

Algemeen Maatschappelijk Werk en eerstelijns gezondheidszorg

Functioneert het AMW anders bij samenwerking?

T.J.J.M.T. Kersten*

Summary

In the Netherlands social workers might be doing their job in close cooperation with general practitioners and community nurses, but a number of them do not participate in this kind of teamwork. The main question to be answered in this study is: do these two types of social workers differ from each other in their functioning? The study was based on data of a quarter of all social workers in the Netherlands. The analysis of these data revealed differences between the groups mentioned above. Cooperating social workers have less clients with an income from benefit. They are less confronted with housing problems, but they are dealing more frequently with psychological and relational problems. Consequently they are using more frequently therapy-like methods. Although these differences are statistically significant, they are not very large. Further statistical analysis reveals that the mentioned differences are more substantial for the group of most intensively cooperating social workers, most frequently working at health-centres. Looking at the total groups of cooperating and non cooperating social workers we have concluded that no evidence has been found that two totally different types of social work exist in the Netherlands.

1. Inleiding

De huisartsen, de wijkverpleging en de gezinsver-

* Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijns gezondheidszorg te Utrecht. Het onderzoek waarvan in dit artikel verslag wordt gedaan, is gesubsidieerd door de Stafafdeling Beleidsvoorbereiding Maatschappelijke Ontwikkeling van het Ministerie van WVC. Eerste concept ontvangen op 8 april 1986; geaccepteerd voor publicatie op 18 juni 1986.

zorging en het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) zijn de vier kerndisciplines in de Nederlandse eerstelijnszorg. Een buitenstaander zou op grond van deze constatering kunnen veronderstellen, dat samenwerking tussen het AMW en de gezondheidszorg in de eerste lijn voor het algemeen maatschappelijk werk een tamelijk onomstreden zaak is. In de praktijk blijkt dit echter niet het geval te zijn. In het AMW bestaan twee visies op samenwerking met de gezondheidszorg, of liever gezegd op samenwerking met de huisarts die als belangrijkste representant van de eerstelijns gezondheidszorg geldt. In beide visies staat in feite voorop dat mensen met psychische, sociale of maatschappelijke problemen niet volgens een medisch model geholpen moeten worden. In de ene visie denkt men dit te bereiken door in samenwerking met de huisarts te komen tot een geïntegreerde aanpak van de problemen. In de andere visie daarentegen vreest men dat samenwerking met de huisarts leidt tot medicalisering: een overheersing van de medische sector op de maatschappelijke dienstverlening (NIMAWO/NRMW, 1984). De standpunten van voor- en tegenstanders van samenwerking zien we terug in de gevolgen die zij van samenwerking met de huisarts verwachten voor hun concrete functioneren. We zullen deze door beide partijen verwachte gevolgen hieronder kort bespreken. Tevens zullen we aangeven, of de veronderstelde consequenties voor het functioneren in onderzoek bevestigd zijn. Daarbij willen we aantekenen, dat in verband met deze kwestie nog niet veel onderzoek is verricht.

Voorstanders zeggen dat samenwerking drempelverlagend werkt voor het AMW (Biewenga e.a., 1978). De spreekkamer van de huisarts is nu eenmaal de plek waar veel problemen aan de oppervlakte komen en hulp zoeken bij de huisarts zou bovendien makkelijker zijn dan de gang naar de

maatschappelijk werker. Door de samenwerking met de maatschappelijk werker krijgt de huisarts meer aandacht voor psychosociale aspecten van klachten. Hij kent de mogelijkheden van het AMW, zodat de kans kleiner is dat zijn patiënten in het medisch circuit belanden. Voor de patiënt betekent de samenwerking, dat hij de relatief onbekende weg naar de maatschappelijk werker leert kennen via de huisarts. De verwachting is dan, dat hij in de toekomst bij problemen zélf makkelijker contact opneemt met het AMW. Als voordeel ziet men ook dat vanwege de 'verwijzing' door de huisarts, mensen in een eerder stadium met hun problemen bij het AMW komen (Crebolder, 1976; Biewenga e.a., 1978; Joint, 1982), zodat minder contacten nodig zijn om de cliënt te helpen bij zijn problemen (Crebolder, 1976). Samenwerkende maatschappelijk werkers zouden als gevolg hiervan op jaarbasis meer cliënten hebben (Crebolder, 1976; Biewenga e.a., 1978; Joint, 1982).

Tegenstanders van samenwerking veronderstellen, dat door de samenwerking vooral mensen met materiële problemen, die vaak met informatie en advies geholpen kunnen worden, minder snel uit eigen beweging naar de maatschappelijk werker zullen gaan (Joint, 1982). In deze opvatting krijgen door samenwerking de langdurige zaken waar psychosociale problemen een rol spelen, de overhand in het AMW (Joint, 1982). Voor deze cliënten is langere tijd nodig, zodat de maatschappelijk werker in één jaar tijd minder cliënten kan helpen. Steeds meer mensen zouden via de huisarts bij het AMW komen (Crebolder, 1976) en steeds minder cliënten vinden hun eigen weg. In de samenwerkingsrelaties gaat de maatschappelijk werker zich vooral op de huisarts richten en andere contacten gaat hij verwaarlozen. Veel tijd gaat op aan de samenwerking met de huisarts, wat ten koste gaat van de hulpverlening aan cliënten. Bovendien zou men niet meer alle mensen uit een bepaalde buurt bereiken. Vooral de beter gesitueerde cliënten met psychische en relatieproblemen, die via de huisarts bij het AMW komen, blijven over.

