HET ALGEMEEN MAATSCHAPPELIJK WERK IN DE 1E-LIJNS GGZ

Een onderzoek naar de bijdrage van het AMW aan de GGZ-poortwachtersfunctie sinds de decentralisatie

Peter Verhaak
Anna de Bruin
Rudi Bakker
Jörgen Mareè

februari 1997

NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, Telefoon 030-2319946, Fax 030-2319290.
## INHOUD

### VOORWOORD

<table>
<thead>
<tr>
<th>1</th>
<th>INLEIDING</th>
<th>7</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1.1</td>
<td>Achtergronden</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>1.2</td>
<td>Vraagstelling</td>
<td>10</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### LEESWIJZER

<table>
<thead>
<tr>
<th>2</th>
<th>METHODE</th>
<th>13</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2.1</td>
<td>Inleiding</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>2.2</td>
<td>Cliëntenregistratie</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>2.3</td>
<td>De personeelsformatie 1990/1994</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>2.4</td>
<td>Aanvullende NIVEL-enquête onder AMW instellingen</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>2.5</td>
<td>Onderzoek onder huisartsen en RIAGG's</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>2.5.1</td>
<td>Inleiding</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>2.5.2</td>
<td>Steekproef</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>2.5.3</td>
<td>Huisartsen enquête</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>2.5.4</td>
<td>De RIAGG enquête</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>2.5.5</td>
<td>Methode van analyse</td>
<td>21</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### RESULTATEN - 1: VERANDERINGEN BINNEN HET AMW

<table>
<thead>
<tr>
<th>3</th>
<th>Inleiding</th>
<th>23</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>3.1</td>
<td>Het gemeentelijk beleid na 1989</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>3.2</td>
<td>Veranderingen in vraag/aanbod/caseload 1990-1994</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>3.3</td>
<td>Veranderingen in de hulpvraag en hulpverlening</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>3.3.1</td>
<td>Veranderingen in het aanbod: 1990-1995</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>3.3.2</td>
<td>Veranderingen in de caseload</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>3.3.3</td>
<td>Samenvatting: ontwikkeling van hulpvraag en hulpaanbod in de periode 1990/1995</td>
<td>33</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4</td>
<td>De relaties van het AMW met de (geestelijke) gezondheidszorg en de welzijnssector</td>
<td>33</td>
</tr>
<tr>
<td>3.5</td>
<td>Ontwikkelingen bij instellingen met en zonder beleidswijzigingen</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>3.5.1</td>
<td>Cliënten aanbod en behandeling</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>3.5.2</td>
<td>Aanbod en case-load</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>3.5.3</td>
<td>Contacten met (geestelijke) gezondheidszorg en welzijnssector</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>3.5.4</td>
<td>De invloed van gewijzigd beleid op vraag, aanbod en hulpverlening door het AMW: samenvatting</td>
<td>39</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### RESULTATEN - 2: MENINGEN VAN HUISARTSEN

<table>
<thead>
<tr>
<th>4</th>
<th>Inleiding</th>
<th>41</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>4.1</td>
<td>Contacten van huisartsen met AMW en GGZ</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td>4.2</td>
<td>Onderscheid naar kenmerken van AMW-werkgebieden</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>4.2.1</td>
<td>Alle huisartsen en onderscheid naar praktijkvorm</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td>4.2.2</td>
<td>Samenvatting</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>4.3</td>
<td>Bereikbaarheid van AMW en GGZ</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>4.3.1</td>
<td>Alle huisartsen en onderscheid naar praktijkvorm</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>4.3.2</td>
<td>Onderscheid naar kenmerken van AMW-werkgebieden</td>
<td>48</td>
</tr>
</tbody>
</table>
VOORWOORD

Sinds 1989 wordt het Algemeen Maatschappelijk Werk (in dit rapport verder aangeduid als AMW) volledig gefinancierd door de gemeenten en kan elke gemeente in principe zelf beslissen welke plaats en functie aan het AMW wordt toegekend. Hoewel in incidentele gevallen zorgelijke geluiden zijn opgevangen door de overkoepelende organisatie, de VOG/AMW, bestaat geen goed zicht op de inhoud en omvang van de veranderingen die sinds de decentralisatie bij het AMW hebben plaatsgevonden. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is er veel aan gelegen om inzicht te krijgen in de bijdrage die het AMW levert en kan leveren aan geestelijke gezondheidszorg in de eerstelijns, vanwege haar beleid om een verschuiving van procesmatige GGZ-hulpverlening bij psychosociale problemen van de tweedelijns naar de eerstelijn te bewerkstelligen.

De huisarts speelt hierbij een hoofdrol, gezien de poortwachtersfunctie die deze reeds bekleedt. Daarnaast worden echter als relevante eerstelijnsvoorzieningen onder ander ook het AMW genoemd, waarbij deze instantie een deel van de patiënten die niet naar de specialistische tweedelijn worden verwezen zou kunnen behandelen. Een onbekende factor hierbij is de ontwikkeling die het AMW sinds de decentralisatie heeft doorgemaakt. Voorafgaand aan de vraag in hoeverre het AMW een rol kan spelen in het versterken van de GGZ-poortwachtersfunctie van de huisarts, ligt dan ook de vraag naar de huidige positionering van het AMW. Het voorliggende onderzoek, verricht door het NIVEL, richt zich in opdracht van het ministerie van VWS dan ook allereerst op de ontwikkelingen in hulpvraag en hulpaanbod bij het AMW sinds de decentralisatie. In de tweede plaats zijn gegevens verzameld ten behoeve van het beantwoorden van de vraag welke rol het AMW in GGZ-poortwachtersfunctie kan innemen.

Ten behoeve van dit onderzoek werden gegevens verzameld bij een groot aantal AMW-instellingen, huisartsen en hoofden van de afdeling volwassenzorg van de RIAGG’s. Voorts werd ons inzage in bestaande registratiegegevens, beheerd door de stichting Symbiose onder verantwoordelijkheid van de VOG/AMW, verleend. Drs. J. Potting, werkzaam bij deze stichting was hierbij behulpzaam. Het secretariaat van de VOG/AMW was behulpzaam bij het verstrekken van adressen en verzenden van vragenlijsten naar de AMW-instellingen.

We willen hen allen bedanken voor hun bijdrage aan dit onderzoek.

Utrecht, februari 1997.
LEESWIJZER

De resultaten van het onderzoek naar de hulpvraag en het hulpaanbod binnen het AMW, in het licht van de GGZ-poortwachtersfunctie, zijn beschreven in voorliggend rapport. Voor de lezer die niet alle onderdelen wenst te bestuderen, is deze leeswijzer opgenomen.

