het aanbod komt niet overeen met de vraag ☐
      - 2.2 hij ervaart een onvoldoende relatie ☐
      - 2.3 hij is om andere reden niet bereid verder te gaan ☐
      - 2.4 zonder reden op te geven (stilzwijgend weggebleven; overleden e.d.) ☐
   3. De m.w.er beëindigt de hulpverlening:
      - 3.1 de vraag komt niet (meer) overeen met het aanbod ☐
      - 3.2 hij ervaart een onvoldoende relatie ☐
      - 3.3 hij om andere reden niet bereid verder te gaan ☐

Datum afsluiting _____

Aantal kontakten

net	19 ...	19 ...	19 ...	19 ...
uro	☐	☐	☐	☐
uisbez.	☐	☐	☐	☐
el/schr.	☐	☐	☐	☐
lders	☐	☐	☐	☐

over	19 ...	19 ...	19 ...	19 ...
pers.	☐	☐	☐	☐
tel/schr.	☐	☐	☐	☐

net	19 ...	19 ...	19 ...	Tot.
uro	☐	☐	☐	☐
uisbez.	☐	☐	☐	☐
el/schr.	☐	☐	☐	☐
lders	☐	☐	☐	☐

over	19 ...	19 ...	19 ...	Tot.
pers.	☐	☐	☐	☐
tel/schr.	☐	☐	☐	☐