We hebben niet de pretentie hier de discussie tussen voor- en tegenstanders van samenwerking uitputtend te hebben beschreven. Het bovenstaande schetst echter wel de achtergronden van de vraagstelling die we in de huidige studie belichten.

2. Vraagstelling

De algemene vraagstelling luidt: Functioneren (algemeen) maatschappelijk werkers die participeren in structurele samenwerkingsverbanden met de huisarts en/of wijkverpleegkundige anders dan hun collega's die geen vaste afspraken over samenwerking met hulpverleners van deze disciplines hebben? Vervolgens vragen we ons af, of er verschillen in functioneren bestaan tussen maatschappelijk werkers in diverse samenwerkingsvormen onderling, afhankelijk van de intensiteit waarmee wordt samengewerkt met de eerstelijns gezondheidszorg. In concreto willen we met betrekking tot de verschillende samenwerkings situaties ingaan op een aantal hierna te noemen punten uit de boven aangehaalde discussie tussen voor- en tegenstanders van samenwerking tussen het algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijns gezondheidszorg. Ten aanzien van deze punten formuleren we deelvragen. In deze vragen en ook in de rest van dit artikel zullen we maatschappelijk werkers die structureel samenwerken met de eerstelijns gezondheidszorg, kortweg aanduiden als 'samenwerkers' en hun collega's die niet in dergelijke samenwerkingsverbanden participeren, als 'niet-samenwerkers'. De deelvragen zijn:

Relaties maatschappelijk werker

- Komen bij samenwerkers minder cliënten op eigen initiatief en meer cliënten via de huisarts dan bij niet-samenwerkers?
- Overleggen samenwerkers tijdens de hulpverlening minder frequent met hulpverleners die niet deel uitmaken van de eerstelijns gezondheidszorg dan niet-samenwerkers?

Kenmerken van cliënten

- Hebben samenwerkers andere (met name beter gesitueerde) cliënten dan niet-samenwerkers?

Problematiek en hulpverleningsmethode

- Worden samenwerkers meer geconfronteerd met psychische en relationele problemen en komen bij niet-samenwerkers daarentegen financiële en huisvestingsproblemen vaker voor?
- Maken samenwerkers vaker gebruik van begeleiding als methode van hulpverlening, terwijl niet-samenwerkers vaker informatie en advies geven?

Werkbelasting

- Verschillen werkers wat betrekking heeft op jaarlijks aan een cliënt dat zij besteden aan de tijd besteed aan samenwerking groter aandelenverdeling te dan samenw

3. Methode va

In het onderzoek schappelijk we gegevens afkortatie (Kersten noteert de maatschappelijk cliënt, zijn hulp wordt in dit tiesysteem gehanteerd is dat van voor maatschappelijk cliëntenreg voor het onderzoek voor dit systeem. De king verleend a 12 instellingen gistratiegegevens te stellen; van a tenregistratiege onderzoeksd gen die gebruik Joint, waren er den die hun cli onderzoek bes gevens vormen materiaal van c gegevens van ir in waren opper Van de 179 ir schappelijk wer derzoek in Ned lijk 70 hun cli baar gesteld ve mende instelling vestigd, met uit

Werkbelasting

- Verschillen samenwerkers en niet-samenwerkers wat betreft het aantal cliënten dat zij hebben op jaarbasis, de duur van de hulpverlening aan een cliënt en het aantal contacten met de cliënt dat zij per hulpverleningszaak hebben?
- Besteden niet-samenwerkers, afgezet tegen de tijd besteed aan administratieve zaken, samenwerkingsactiviteiten en dergelijke, een groter aandeel aan hun werktijd van de hulpverlening ten behoeve van individuele cliënten dan samenwerkers?

3. Methode van onderzoek

In het onderzoek is het functioneren van maatschappelijk werkers bestudeerd aan de hand van gegevens afkomstig uit de continue cliëntenregistratie (Kersten, 1985a). Per hulpverleningszaak noteert de maatschappelijk werker op een registratieformulier een aantal kenmerken van de cliënt, zijn hulpvraag en de hulpverlening. Landelijk wordt in dit verband niet één uniform registratiesysteem gehanteerd. Het meest gebruikte systeem is dat van de Joint, de landelijke organisatie voor maatschappelijke dienstverlening. In 1983 (de cliëntenregistratiegegevens van dat jaar zijn voor het onderzoek gebruikt) hanteerden 80 instellingen voor algemeen maatschappelijk werk dit systeem. Daarvan hebben er 68 hun medewerking verleend aan het onderzoek. Van de overige 12 instellingen bleken sommige niet bereid om registratiegegevens voor het onderzoek beschikbaar te stellen; van andere instellingen waren de cliëntenregistratiegegevens niet geschikt voor de huidige onderzoeksdoeleinden. Behalve de 68 instellingen die gebruik maken van het systeem van de Joint, waren er twee instellingen uit de grote steden die hun cliëntenregistratiemateriaal voor het onderzoek beschikbaar hebben gesteld. Hun gegevens vormen een aanvulling op het registratiemateriaal van de Joint, omdat hier in 1983 geen gegevens van instellingen uit de vier grote steden in waren opgenomen.