Het onderzoek valt uiteen in twee deelonderzoeken. Het eerste dient om hulpvraag, hulpaanbod, en verwijzrelaties sinds de decentralisatie in kaart te brengen en om een beeld te krijgen van inhoud en omvang van beleidswijzigingen op instigatie van de gemeenten. In het tweede deelonderzoek wordt de mening van belangrijke anderen (huisartsen, RIAGG) in het kader van die poortwachtersfunctie gepeild met behulp waarvan uitspraken over die functie verder onderbouwd kunnen worden.

In het eerste hoofdstuk worden de achtergronden van het onderzoek uiteengezet en worden de vraagstellingen geformuleerd. Hoofdstuk twee bevat een beschrijving van de gebruikte methoden van dataverzameling en -verwerking bij het onderzoek onder AMW-instellingen (paragraaf 2.2 tot en met paragraaf 2.4) en het onderzoek onder huisartsen en RIAGG's (paragraaf 2.5). Vervolgens worden in hoofdstuk drie de resultaten beschreven van het onderzoek naar de huidige positionering van het AMW en de veranderingen die sinds de decentralisatie hebben plaatsgevonden. Achtereenvolgens komen aan bod: inhoud en omvang van beleidswijzigingen, hulpvraag/hulpaanbod/caseload, verwijzrelaties van het AMW en de verschillen in ontwikkeling tussen instellingen met en zonder beleidswijzigingen.

In hoofdstuk vier wordt de mening van de huisarts in vier subparagrafen weergegeven. Het betreft meningen over contacten met en bereikbaarheid van AMW en GGZ, inhoudelijke terreinen waarop AMW en GGZ aanspreekbaar zijn en een beoordeling van het AMW en de GGZ op enkele aspecten. De mening van de hoofden van de afdeling volwassenzorg van de RIAGG's wordt in hoofdstuk vijf beschreven. Achtereenvolgens wordt beschreven in hoeverre de RIAGG's contacten met het AMW onderhouden, de inhoudelijke terreinen waarop huisarts, AMW en RIAGG volgens de RIAGG aanspreekbaar zijn en tenslotte volgt een algemeen oordeel van de RIAGG's over deze drie hulpverleners c.q. instellingen. Zowel hoofdstuk drie en vijf als de subparagrafen in hoofdstuk vier worden afgesloten met een korte samenvatting van de voorgaande resultaten uit onderzoek. Het rapport wordt afgesloten met hoofdstuk zes waarin de belangrijkste resultaten van de onderzoeken onder AMW-instellingen, huisartsen en RIAGG's kort worden samengevat. Tevens wordt aan de hand van een zestal vraagstellingen conclusies geformuleerd wat betreft de huidige positionering van het AMW en de rol die het AMW kan spelen in het versterken van de GGZ-poortwachtersfunctie van de huisarts. Dit hoofdstuk kan zelfstandig gelezen worden en geeft de lezer met weinig tijd toch een goede indruk van het onderzoek naar 'De veranderende plaats en functie van het AMW'.
1 INLEIDING

1.1 Achtergronden

In dit rapport wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de hulpverlening door het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW), met als doel inzicht te krijgen in de mogelijkheden die het AMW te bieden heeft bij de ondersteuning van de GGZ-poortwachtersfunctie in de eerstelijn.

Hiertoe is de ontwikkeling van hulpvraag en hulpaanbod bij het AMW sinds de decentralisatie van het AMW in beeld gebracht. Hierbij is onderzocht in hoeverre het gemeentelijk beleid deze ontwikkeling beïnvloed heeft en mogelijkerwijze zo'n betrokkenheid bij een GGZ-poortwachtersfunctie belemmert. Ten slotte zijn de belangrijkste andere betrokkenen bij die GGZ-poortwachtersfunctie, huisartsen en RIAGG's, ondervraagd over de door hen gepercipieerde sterke en zwakke kanten van het AMW in deze. De achtergronden van dit onderzoek moeten gezocht worden in de recente geschiedenis van het AMW en van zijn verhouding tot de gezondheids- en welzijnszorg.

1974 - 1989

In de jaren '70 en '80 was er sprake van een ver doorgevoerde echelonnering in de gezondheidszorg, conform de voorstellen uit de Structuurnota Gezondheidszorg (Ministerie VoMil, 1974). De eerstelijnszorg bestond uit vier kerndisciplines: huisarts, wijkverpleging, gezinszorg en algemeen maatschappelijk werk. Maatschappelijk werk hield zich bezig met maatschappelijke dienstverlening en psychosociale hulpverlening aan cliënten die zich uit eigen initiatief dan wel op verwijzing van huisarts tot het AMW wendden. In het midden van de jaren '80 blijkt ongeveer 45% van de problematiek waarmee men zich tot het AMW wendt in de categorie 'materiële problematiek' te vallen, 30% in de categorie 'relatieproblemen' en 20% om in de categorie 'functioneren als zelfstandig individu'. In het cliëntenbestand van het AMW waren mensen tussen de 30 en 50 jaar oververtegenwoordigd en een aanzienlijk deel (ruim de helft) had een inkomen dat verkregen werd op basis van een uitkering (JOINT, 1985).

De positionering in de eerstelijnszorg maakte dat meer dan 10% van de AMW-ers werkzaam was binnen een gezondheidscentrum (vast samenwerkingsverband onder één dak met huisarts en wijkverpleging) en een veelvuldig ervan in een hometeam (gestructureerd overleg met deze beroepsgroepen zonder gezamenlijke huisvesting). Naar schatting had 60% van de AMW-ers een gestructureerd overleg met partners uit de eerstelijnsgezondheidszorg (Hingstman en Harmsen, 1994, Hessels, 1989). De positionering van het AMW (al dan niet in nauwe samenhang met de gezondheidszorg) was niet van invloed op de aard van de hulpvragen of de behandeling (Kersten, 1985).


In 1981 werd de Rijks Bijdrage Regeling van kracht en werd het door het Rijk bepaalde volume aan iedere gemeente toebedeeld en zo doorgesluisd naar de plaatselijke AMW-instellingen.

Dit alles speelde zich af in een context waarin de RIAGG-vorming nog in de kinderschoenen stond en vanuit de eerstelijn veel kritiek ondervond (Bensing 1986). Eerstelijnspsycho-

1989: decentralisatie
Deze landelijke aansturing van het AMW is met ingang van 1 januari 1989 ingrijpend gewijzigd. Sinds die datum is er sprake van decentralisatie van het AMW. Met de inwerkingtreding van de Welzijnswet werd het AMW volledig gefinancierd door de toen-714 gemeenten. In principe kon sindsdien iedere gemeente beslissen wat zij met het AMW wilde. Daarbij was het van de kant van de gemeenten zeker niet vanzelfsprekend dat de functie 'kerndiscipline voor hulpverlening bij psychosociale problemen' onverkort gehandhaafd zou blijven. Men leze de woorden die de directeur van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, van der Top, op 31 januari 1989 uitsprak op het congres 'Algemeen Maatschappelijk Werk, een toekomst waard...!':

"Moet het maatschappelijk werk een aparte instelling zijn c.q. blijven op lokaal niveau? Dat kan, maar hoeft niet. Er zijn varianten denkbaar. Inhoudelijk gesproken kan het werk van sociale raadslieden, het bijstandsmaatschappelijk werk en het maatschappelijk werk elkaar zodanig overlappen, dat daaraan argumenten kunnen worden ontleend het maatschappelijk werk met een of meer andere werkenwetten te integreren. Men kan ook redeneren dat het AMW en het bijstandsmaatschappelijk werk elkaar zeer dicht zijn genaderd. Momenteel komen vele GSD's door werkdruk, regelgeving en bezuiniging nauwelijks meer toe aan immateriële hulpverlening verbonden met bijstandsverlening. Lig: er dan geen kans voor het AMW hier de helpinge hand te bieden? Daarnaast liggen er vele andere vragen om sociale hulp op de gemeentelijke tafel, waar het AMW ook een goede dienst zou kunnen bewijzen. (.....)
Het maatschappelijk werk pleegt zich te presenteren als een werksoort voor zogenaamde psycho-sociale hulpverlening. (.....) Die terminologie heeft het nadenken over het 'reële produkt' van het maatschappelijk werk eerder belemmerd dan bevorderd. (.....) Maar ook: daarmee is er geen sleutel tot permanent verblijf in het gebouw van de eerstelijnsgezondheidszorg gegeven, al zal de maatschappelijk werker er van tijd tot tijd wel eens hier moeten. De term schept zelf trouwens verwarring met andere werkvormen, bijvoorbeeld die van RIAGG's en psychotherapeuten. Zij is bovendien te beperkt, want van oudsher heeft het AMW meer gedaan dan psycho-sociale hulp. Ook informatie, advies, belangenbehartiging, materiële hulp, 's-mensen sociale omgeving, horen bij het AMW. Trekt het AMW zich desondanks toch terug in de 'splendid isolation' van de strikte psycho-sociale hulpverlening, dan verliest het een noodzakelijke meerwaarde. .... Onze opvatting gaat een andere richting in. De taak van het AMW is meeromvattend. Er moet plaatselijk een goede samenhang zijn tussen het werk van de maatschappelijk werker en enerzijds de overige gemeentelijke welzijnsinstellingen en anderzijds eerstelijns gezondheidszorg en publieke diensten" (van der Top, in Infoos 1989, 1/2, p.28-29)

Overigens laten de huisartsen op datzelfde congres ook geen onverdeeld enthousiasme blijken voor de kernfunctie 'psychosociale hulpverlening'. LHV-directeur Laffréé:

8
Het algemeen maatschappelijk werk zou in mijn ogen veel aan positie en macht winnen irdien het een concreet produkt levert. Met name dat laatste heeft het algemeen maatschappelijk werk mijns inziens te zeer verwaarloosd. Veel psychosociale problemen hebben namelijk raakvlakken met concrete zaken als: huisvesting, arbeidsomstandigheden, opleiding, inkomens en de besteding daarvan etc. Een persoon die voor concrete zaken kan bemiddelen en diensten kan verlenen is een zeer gewenst persoon, wat overigens blijkt uit de hulpvragen die het algemeen maatschappelijk werk bereiken.

In deze complexe samenleving is het namelijk voor bijna niemand mogelijk om alle wegen inzake huisvesting, subsidies, tegemoetkoming etc. te kennen. Een gids in dit doolhof is van immens belang. Mijns inziens heeft algemeen maatschappelijk werk dit onderdeel van haar product de afgelopen jaren onderschat en dient hieraan structureel meer aandacht te worden besteed. Hiermee bedoel ik niet dat het algemeen maatschappelijk werk de taak 'begeleiding' moet laten vallen. Zeker niet! Echter, een profilering van de concrete helpende hand die het algemeen maatschappelijk werk kan bieden, is noodzakelijk wil het algemeen maatschappelijk werk overleven en niet ondergesneeuwd raken in RIAGG's, eerstelijnspsychologen en gemeentelijke overheden." (Laffréé in Infoos, 1989 1/2, p.26)

Andere sprekers op voornoemd congres bepleitten een voortdurende bemoeienis van het AMW met psychosociale problemen met meer kiem. Burghgraaff stelde zich de bezorgde vraag:

"(of)... het algemeen maatschappelijk werk een plaatsbepaling (blijft!) houden in de eerste lijn? Zullen de banden met huisartsen, RIAGG's, bedrijven, religieuze gemeenschappen kunnen worden behouden? ... Zullen gemeenten en verzekerders de sociale en psychosociale sterke kanten van het algemeen maatschappelijk respecteren en uitbouwen of naar hun eigen financiële ofwel politieke motieven en inzichten modeleren?" (Burghgraaff in Infoos 1989 1/2 p.5)

Van Lieshout gaf de volgende suggesties:

"Het overnemen van een deel van de psychosociale zorg die huisartsen verlenen. ... Ook de relatie met de RIAGG kan door een verdere profilering sterk verbeterd worden... Ook rond de ouderenzorg zie je de mogelijkheden voor een gericht aanbod ontstaan." (van Lieshout in Infoos 1989 1/2 p.10)