Van de 179 instellingen voor algemeen maatschappelijk werk die er in totaal in het jaar van onderzoek in Nederland waren, hebben er uiteindelijk 70 hun cliëntenregistratiegegevens beschikbaar gesteld voor het onderzoek. Deze deelnemende instellingen zijn verspreid in Nederland gevestigd, met uitzondering van de provincies Gro-

ningen, Friesland, Noord-Holland (wél Amsterdam) en Limburg.

Omdat de maatschappelijk werkers van eenzelfde instelling verschillen in de intensiteit waarmee zij samenwerken met de eerstelijns gezondheidszorg, is de vraagstelling van het onderzoek bestudeerd op het niveau van individuele maatschappelijk werkers en niet op het niveau van instellingen voor AMW. Aan de maatschappelijk werkers van de aan het onderzoek deelnemende instellingen is door middel van een schriftelijke enquête gevraagd, of zij gestructureerde samenwerkingsrelaties onderhouden met de eerstelijns gezondheidszorg. De vragenlijst is via een tijdrovende procedure (toestemming voor het gebruik van de registratiegegevens, contactpersoon benaderen bij de instelling, overleg in het team, verzenden, telefonisch rappel, etc.) verstuurd aan alle maatschappelijk werkers van wie formulieren in het registratiemateriaal van de deelnemende instellingen voorkwamen (N = 1250). Daarbij zijn ook stagiaires en hulpverleners die om uiteenlopende redenen (ziekte, verandering van werkkring, etc.) slechts heel weinig cliënten hadden. Van de verzonden vragenlijsten is 85% geretourneerd; daarvan was om de hierboven genoemde redenen uiteindelijk ruim de helft bruikbaar voor het onderzoek. Het betreft 550 maatschappelijk werkers ($\pm 26\%$ van alle uitvoerende maatschappelijk werkers in Nederland). De cliëntenregistratiegegevens, waarin informatie is vastgelegd op het niveau van hulpverleningszaken, zijn geaggregeerd tot kenmerken van maatschappelijk werkers. Deze geaggregeerde gegevens over hulpverleningszaken zijn gecombineerd met de vragenlijstgegevens van de maatschappelijk werkers. Deze procedure leverde uiteindelijk voor 550 maatschappelijk werkers een databestand op met gegevens over hun samenwerkingsrelatie en hun functioneren. Van deze maatschappelijk werkers participeert 60% in een gestructureerd samenwerkingsverband met de huisarts en/of wijkverpleegkundige en 40% niet. Deze verdeling komt goed overeen met die in de hele populatie (Kersten, 1985b). De verschillen tussen maatschappelijk werkers die gestructureerd samenwerken met een huisarts en/of wijkverpleegkundige, en hun collega's die niet of minder intensief samenwerken, zijn geanalyseerd met behulp van Multiple Classificatie Analyse. Met deze techniek zijn de verschillen tussen wel en niet samenwerkers geanalyseerd met een correctie voor de eventueel doorkruisen-

de invloed van bepaalde kenmerken van hun werkgebied. In dit onderzoek hebben we gecorrigeerd voor de urbanisatiegraad van het werkgebied en voor de sociale achterstand, uitgedrukt in de achterstandscore voor wijken en gemeenten die ontwikkeld is door het Sociaal Cultureel Planbureau. Tevens is gecorrigeerd voor de volgende kenmerken van de maatschappelijk werker: geslacht, opleiding (wel versus geen Voortgezette Opleiding) en jaar van afstuderen aan de sociale academie.

Bij twee rubrieken van afhankelijke variabelen, te weten de variabelen die de problematiek van de cliënt weergeven en de variabelen die de methode van hulpverlening betreffen, is op twee manieren geanalyseerd. Eenmaal is via de Multiple Classification Analyse naast de bovengenoemde correcties extra gecorrigeerd voor de volgende kenmerken van de cliënten: geslacht, leeftijd, inkomen, één cliënt of een systeem van cliënten. Met de computer simuleren we dan min of meer de situatie waarin dezelfde cliënten eerst naar een niet samenwerkende maatschappelijk werker gaan om vervolgens 'ter controle' ook nog eens een samenwerkende maatschappelijk werker te bezoeken. 'Ter controle' wil zeggen om na te gaan, of hij dezelfde problemen bij deze cliënten signaleert en of hij ook dezelfde methode van hulpverlening gaat gebruiken. Het gaat dus bij deze wijze van analyseren kort gezegd om het *benoemen* van de problematiek en de methode van hulpverlening. Corrigeren we niet voor de bovengenoemde kenmerken, dan kijken we of bepaalde problemen en hulpverleningsmethoden bij samenwerkers vaker *voórkomen* dan bij niet samenwerkers.