1989 - heden
Binnen dit web hebben zich echter tussen 1989 en heden de nodige veranderingen voltrokken. RIAGG's zijn veel meer gevestigde instituten geworden die hun cliëntèle gestaag hebben zien groeien (Jaarboek GGZ, 1995). Vrijgevestigde psychotherapeuten en eerstelijnspsychologen hebben op het gebied van de financiering betere perspectieven dan 10 jaar geleden, in die zin dat meer verzekeringen deze verstrekking in hun (aanvullend) pakket
hebben opgenomen. Anderzijds hebben met name de RIAGG's er in een aantal gevallen
voor gekozen om zich duidelijk te richten op hun kenntaak: de behandeling van ernstig
psychiatrische problematiek, en de behandeling van lichtere, psychosociale problematiek
aan de eerstelijn, AMW en vrijgevestigden over te laten. Deze politiek wordt ook
voorgestaan in de laatste ministeriële GGZ-nota, Onder Anderen (Ministerie WVC, 1993).
Deze situatie is aanleiding geweest voor de minister van Volksgezondheid, Welzijn en
Sport om aan te dringen op verschuiving van procesmatige GGZ-hulpverlening bij
psychosociale problemen van de tweedelijn naar de eerstelijn. Hierop sprak ze in eerste
instantie de huisartsen aan, refererend aan de poortwachtersfunctie die deze bekleden.
In een later stadium werden als relevante eerstelijnsvoorzieningen ook het AMW, sociaal
psychiatrisch verpleegkundigen en eerstelijnspsychologen genoemd. Met betrekking tot
ieder van deze voorzieningen is het de vraag in welke opzichten ze aan de GGZ-
poortwachtersfunctie kunnen bijdragen. In het kader van dit onderzoek beperken we ons
tot het AMW.
De term "poortwachtersfunctie" verwijst naar verschillende aspecten. In zijn algemeenheid
gaat het er om dat de toegankelijkheid naar de specialistische tweedelijn beperkt wordt.
Hiervoor is het nodig ergens een beslissing over verwijzing naar de tweedelijn genomen
wordt. Deze filterfunctie is een taak die de poortwachter te vervullen heeft. Het lijkt het
meest voor de hand te liggen om die taak bij de huisarts te leggen omdat deze het
grootste deel van de populatie at risk onder ogen krijgt. Dit is naar analogie van de taak
die de huisarts in het verkeer tussen medisch generalistische zorg en specialistische zorg
ervult. Een ander aspect van de poortwachtersfunctie is echter de generalistische opvang
in de eerstelijn van patiënten die niet tot de specialistische GGZ worden toegelaten.
Gegeven de kennis, tijd en opleiding is de huisarts hiervoor zeker niet in alle gevallen de
aangewezen persoon. In dit opzicht moeten de mogelijkheden van het AMW (naast andere
mogelijke instanties als de eerstelijnspsycholoog) onderzocht worden.
Een onbekende factor wat betreft het AMW is de positie die de gemeenten hebben
ingenomen ten opzichte van het AMW. Hoewel in incidentele gevallen door de overkoepelende
organisatie, de VOG/AMW, zorgelijke geluiden worden opgevangen over komende
bezuinigingen, verdergaande wijkgerichte decentralisatie en het opgaan van AMW-
instellingen in het welzijnswerk, bestaat er geen goed zicht op de omvang van deze
verschijnselen en ook niet op de consequenties daarvan voor het uitoefenen van de
kernfunctie van het AMW: integrale hulpverlening op het snijvlak van zorg en welzijn.
Daarom is de vraag die aan de vorige (omtrent de GGZ-poortwachtersfunctie) voorafgaat,
welke ontwikkelingen het werk van het AMW onder invloed van de decentralisatie naar de
gemeentes heeft doorgemaakt.

1.2 Vraagstelling

Hieruit komt een tweevoudige probleemstelling voor dit onderzoek voort. In de eerste
plaats richt het onderzoek zich op de vraag in welke opzichten het AMW ten opzichte van
1989 veranderd is. Dit kan vertaald worden in de volgende onderzoeksvragen:

1a. In hoeverre is het beleid van AMW-instellingen en gemeentes aangaande de functie
van het AMW sinds 1989 gewijzigd?
1b. Wat is er sinds de decentralisatie met vraag, aanbod en caseload binnen het
Algemeen Maatschappelijk Werk gebeurd?
1c. In hoeverre zijn de verwijserelaties van het AMW met eerstelijnsgezondheidszorg en
geestelijke gezondheidszorg sinds 1989 gewijzigd?
1d. Wat zijn de verwachtingen met betrekking tot het beschikbare hulpverleningsvolume
voor de komende jaren?

In de tweede plaats richt het onderzoek zich op de vraag welke rol het AMW, gegeven de huidige positionering, kan spelen in het kader van de 'GGZ-poortwachtersfunctie'. Onderzoeksvragen in dit verband zijn:

2a. In welke context (wat betreft de aanwezigheid van samenwerkingsrelaties, aanbod van GGZ-functies) kan het AMW een rol vervullen bij de opvang van GGZ-problemen in de eerstelijn?
2b. Voor welke categorieën cliënten is het AMW geschikt om een rol te vervullen bij de opvang van GGZ-problemen in de eerstelijn?
2c. Wat zijn de consequenties van het vervullen van zo'n rol voor de organisatie van het AMW?

Deze vragen kunnen als volgt worden toegelicht:

De eerste reeks vragen heeft betrekking op de ontwikkeling die het AMW na de decentralisatie heeft doorgemaakt. In het kader van de positionering van het AMW op het snijvlak van zorg en welzijn is het, wat betreft het type hulpvragen waar het AMW zich mee bezig houdt, van belang na te gaan, hoe de verhouding tussen psychosociale hulpvragen en materiële hulpvragen zich ontwikkeld heeft. Wat betreft ontwikkelingen in het hulpaanbod is in dit opzicht de verhouding tussen 'begeleiding' enerzijds, en 'advisering', 'bemiddeling' en 'informatie/advies geven' anderzijds van belang.

Gezien de angst van het AMW, dat gemeenten naar believen zouden beschikken over de middelen die oorspronkelijk voor het AMW bestemd waren, is het van belang om na te gaan hoe de formatie van de instellingen zich ontwikkeld heeft in relatie met de ontwikkeling van de hulpvraag. Inzicht in deze kwantitatieve en kwalitatieve ontwikkelingen is overigens evenzeer van belang met het oog op de tweede reeks vragen, betreffende de mogelijke bijdrage aan de GGZ-poortwachtersfunctie. In dat kader is het tevens van belang om na te gaan in hoeverre er sprake is van veranderingen in de verhouding met eerstelijnsgezondheidszorg en GGZ.