4. Resultaten: verschillen tussen wel en niet samenwerkers

Aan de hand van tabel 1 zullen we de resultaten van het eerste deel van het onderzoek bespreken. Deze tabel maakt duidelijk, dat de belangrijkste verschillen tussen wel en niet samenwerkers op tamelijk voor de hand liggende punten gevonden worden. Bij samenwerkers komen meer cliënten op initiatief van de huisarts en zij nemen tijdens het hulpverleningsproces ook vaker contact op met de huisarts. Dit heeft echter geen sterke weerslag op andere punten. Samenwerkers hebben nauwelijks een kleiner aandeel van cliënten in hun caseload die op eigen initiatief komen en ze houden ook niet minder contact met andere hulpver-

lenende instanties. Het categoriale maatschappelijk werk vormt op dit laatste enigszins een uitzondering. Samenwerkers onderhouden daarmee wel wat minder contact. Wat betreft de kenmerken van cliënten blijkt uit de analyses dat samenwerkers wat minder uitkeringsgerechtigden onder hun cliënten hebben. Verder blijkt dat samenwerkers iets vaker relatieproblemen signaleren en dat zij wat vaker begeleiding hanteren als methode van hulpverlening. Deze beide verschillen treden nagenoeg in gelijke mate op in termen van 'benoemen' als 'voórkomen'. Er werden geen aanwijzingen voor verschillen gevonden wat betreft de aantallen cliënten per maatschappelijk werker, de duur en omvang van de hulpverlening en de hoeveelheid direct cliëntgericht werk.

Bezien we de boven vermelde onderzoeksresultaten in het licht van de discussie tussen voor- en tegenstanders van samenwerking, dan valt vooral op dat de gevonden verschillen veel minder markant zijn dan dat beide partijen veronderstellen. De geconstateerde verschillen gaan, zij het zwak, nog het meest in de richting die de tegenstanders van samenwerking veronderstellen. Dat geldt voor het punt van het initiatief tot het contact met het AMW, overleg met andere hulpverleners dan de huisarts, de problematiek, de methode van hulpverlening, en de sociaal-economische status van de cliënten.

In een latere fase van het onderzoek hebben we de gevonden resultaten, en ook de vraag waarom de verschillen niet zo groot zijn als verwacht werd, besproken met 15 uitvoerende maatschappelijk werkers in verschillende samenwerkingscondities. Uit de gehouden interviews kwam als aanvulling op wat reeds gevonden werd naar voren, dat wel en niet samenwerkende maatschappelijk werkers heel vaak in dienst zijn bij dezelfde AMW-instellingen. Samenwerkers krijgen dan hun cliënten vooral via de huisartsen met wie ze samenwerken, terwijl de niet samenwerkende maatschappelijk werkers de rest van het werkgebied van de instelling bedienen en algemene spreekuren houden voor het informatie- en advieswerk. Het is dus van belang het functioneren van wel en niet samenwerkende maatschappelijk werkers niet al te los van elkaar te zien.

Verder bleek, dat de geïnterviewde maatschappelijk werkers tot op zekere hoogte verschillen in de interpretatie die zij toekennen aan de resultaten van de analyse van de cliëntenregistratiegegevens. Sommigen zagen hun eigen ervaringen uit de praktijk bevestigd. Anderen stelden echter dat in

Tabel 1. Overzicht van de v
cante verschillen zijn de ge

RUBRIEK	onders
RELATIES MAATSCHAPPELIJK WERKER	instro contac tijden hulpve ning
KENMERKEN VAN CLIËNTEN	kenme van cliënt
PROBLEMATIEK EN HULPVER- LENINGSMETHODE	proble matiel metho
WERKBELASTING	omvan caselo: duur h verlen aantal tacten cliënt direct cliënt- gerich werk

* De verschillen tussen de perc
geerd werd voor de invloed var

** Cliënten of cliëntsystemen t

*** In 1983 afgesloten hulpverl

het onderzoek weliswaar
schillen gevonden zijn tu
werkers, maar dat same
sterk kunnen verschillen
pelijk werkers in gezor

Tabel 1. Overzicht van de verschillen* tussen niet en wel samenwerkers in gemiddelde percentages (bij niet significante verschillen zijn de gemiddelden per samenwerkingscategorie weggelaten).

RUBRIEK	onderwerp	variabele	niet	wel	totaal
			samenw. %	samenw. %	%
RELATIES MAATSCHAPPELIJK WERKER	instroom	initiatief cliënt	61	58	59
		initiatief huisarts	11	20	17
	contacten tijdens de hulpverle- ning	huisarts	13	25	21
		gemeentelijke sociale dienst	—	—	12
		categoriaal maatschappelijk werk geestelijke gezondheidszorg justitie	12	9	10
				9	
				6	
KENMERKEN VAN CLIËNTEN	kenmerken van cliënten	gemiddelde leeftijd	—	—	41 jr.
		percentage vrouwelijke cliënten	—	—	65
		percentage hulpeenheden** bestaande uit 1 cliënt	—	—	65
		percentage hulpeenheden** dat eerder contact had met AMW	—	—	28
		percentage uitkeringsgerechtigden	57	53	54
PROBLEMATIEK EN HULPVER- LENINGSMETHODE	proble- matiek	psychische problemen	—	—	22
		inkomsten/besteding	—	—	13
		huisvesting	—	—	14
		relatie tot partner	11	13	12
		relatie ouder - kind echtscheiding	—	—	10
					7
	methode	begeleiding	43	48	46
		informatie en advies	—	—	20
		bemiddeling	—	—	14
		concrete dienst	—	—	8
WERKBELASTING	omvang caseload	aantal 'lange' afgesloten contacten*** omgerekend naar 40-urige werkweek en volledig werkjaar	—	—	69
	duur hulp- verlening	langer dan 1, maar niet langer dan 6 maanden	—	—	51
		tussen 6 en 12 maanden	—	—	31
		langer dan 12 maanden	—	—	18
	aantal con- tacten met cliënt	meer dan 1, maar niet meer dan 3 contacten	—	—	33
		4 of meer contacten	—	—	67
direct cliënt- gericht werk	feitelijk percentage van de werktijd	—	—	69	
	gewenst percentage	—	—	67	

* De verschillen tussen de percentages zijn getoetst met behulp van Multiple Classificatie Analyse ($\alpha = .05$) waarbij gecorrigeerd werd voor de invloed van kenmerken van de maatschappelijk werker en zijn werkgebied.