De tweede reeks vragen kan voor een deel beantwoord worden op basis van de antwoorden op de eerste reeks. Om een afgewogen antwoord te geven op de vraag onder welke omstandigheden een bijdrage aan de GGZ-poortwachtersfunctie door het AMW realiserbaar is en voor welke cliënten dat zou kunnen gelden, is het echter ook nodig om andere participanten in dit geheel (met name de huisarts en de RIAGG) aan het woord te laten. Daarom zijn huisartsen en afdelingshoofden van RIAGG’s ondervraagd. Zij hebben hun mening gegeven over de bereikbaarheid en beschikbaarheid van het AMW, over de problemen waarvoor men naar het AMW verwijst en ze hebben het succes van AMW-hulp bij verschillende aandoeningen en in zijn algemeenheid beoordeeld.

De context waarbinnen het AMW een bijdrage aan de GGZ-poortwachtersfunctie zou moeten leveren is afhankelijk van de bestaande samenwerkingsrelaties, het reeds bestaande GGZ-hulpaanbod en de mate waarin het gemeentelijk beleid belemmerend dan wel faciliterend werkt in deze.

Men zou kunnen veronderstellen dat de rol van het AMW anders wordt bezien in situaties waarin er al veel verwijstrelaties met huisartsen zijn dan in situaties waarin men los van elkaar opereert. Tevens krijgt de rol van het AMW een andere inhoud wanneer men veel naar de RIAGG verwijst en veel cliënten via de RIAGG ontvangt dan wanneer dit niet zo is.

In de tweede plaats zal anders tegen de inbreng van het AMW worden aangekeken
wanneer er in het betreffende gebied een groot aanbod aan (generalistische) GGZ-hulpverlening bestaat dan wanneer deze slechts spaarzaam aanwezig is.

Ten slotte is het interessant om te bezien of het gemeentelijke beleid met betrekking tot het AMW het leveren van een bijdrage aan de poortwachtersfunctie zou kunnen belemmeren. We kiezen daarom voor gegevensverzameling onder huisartsen en RIAGG's in gebieden waar:

- het AMW veel (verwijs-)relaties met gezondheidszorg/GGZ kent versus werkgebieden waarin het AMW deze relaties minder kent
- een ruim aanbod aan GGZ-hulpverlening (RIAGG, eerstelijnspsychologen, poliklinieken) bestaat versus werkgebieden met een spaarzaam aanbod
- de positie van het AMW de afgelopen vijf jaar veranderd is versus werkgebieden waarin het AMW is blijven functioneren zoals vanouds (blijkens het antwoord op vraag 1)

In deze rapportage worden in hoofdstuk 2 de gebruikte methoden van dataverzameling en -bewerking aan de orde gesteld. Hoofdstukken 3, 4 en 5 betreffen de resultaten. In hoofdstuk 3 worden de resultaten met betrekking tot veranderingen in vraag en aanbod bij AMW-instellingen besproken. Dit zijn de resultaten die op de eerste reeks vraagstellingen betrekking hebben. Hoofdstuk 4 betreft het onderzoek onder huisartsen naar het gebruik dat ze van het AMW maken en de waardering die ze daaraan geven. In hoofdstuk 5 komt soortgelijk onderzoek onder RIAGG's aan de orde. In hoofdstuk 6 ten slotte, worden de resultaten nogmaals samengevat en bediscussieerd en worden conclusies geformuleerd.
2 METHODE

2.1 Inleiding

Registratie van hulpverleningscontacten op een min of meer gestandaardiseerde wijze is al tientallen jaren gebruikelijk binnen het AMW. (vgl. Verhaak, 1983, Kersten, 1985). Begin negentiger jaren is dit registratiesysteem voor heel Nederland uniform geworden. Het beheer geschiedt door de stichting Symbiose onder verantwoordelijkheid van de VOG/AMW. Bij de beantwoording van de eerste reeks onderzoeksvragen is van dit bestand gebruik gemaakt.
Daarnaast wordt sinds midden 80-er jaren in samenwerking tussen CBS en VOG/AMW jaarlijks een enquête onder alle AMW instellingen gehouden over middelen en aantal formatieplaatsen waarover men beschikt. Deze enquête wordt eveneens beheerd door de stichting Symbiose, onder verantwoordelijkheid van VOG/AMW. Met betrekking tot beide gegevensbronnen konden we beschikken over de gegevens van 1990 tot en met 1994. Door het NIVEL is een enquête onder alle AMW-instellingen afgenomen teneinde gegevens over formatieplaatsen in 1995 en 1996 (prognose), over de huidige samenwerking met huisartsen en GGZ en over het recente en verwachte beleid van de gemeente te verkrijgen.

Ten slotte zijn geïnterviewde steekproeven huisartsen en RIAGG’s ondervraagd over de bereikbaarheid, het gebruik, de toegeschreven taak en de evaluatie van de verrichtingen van AMW en andere vormen van (ELGZ)/GGZ-hulpverlening.
In dit hoofdstuk zullen we de gevolgde werkwijze bij deze vier vormen van dataverzameling en -bewerking bespreken.

2.2 Cliëntenregistratie

Het formuler dat met betrekking tot ieder cliëntsysteem* wordt ingevuld bevatte de volgende rubrieken die in het onderzoek zijn gebruikt:

indicatie van problematiek waaraan gewerkt is

gehanteerde methodiek

* Het registratieformulier wordt per "cliëntsysteem" ingevuld. Dit kan een individu zijn maar ook een echtpaar, een gezin of een ouder en kind. Gemiddeld zijn bij een cliëntsysteem 13 personen betrokken (bron: AMV in beeld)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Informatie en advisering (17%)</td>
<td>Informatie en advisering (13%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Concrete dienstverlening (8%)</td>
<td>Concrete dienstverlening (5%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Bemiddeling (12%)</td>
<td>Bemiddeling (9%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Onderzoek (7%)</td>
<td>Begeleiding (47%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Groepswork (8%)</td>
<td>Ondersteuning (10%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Begeleiding (50%)</td>
<td>Probleemverheldering (15%)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Rapportage en advies (1%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>


**duur van de behandeling en aantal zittingen**

Vastgelegd werd hoe lang het cliëntensysteem in behandeling was en hoeveel contacten er plaats vonden. Dit gespecificeerd naar de plaats (bureau, thuis) en aard (vis á vis, telefonisch, schriftelijk).