** Cliënten of cliëntsystemen bestaande uit bijvoorbeeld een gezin, ouder met kind e.d.

*** In 1983 afgesloten hulpverleningszaken die langer dan één uur in beslag genomen hebben.

het onderzoek weliswaar geen belangrijke verschillen gevonden zijn tussen wel en niet samenwerkers, maar dat samenwerkers onderling nog sterk kunnen verschillen. Zo zouden maatschappelijk werkers in gezondheidscentra door hun

zeer intensieve samenwerking met de gezondheidszorg wel degelijk veel meer relatieproblemen in hun caseload hebben en zouden ze ook zeer eenzijdig met de huisarts contact onderhouden tijdens de hulpverlening.

Tabel 2. Kruistabel van de maatschappelijk werkers naar samenwerkingsvorm en samenwerkingsintensiteit ($\chi^2 = 12$; $p < .05$).

	1-5 kwartier	6-11 kwartier	12 of meer kwartier	totaal
'andere' samenw. hometeam	33	26	21	80
gezondh.centrum	66	72	70	208
	8	10	18	36
totaal	107	108	109	324

5. Resultaten: verschillen tussen samenwerkers onderling

Om bovengenoemde veronderstelling te toetsen hebben we verschillen geanalyseerd tussen samenwerkers onderling. Nagegaan is of maatschappelijk werkers in gezondheidscentra (11%) anders functioneren dan maatschappelijk werkers in hometeams (64%) en die met andere, vaak bilaterale samenwerkingsrelaties (25%). Het is niet zonder meer duidelijk of deze reeks - gezondheidscentrum, hometeam, 'andere' samenwerkingsvorm - gelijk staat aan een stapsgewijs afnemende intensiteit van samenwerking. Daarom is de genoemde reeks in tabel 2 afgezet tegen een meer directe maat voor samenwerkingsintensiteit: een categorie-indeling op basis van de tijd die in de samenwerking met de huisarts en/of wijkverpleegkundige besteed wordt aan cliëntenbespreking.

Uit deze tabel blijkt, dat er weliswaar een significante relatie bestaat tussen samenwerkingsvorm en de tijd besteed aan cliëntenbespreking, maar dat de samenhang geenszins perfect is. Daarom is besloten de verschillen in het functioneren van verschillende categorieën samenwerkende maatschappelijk werkers vanuit beide criteria te analyseren (zie tabel 3 waarin per rubriek de onderwerpen ten aanzien waarvan significante verschillen werden gevonden staan weergegeven).

Uit tabel 3 valt op te maken, dat bij toenemende intensiteit van samenwerking (ongeacht het criterium) relatief meer cliënten via de huisarts bij het AMW komen. Alleen bij samenwerkingsintensiteit en niet bij samenwerkingsvorm zien we, dat maatschappelijk werkers die drie uur of meer per maand besteden aan cliëntenbespreking minder cliënten hebben die op eigen initiatief contact met de maatschappelijk werker zoeken. Bij dit resultaat moeten we echter wel bedenken dat sprake blijkt van een zeer significant interactie-effect van

de tijd besteed aan cliëntenbespreking en de urbanisatiegraad van het werkgebied van de maatschappelijk werker. Uit dit effect valt af te leiden dat het verschil in het aantal cliënten dat op eigen initiatief komt vooral is terug te voeren op samenwerkende maatschappelijk werkers in kleine en grote steden die drie uur of meer besteden aan cliëntenbespreking. Bij deze maatschappelijk werkers is het relatieve aandeel van de cliënten dat op eigen initiatief komt het laagst (47%). De andere categorieën maatschappelijk werkers verschillen onderling nauwelijks.

Voor de discussie tussen voor- en tegenstanders van samenwerking betekenen de bovenvermelde resultaten dat in zijn algemeenheid wel gesteld kan worden, dat naarmate samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker intensiever is, er meer cliënten via de huisarts naar het AMW komen. Dit gaat echter niet zonder meer ten koste van het aantal cliënten dat op eigen initiatief komt.

Ten aanzien van de contacten tijdens de hulpverlening blijkt dat zeer intensieve samenwerkers heel vaak overleg plegen met de huisarts; een bijna tautologisch resultaat. Bij de variabele samenwerkingsvorm zien we geen andere verschillen in de samenwerkingscontacten en bij de intensiteit van samenwerking blijkt alleen rechtlignig te interpreteren resultaat met betrekking tot de gemeentelijke sociale dienst; de minst intensieve samenwerkers onderhouden wat vaker contact met deze instantie. Met dit resultaat hebben we slechts een zeer gedeeltelijke ondersteuning gevonden voor de veronderstelling van tegenstanders van samenwerking dat samenwerking met de eerstelijns gezondheidszorg leidt tot eenzijdige gerichtheid op de hulpverleners in deze sector.

Een andere groep resultaten zien we ten aanzien van de kenmerken van de cliënten. Samenwerkende maatschappelijk werkers die relatief weinig tijd investeren in cliëntenbespreking, hebben

Tabel 3. Overzicht van gezondheidscentrum, het samenwerkingsuitged, verschillen zijn de ge

RUBRIEK	ond
RELATIES MAATSCHAPPELIJK WERKER	insti cont tijde hulp leni
KENMERKEN VAN CLIËNTEN	ken van cliër
PROBLEMATIEK EN HULPVER- LENINGSMETHO- DE	prob tiek 'voor kom
	meth 'ben
	meth 'voor kom
WERKBELAS- TING	duur verle

* De verschillen tussen d bij gecorrigeerd werd voo
** Cliënten of cliëntsysteme

verkinsintensiteit ($\chi^2 =$

totaal
80
208
36
324

Tabel 3. Overzicht van verschillen* tussen maatschappelijk werkers in verschillende samenwerkingsvormen – gezondheidscentrum, hometeam, 'andere' samenwerkingsvormen – en in verschillende categorieën van intensiteit van samenwerking uitgedrukt in het aantal kwartieren per maand besteed aan cliëntenbespreking (bij niet-significante verschillen zijn de gemiddelden per samenwerkingscategorie weggelaten).

RUBRIEK	onderwerp	variabele	andere samenw. %	home team %	gezondh. 1-5 centrum %	1-5 kwart. %	6-11 kwart. %	12 of meer kwart. %
RELATIES MAATSCHAPPE- LIJK WERKER	instroom	initiatief cliënt	–	–	–	60	59	53
		initiatief huisarts	19	21	27	16	19	27
	contacten tijdens de hulpver- lening	huisarts	25	25	37	17	25	35
		gemeentelijke sociale dienst	–	–	–	14	10	10
		categoriaal maatschappelijk werk	–	–	–	–	–	–
		geestelijke gezondheidszorg	–	–	–	9	10	7
		justitie	–	–	–	–	–	–
KENMERKEN VAN CLIËNTEN	kenmerken van cliënten	gemiddelde leeftijd	–	–	–	42 jr.	40 jr.	40 jr.
		percentage vrouwelijke cliënten	–	–	–	–	–	–
	percentage hulpeenheden** bestaande uit 1 cliënt	percentage hulpeenheden** dat eerder contact had met AMW	–	–	–	30	26	27
		percentage uitkeringsgerechtigden	–	–	–	56	52	49
		percentage uitkeringsgerechtigden	–	–	–	56	52	49
PROBLEMATIEK EN HULPVER- LENINGSMETHO- DE	problema- tiek 'benoemen'	psychische problemen	–	–	–	–	–	–
		inkomsten/besteding	–	–	–	16	13	13
		huisvesting	11	13	8	14	13	10
		relatie tot de partner	–	–	–	–	–	–
		relatie ouder - kind	–	–	–	–	–	–
	problema- tiek 'voorkomen'	psychische problemen	22	21	26	–	–	–
		inkomsten/besteding	–	–	–	16	13	13
		huisvesting	12	13	6	14	12	10
		relatie tot de partner	13	13	16	–	–	–
		relatie ouder - kind	–	–	–	–	–	–
	methode 'benoemen'	begeleiding	–	–	–	–	–	–
		informatie en advies	–	–	–	–	–	–
		bemiddeling concrete dienst	12	15	12	–	–	–
	methode 'voorkomen'	begeleiding	49	46	55	–	–	–
		informatie en advies	19	21	13	–	–	–
bemiddeling concrete dienst		–	–	–	16	14	12	
WERKBELAS- TING	duur hulp- verlening	langer dan 1, maar niet langer dan 6 maanden	48	54	47	–	–	–
		tussen 6 en 12 maanden	–	–	–	–	–	–
		langer dan 12 maanden	–	–	–	–	–	–

* De verschillen tussen de gemiddelde percentages zijn getoetst met behulp van Multiple Classificatie Analyse ($\alpha = .05$), waarbij gecorrigeerd werd voor de invloed van de kenmerken van de maatschappelijk werker en zijn werkgebied.

** Cliënten of cliëntensystemen bestaande uit bijvoorbeeld een gezin, ouder met kind e.d.

enigszins andere cliënten: ze zijn iets ouder, komen wat vaker alleen (dus zonder partner, kind etc.) naar het AMW, zij hebben iets vaker in het verleden al contact gehad met het AMW en zij hebben ook wat vaker een inkomen op basis van een uitkering. Het is vreemd te noemen dat al deze verschillen niet gevonden worden bij de variabele samenwerkingsvorm. Een voor de hand liggende verklaring daarvoor is er niet. In het licht van de discussie tussen voor- en tegenstanders van samenwerking valt vooral het verschil ten aanzien van de inkomenspositie van de cliënten op. Het lijkt enigszins de veronderstelling van tegenstanders te bevestigen, dat samenwerking leidt tot minder cliënten uit de lage inkomenscategorieën. Ten aanzien van de problematiek en methode van hulpverlening vallen vooral de verschillen op met betrekking tot het *voórkomen* van probleemcategorieën en hulpverleningsmethoden. De maatschappelijk werkers in gezondheidscentra krijgen de helft minder met huisvestingsproblemen te maken. Daarentegen is het aanbod van psychische problemen en problemen op het terrein van de relatie met partner bij hen wat groter. Aansluitend zien we, dat maatschappelijk werkers in gezondheidscentra vaker cliënten begeleiden en minder vaak informatie en advies geven aan de cliënt. Informatie en advies geven past ook meer bij problemen in verband met huisvesting die minder vaak blijken voor te komen in de gezondheidscentra; begeleiding daarentegen past meer bij psychische en relatieproblemen die juist vaker *voórkomen* in gezondheidscentra. Ten aanzien van het *benoemen* van problemen en hulpverleningsmethoden zijn de verschillen minder in het oog springend. Wat blijkt is dat maatschappelijk werkers in gezondheidscentra wat minder huisvestingsaspecten van problemen zien, terwijl maatschappelijk werkers in hometeams zich kenmerken, doordat ze de hulpverleningsmethode wat vaker als bemiddeling omschrijven. We hebben de resultaten met betrekking tot problematiek en methode van hulpverlening nog niet besproken vanuit het criterium intensiteit van samenwerking. De verschillen die we daar zien, gaan weliswaar in dezelfde richting als bij samenwerkingsvorm; alleen treden de verschillen wat minder frequent en ook wel wat minder markant op. Een verklaring die dieper gaat dan dat samenwerkingsvorm blijkbaar enigszins anders uitwerkt op het functioneren dan intensiteit van samenwerking, is op grond van het beschikbare datamateriaal niet te geven.