**instroom (verwijzer), samenwerking en uitstroom (verwezen naar)**

Vastgelegd werd wie de initiatiefnemer tot het contact met het AMW was, met wie tijdens de behandeling contact is geweest en naar welke instantie eventueel werd verwezen. De meer dan vijftig mogelijke categorieën zijn in dit onderzoek teruggebracht tot de hoofddeling ELGZ - GGZ - Welzijn - Justitie - Overig, waarbij uit de ELGZ huisarts en AMW wel apart onderscheiden zijn:

- huisarts;
- overige Ichamelijke gezondheidszorg (incl. ELGZ);
- geestelijke gezondheidszorg;
- AMW;
- welzijnsector
- justitiële instanties;
- overige;

Bij de instroom werden bovendien de cliënt zelf en de familie als mogelijke aanmelders opgenomen.

Teneinde uitspraken te doen over instellingen en niet over individuele cliëntensystemen is dit bestand geaggregeerd. Dit betekent dat voor iedere instelling het totaal aantal cliëntensystemen is bepaald alsmede het aantal keer dat een bepaald probleem werd gepresenteerd en het aantal keer dat een bepaalde behandeling werd gevolgd. Ook is vastgesteld wat de gemiddelde duur van een behandeling per instelling was, wat het gemiddeld aantal behandelingen was, in welk deel van de behandelingen een huisarts, de RIAGG, het welzijnswerk etc. verwijzer respectievelijk de instantie waarnaar verwezen werd was, etc. Gekoppelde informatie (b.v. de gevolgde behandeling naar aanleiding van een specifiek probleem) ging bij het aggregeren verloren.
Al deze op instellingsniveau geaggregeerde gegevens zijn in principe beschikbaar over vijf jaar, van 1990 tot en met 1994.
De gegevens van iedere instelling zijn niet voor ieder jaar aanwezig. Deels komt dit doordat instellingen fuseerden, deels omdat sommige instellingen pas recentelijk volgens landelijke richtlijnen registreren en deels omdat in sommige jaren de gegevens van sommige instellingen ontbreken. Een en ander heeft als gevolg dat het aantal instellingen waarop de gegevens betrekking hebben van jaar tot jaar verschilt. (Zie tabel 2.1.)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabel 2.1</th>
<th>Aantal instellingen betrokken in de opeenvolgende registratiejaren van de cliëntregistratie</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>In bestand:</td>
</tr>
<tr>
<td>1990:</td>
<td>118</td>
</tr>
<tr>
<td>1991:</td>
<td>119</td>
</tr>
<tr>
<td>1992:</td>
<td>122</td>
</tr>
<tr>
<td>1993:</td>
<td>119</td>
</tr>
<tr>
<td>1994:</td>
<td>124</td>
</tr>
<tr>
<td>Alle jaren:</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Bron: AMW in beeld, 1994

Gegevens zijn beschikbaar over ruim 70% van de instellingen in de meeste jaren. Aangezien er niet voor alle instellingen gegevens beschikbaar zijn over de totale periode van 1990 tot en met 1994, worden de resultaten op twee manieren weergegeven. Ten eerste wordt per jaar een overzicht gegeven van alle instellingen waarvan informatie over een desbetreffend jaar beschikbaar is. Daarnaast worden dezelfde gegevens gepresenteerd over de instellingen waarvan informatie beschikbaar is over alle jaren met uitzondering van de instellingen waarvan we weten dat ze in de onderzochte periode zijn gefuseerd met andere instellingen. Deze beperkte groep van 42 instellingen zullen we hier verder aanduiden met de referentiegroep. Het doel van de referentiegroep is om veranderingen in de vraag en aanbod van het AMW in kaart te brengen waarbij 'vertroebeling' van de informatie, vanwege een andere samenstelling van de diverse jaargroepen, vermeden wordt.

2.3 De personeelsformatie 1990/1994

Het tweede bestand is afkomstig uit de jaarlijkse VOG/CBS-enquête over de periode 1990 tot en met 1994. In dit bestand is het aantal werknemers van de instellingen opgenomen en de financiële middelen waarover de instellingen jaarlijks kunnen beschikken. De gegevens zijn beschikbaar op instellingsniveau. Ook hiervoor geldt dat, om dezelfde redenen als in 2.2. de samenstelling van jaar tot jaar varieert. (Zie tabel 2.2)
**Tabel 2.2** Aantal instellingen betrokken in de opeenvolgende registratiejaren van de VOG/CBS-enquête

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>In bestand:</th>
<th>In dat jaar bestaan*</th>
<th>Respons %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1990:</td>
<td>152</td>
<td>180</td>
<td>84%</td>
</tr>
<tr>
<td>1991:</td>
<td>146</td>
<td>161</td>
<td>91%</td>
</tr>
<tr>
<td>1992:</td>
<td>142</td>
<td>165</td>
<td>86%</td>
</tr>
<tr>
<td>1993:</td>
<td>98</td>
<td>170</td>
<td>58%</td>
</tr>
<tr>
<td>1994:</td>
<td>93</td>
<td>161</td>
<td>58%</td>
</tr>
<tr>
<td>Alle jaren:</td>
<td>43</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Bron: AMW in beeld, 1994

De gegevens over de jaren '90-'92 zijn meer compleet dan die uit de recente jaren. Op dezelfde wijze als onder 2.2. vermeld worden analyses zowel over hele jaargroepen gedaan als over de z.g. referentiegroep van constante samenstelling over de jaren. Voor bepaalde vragen (m.b.t. de caseload) moeten gegevens van de geaggregeerde cliëntregistraties gecombineerd worden met die van de VOG/CBS enquête. Het spreekt voor zichzelf dat dit alleen mogelijk is voor instellingen voor wie in een bepaald jaar beide gegevensbronnen beschikbaar zijn. Tabel 2.3 geeft de aantallen:

**Tabel 2.3** Aantal instellingen met cliëntregistratie en VOG/CBS-enquête in verschillende jaren

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>In bestand:</th>
<th>In dat jaar bestaan*</th>
<th>Respons %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1990:</td>
<td>110</td>
<td>180</td>
<td>61%</td>
</tr>
<tr>
<td>1991:</td>
<td>107</td>
<td>161</td>
<td>66%</td>
</tr>
<tr>
<td>1992:</td>
<td>109</td>
<td>166</td>
<td>66%</td>
</tr>
<tr>
<td>1993:</td>
<td>77</td>
<td>170</td>
<td>45%</td>
</tr>
<tr>
<td>1994:</td>
<td>77</td>
<td>161</td>
<td>45%</td>
</tr>
<tr>
<td>Alle jaren:</td>
<td>27</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Bron: AMW in beeld, 1994

Uitspraken die we over de caseload zullen doen, zijn ontleend aan de gegevens van de helft tot tweederde van de instellingen.