In verband met discussie tussen voor- en tegenstanders van samenwerking lijken de resultaten de veronderstellingen van de tegenstanders tot op zekere hoogte te bevestigen. Niet zozeer bij samenwerking als zodanig, maar vooral bij samenwerking in gezondheidscentra ontmoeten maatschappelijk werkers vaker psychische en relatieproblemen en minder vaak huisvestingsproblematiek. Zij geven daarbij vaker een intensievere vorm van hulpverlening zoals begeleiding dan informatie en advies.

Tot slot valt op, dat er geen grote verschillen op grond van intensiteit van samenwerking en samenwerkingsvorm zijn, waar het gaat om de omvang van de caseload (aantallen cliënten op jaarbasis) en het aantal contacten met de cliënt per hulpverleningsepisode. Ten aanzien van de feitelijke en gewenste relatieve omvang van de hoeveelheid cliëntgericht werk, zien we eveneens geen verschillen die zonder meer aan samenwerkingsvorm of intensiteit kunnen worden toegeschreven. Een punt van verschil is wel, dat maatschappelijk werkers in hometeams relatief wat meer middellange contacten (langer dan één, maar niet langer dan 6 maanden) hebben.

6. Discussie

In de eerste plaats zij vermeld, dat het de validiteit van de resultaten van het huidige onderzoek ten goede komt, dat er enkele voor de hand liggende resultaten gevonden worden (bijv.: 'Samenwerkers werken vaker samen met de huisarts tijdens de hulpverlening'). Als dergelijke resultaten niet gevonden zouden zijn, dan zouden we ernstig moeten twijfelen aan de kwaliteit van het registratiemateriaal.

Vatten we de resultaten samen, dan kunnen we stellen dat er behalve op voor de hand liggende punten (instroom van cliënten via de huisarts en contacten met de huisarts tijdens de hulpverlening) geen aanwijzingen zijn gevonden dat de groep samenwerkers als geheel aanzienlijk anders functioneert dan maatschappelijk werkers die niet gestructureerd samenwerken met de eerstelijns gezondheidszorg. Betrekkelijk kleine verschillen die werden gevonden wijzen erop dat samenwerkers: relatief iets minder cliënten hebben die op eigen initiatief naar het AMW komen, tijdens de hulpverlening wat minder overleg plegen met het categoriale maatschappelijk werk, iets meer met relatieproblemen te maken krijgen, aansluitend

wat vaker voor begeleidingsmethode en de ben met een inkom. De resultaten vorming van een aantal standers van samenlen blijken echter v stellen.

In overeenstemming geïnterviewde maat blijken samenwerkderling nog wel te v voor de hand liggende mate de samenwerk veel meer cliënten contact opnemen m er ook veel vaker co het hulpverleningspringsproblemen min bij maatschappelijk tra, terwijl zij iets m blemen ontmoeten. . aantallen cliënten o minst intensieve san hetzelfde is als maats samenwerkingsvorm zondheidscentra) wa den in hun caseload Terugkomend op de genstanders van san veronderstellingen v op een drietal punte de resultaten. Kort g kers die in gezondhe de eerstelijns gezon materiële en meer im geboden; ze geven va ken minder vaak info vens aanwijzingen g cliënten van zeer inte schappelijk werkers n stigere inkomensposi tering moeten we bec derzoek zich er wat n veronderstellingen va samenwerking te toetse het er immers vooral samenwerking efficiënte Belangrijkste reden o door de verwijzing do stadium met hun probl Dat zou zich in de regi ten uiten in het aantal

ssen voor- en tegen-
jken de resultaten de
enstanders tot op ze-
iet zozeer bij samen-
ooral bij samenwer-
tmoeten maatschap-
che en relatieproble-
stingsproblematiek.
intensievere vorm van
ng dan informatie en

en grote verschillen
n samenwerking en
aar het gaat om de
antallen cliënten op
tacten met de cliënt
Ten aanzien van de
eve omvang van de
k, zien we eveneens
neer aan samenwer-
men worden toege-
ehil is wel, dat maat-
eteams relatief wat
1 (langer dan één,
iden) hebben.