**2.4 Aanvullende NIVEL-enquête onder AMW instellingen**

In deze aanvullende enquête werden een aantal vragen uit de VOG/CBS enquête betreffende de formatie met betrekking tot 1995 gesteld. Tevens werd gevraagd om een prognose ten aanzien van 1996. In de tweede plaats werd geïnformeerd naar beleidswijzigingen in het instellingsbeleid op instigatie van de gemeente en naar organisatorische veranderingen zowel in het verleden als verwacht voor de toekomst. Ten slotte werd gevraagd naar het huidige niveau van contact dat men onderhoudt met huisartsen en GGZ.

Deze enquête werd in December naar 152 instellingen verzonden. Naar aanleiding van recente decentralisatie in Rotterdam zijn er later nog 11 extra verzonden. Na een rappèl in Februari waren er medio April 118 enquêtes retour, waarvan er 109 bruikbaar voor verwerking waren.
2.5 Onderzoek onder huisartsen en RIAGG’s

2.5.1 Inleiding
Teneinde vast te stellen wat de meningen van de belangrijkste andere actoren met betrekking tot de GGZ-poortwachtersfunctie waren en teneinde de context waarbinnen het AMW hierbij een rol kan spelen in beeld te brengen, is nader onderzoek onder huisartsen en RIAGG’s uitgevoerd.

Zoals vermeld in de inleiding kan verondersteld worden dat de rol van het AMW in het versterken van de GGZ-poortwachtersfunctie anders wordt beoordeeld (door huisarts en RIAGG) in gebieden waar een grote proportie van de cliënten van het AMW via de huisarts binnenkomt dan in gebieden waar deze proportie klein(er) is. Ook de mate waarin het AMW naar de GGZ en/of welzijnsssector verwijst, kan van invloed zijn op de rol die het AMW krijgt toegeduid. Deze kenmerken van AMW-instellingen worden verder respectievelijk aangeduid met ‘laag/hoog huisartsverwijscijfer’ en ‘oriëntatie op GGZ/welzijnsssector’.

In de tweede plaats kan verondersteld worden dat anders tegen de inbreng van het AMW wordt aangekomen wanneer in het betreffende gebied een groot aanbod aan GGZ-hulpverlening bestaat (zoals eerstelijnspsychologen en RIAGG-spreekurkuren) dan wanneer deze slechts spaarzaam aanwezig is.

Ten derde zou het gemeentelijk beleid met betrekking tot het AMW een (eventueel belemmerende) invloed kunnen uitoefenen op de bijdrage van het AMW aan de GGZ-poortwachtersfunctie.

Om een goed gespreide vertegenwoordiging op deze kenmerken te hebben, zijn de resultaten uit het eerste deel van het onderzoek gebruikt bij het samenstellen van de steekproef huisartsen en RIAGG’s.

In de rest van deze paragraaf wordt eerst de procedure van steekproeftrekking samengevat. Vervolgens wordt ingegaan op de inhoud van de vragenlijsten die aan huisartsen en hoofden van afdelingen volwassenzorg binnen RIAGG’s zijn voorgelegd en op de methode van analyse.

2.5.2 Steekproef
Op basis van de gegevens uit de cliëntregistratie zijn allereerst dertien AMW-instellingen geselecteerd met de hoogste huisartsverwijscijfers. Het percentage cliënten dat deze instellingen via een verwijzing door de huisarts krijgen, varieert van 41 tot 65%. Daarnaast zijn tien AMW-instellingen geselecteerd met een laag huisartsverwijscijfer (variërend van 0 tot 5%).

Ten tweede zijn zeven instellingen geselecteerd met een GGZ-oriëntatie: deze verwijzen veel naar de GGZ (43 tot 73% van de door het AMW verwezen cliënten zijn naar de GGZ verwezen) en weinig naar de welzijnssector (0 tot 3%). Tevens zijn vijf instellingen geselecteerd met een MD-oriëntatie: instellingen met proportioneel gezien de hoogste verwijscijfer naar de welzijnssector (17 tot 30%) en de laagste GGZ-verwijscijfers (14 tot 23%). Om de steekproef wat betreft dit kenmerk voldoende groot te maken zijn nog 3 instellingen geselecteerd die hoog op GGZ scoren en indifferent op welzijnssector en 3 instellingen waar het omgekeerde het geval is.

Door een kleine overlap (instellingen die op grond van beide kenmerken kunnen worden ingedeeld) zijn uiteindelijk 37 instellingen in de steekproef opgenomen. Hiervan was van 32 instellingen de aanvullende NIVEL-enquête retour ontvangen waarin onder andere werd gevraagd naar beleidswijzigingen en het GGZ-aanbod in de regio. De vijf instellingen die de enquête niet hebben teruggestuurd, zijn telefonisch benaderd om te achterhalen of hier

* Deze gegevens, waarop de steekproef-stratificatie is gebaseerd, staan vermeld in paragraaf 3.3.
al dan niet sprake is van wijzigingen in het gemeentelijk beleid sinds 1989 en hoeveel eerstelijnspsychologen en RIAGG-spreekuurpunten zich in het werkgebied bevinden. Uiteindelijk blijkt bij 24 van de 37 instellingen sprake te zijn van beleidswijzigingen, bevindt zich bij 20 instellingen meer dan drie eerstelijnspsychologen in het werkgebied en bij 14 drie of minder (drie instellingen konden geen antwoord geven op deze vraag). Tenslotte geven 14 AMW-instellingen aan dat er geen RIAGG-spreekuurpunt in hun regio aanwezig is, 23 delen mee dat dit wel het geval is.

In de gebieden met geselecteerde instellingen is het aanbod aan RIAGG-spreekuurpunten en psychiaters wat kleiner dan in de totale onderzoekssample; het aanbod aan eerstelijnspsychologen is wat groter. Deze vertekening is niet ongunstig, omdat we voor onze vraagstelling graag een goede vertegenwoordiging hebben van gebieden met een relatief gering GGZ-aanbod. Het is daarom niet nodig om nog andere instellingen in de steekproef te betrekken.