, dat het de validiteit
idige onderzoek ten
or de hand liggende
(bijv.: 'Samenwer-
st de huisarts tijdens
lijke resultaten niet
zouden we ernstig
iteit van het registra-

ten, dan kunnen we
or de hand liggende
n via de huisarts en
jdens de hulpverle-
n gevonden dat de
el aanzienlijk anders
elijk werkers die niet
met de eerstelijns
jk kleine verschillen
erop dat samenwer-
nten hebben die op
v komen, tijdens de
erleg plegen met het
werk, iets meer met
krijgen, aansluitend

wat vaker voor begeleiding kiezen als hulpverle-
ningsmethode en dat ze wat minder cliënten heb-
ben met een inkomen op basis van een uitkering.
De resultaten vormen hier een lichte ondersteu-
ning van een aantal veronderstellingen die tegen-
standers van samenwerking hebben. De verschil-
len blijken echter veel minder groot dan zij wel
stellen.

In overeenstemming met wat een aantal van de
geïnterviewde maatschappelijk werkers aangaf,
blijken samenwerkers op een aantal punten on-
derling nog wel te verschillen. Allereerst werd als
voor de hand liggend resultaat gevonden dat naa-
mate de samenwerking intensiever is, er relatief
veel meer cliënten op initiatief van de huisarts
contact opnemen met het AMW. Aansluitend is
er ook veel vaker contact met de huisarts tijdens
het hulpverleningsproces. Verder blijken huisves-
tingsproblemen minder frequent voor te komen
bij maatschappelijk werkers in gezondheidscentra,
terwijl zij iets meer psychische en relatie-pro-
blemen ontmoeten. Er zijn geen verschillen in de
aantallen cliënten op jaarbasis. Wel blijken de
minst intensieve samenwerkers (wat niet precies
hetzelfde is als maatschappelijk werkers in andere
samenwerkingsvormen dan hometeams en ge-
zondheidscentra) wat minder uitkeringsgerechtig-
den in hun caseload te hebben.

Terugkomend op de discussie tussen voor- en te-
genstanders van samenwerking, zien we dat de
veronderstellingen van tegenstanders met name
op een drietal punten ondersteund worden door
de resultaten. Kort gezegd: maatschappelijk wer-
kers die in gezondheidscentra samenwerken met
de eerstelijns gezondheidszorg, krijgen minder
materiële en meer immateriële problematiek aan-
geboden; ze geven vaker begeleiding en verstrek-
ken minder vaak informatie en advies. Er zijn te-
vens aanwijzingen gevonden dat met name de
cliënten van zeer intensief samenwerkende maat-
schappelijk werkers naar verhouding een wat gun-
stigere inkomenspositie hebben. Bij deze consta-
tering moeten we bedenken, dat het huidige on-
derzoek zich er wat minder goed toe leent om de
veronderstellingen van de voorstanders van sa-
menwerking te toetsen. In hun argumentatie gaat
het er immers vooral om, dat de cliënten bij sa-
menwerking efficiënter geholpen kunnen worden.
Belangrijkste reden daarvoor is dat de cliënten
door de verwijzing door de huisarts in een vroeger
stadium met hun problemen bij het AMW komen.
Dat zou zich in de registratiegegevens vooral moe-
ten uiten in het aantal cliënten op jaarbasis en de

duur en omvang van de hulpverlening. Bij de hui-
dige manier van analyseren worden op deze pun-
ten nergens significante verschillen gevonden.
Dat zou kunnen komen, doordat het wat grote
aandeel van de hulpverlenerszaken waarin niet-
samenwerkende maatschappelijk werkers infor-
matie en advies geven, wegvalt tegen de grotere
snelheid waarmee samenwerkende maatschappe-
lijk werkers begeleidingszaken afhandelen. Om
deze veronderstelling te toetsen zou een analyse
gemaakt moeten worden van de duur en omvang
van de hulpverlening per probleemcategorie. In
principe is deze analyse mogelijk, maar door de
wijze waarop de aggregatie van de cliëntenregis-
tratiegegevens in het onderhavige onderzoek is
uitgevoerd, moet zij blijven liggen voor volgende
studies.

Literatuur

- Biewenga, J.H., J.R. Kraan en C.J. de Boer-van Schaik,
*Samenwerking in de eerstelijns gezondheidszorg van-
uit het algemeen maatschappelijk werk bezien: een
oriënterend onderzoek*. Rijswijk, Ministerie van
CRM/JOINT, 1978.
- Crebolder, H.F.J.M., Onderzoekingen rond het ge-
zondheidscentrum Withuis (V): de maatschappelijk
werker en zijn werk, belicht vanuit zijn registratie.
Huisarts en Wetenschap, 1974, 19, 145-150.
- JOINT, *Ideeën en oordelen over hulpverlening: samen-
vattend verslag van een onderzoek*. 's-Hertogenbosch,
JOINT, 1982.
- Kersten, D., *Samenwerking tussen maatschappelijk
werk en gezondheidszorg in de eerste lijn*. Utrecht, NI-
VEL, 1985a.
- Kersten, T.J.J.M.T., Algemeen maatschappelijk werk.
In: E.M. Sluijs, J.P. Dopheide en J. van der Zee
(Red.), *Overzichtsstudie onderzoek eerste lijn*. NI-
VEL, 1985b.
- NIMAWO en NRMW, *Maatschappelijke dienstverle-
ning op/zonder recept*. 's-Gravenhage, NIMAWO,
1984.