Omvang en samenstelling van steekproef en responsgroep huisartsen

Uit elk werkgebied van de 37 AMW-instellingen is een steekproef getrokken van 40 huisartsen. Wanneer de populatie kleiner bleek te zijn dan 40, zijn alle huisartsen benaderd. In totaal hebben 955 huisartsen een vragenlijst ontvangen waarvan er 507 (53%) zijn terug ontvangen. In tabel 2.4 wordt een overzicht gegeven van de steekproef-omvang, de respons en de landelijke populatie (1995) verdeeld naar een aantal achtergrondvariabelen: geslacht, leeftijd, praktijkvorm en urbanisatiegraad.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabel 2.4</th>
<th>Percentuele verdeling naar geslacht, leeftijd, praktijkvorm en urbanisatiegraad van de totale steekproef, de responsgroep en de landelijke populatie</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>respons (N=507)</td>
</tr>
<tr>
<td>Geslacht</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>man</td>
<td>79</td>
</tr>
<tr>
<td>vrouw</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>Leeftijd</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>&lt;30 jaar</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>30-39 jaar</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>40-49 jaar</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td>50-59 jaar</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>&gt;60 jaar</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Praktijkvorm</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>solist</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>duopraktijk</td>
<td>33</td>
</tr>
<tr>
<td>groepspraktijk</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>gezondheidsc.</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>Urbanisatiegraad</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>platteland</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>verst. plattel.</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>forensengem</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>kleine steden</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>middelg. steden</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>grote steden</td>
<td>27</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Zie paragraaf 3.1
** Deze gegevens staan in bijlage A.
Uit de tabel blijkt dat huisartsen in de leeftijd van 30-39 jaar licht zijn ondervertegenwoordigd en in de leeftijd van 40-49 jaar licht zijn oververtegenwoordigd in de responsgroep. De leeftijdverdeling van de responsgroep komt echter wel goed overeen met die van de landelijke populatie huisartsen. Ook op de andere variabelen is weinig verschil tussen de verdeling van de responsgroep en de landelijke populatie. Alleen huisartsen met een solopraktijk zijn licht ondervertegenwoordigd (landelijk 49%) en huisartsen die in een gezondheidscentrum werken zijn licht oververtegenwoordigd (landelijk 9%). Dit is niet bezwaarlijk omdat in de analyses steeds nagegaan wordt in hoeverre huisartsen met verschillende praktijkvormen er een andere mening op na houden.

De gemiddelde leeftijd van de huisartsen die een vragenlijst hebben ingevuld, is 45 jaar (standaard deviatie 6.76), vrouwelijke huisartsen zijn vaker dan mannelijke huisartsen jonger dan 40 jaar, mannen vaker tussen de 41 en 60 jaar (Chi²=37.8, p<.01). Oudere artsen hebben vaker een solopraktijk, jongere artsen werken vaker in een gezondheidscentrum (Chi²=21.3, p<.05). Mannelijke huisartsen hebben vaker een solopraktijk dan vrouwelijke huisartsen, vrouwelijke artsen werken vaker in een duopraktijk of een gezondheidscentrum (Chi²=35.3, p<.01). Op het platteland zijn de verschillen in groepspraktijken, op het verstedelijk platteland en in forensengemeenten meer gezondheidscentra (Chi²=17.1, p<.05). In de kleine, middelgrote en grote steden zijn de verschillen in groepspraktijken niet groot.

In tabel 2.5 wordt een overzicht gegeven van de verdeling van de huisartsen over de in het voorgaande genoemde kenmerken van de bijbehorende AMW-instellingen.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabel 2.5</th>
<th>Percentuele verdeling naar kenmerken van de bijbehorende AMW-instellingen van de totale steekproef en de responsgroep</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Beleidswisseling</td>
<td>respons (N=507)</td>
</tr>
<tr>
<td>geen</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>wel</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>Verwijscijfer huisarts</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>laag</td>
<td>34</td>
</tr>
<tr>
<td>hoog</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>midden/onbekend*</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>Oriëntatie GGZ/MD</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GGZ</td>
<td>34</td>
</tr>
<tr>
<td>MD</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>midden/onbekend*</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td>Eerstelijnspsychologen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>≤ 3</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>&gt; 3</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>onbekend</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Spreukerpunten RIAGG</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>geen</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>wel</td>
<td>77</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* deze huisartsen worden niet betrokken in de analyses waarin onderscheid naar AMW-kenmerk wordt gemaakt
Uit de tabel kan geconcludeerd worden dat de responsverdeling over de verschillende kenmerken niet verschilt van de steekproefverdeling. De verdeling van de achtergrondvariabelen van de huisartsen over de nivo's van de verschillende kenmerken van de AMW-instellingen laat wel een aantal verschillen zien. De huisartsen uit het werkgebied van AMW-instellingen die wel beleidswijzigingen hebben gerapporteerd zijn niet gelijk verdeeld over de verschillende praktijkvormen (Chi²=18.7, p<.01): het aantal dat werkzaam is in gezondheidscentra is groter dan het aantal in de overige praktijkvormen. Tevens is hier de verdeling van urbanisatiegraad ongelijk verdeeld (Chi²=56.7, p<.01): het aantal huisartsen uit grote steden is groter dan uit respectievelijk verstedelijkt platteland/forensengemeenten, platteland en grote steden. In het werkgebied van AMW-instellingen met een laag huisartsverwijiscijfer is de groep huisartsen van kleine en middelgrote steden groter dan van het (verstedelijkt) platteland, de forensengemeenten en de grote steden. Bij de huisartsen uit het werkgebied van AMW-instellingen met een hoog huisartsverwijiscijfer is de groep vrouwelijke huisartsen (Chi²=4.4, p<.05), jongere huisartsen (Chi²=6.6, p<.05) en huisartsen werkzaam in gezondheidscentra (Chi²=69.2, p<.01) oververtegenwoordigd. Bij AMW-instellingen met een oriëntatie op de welzijnssector is de groep huisartsen uit grote steden groter dan uit gebieden met een andere urbanisatiegraad (Chi²=15.6, p<.01) en bij AMW-instellingen met een GGZ-oriëntatie is de groep huisartsen uit groepspraktijken groter dan respectievelijk uit gezondheidscentra, solo- en duopraktijken (Chi²=8.0, p<.05). In regio's met meer dan drie eerstelijnspsychologen is de groep huisartsen uit kleine/middelgrote steden groter (Chi²=48.6, p<.01) en is het aantal huisartsen met een solo- of duopraktijk groter (Chi²=8.7, p<.05). Tenslotte is in de AMW-regio's waar geen RIAGG-spreekuurpunt aanwezig is het aantal huisartsen van het verstedelijkt platteland/forensengemeenten en uit grote steden groter dan het aantal huisartsen uit gebieden met een andere urbanisatiegraad (Chi²=30.4, p<.01).

RIAGG's
Alle RIAGG's in de 37 AMW-werkgebieden zijn benaderd. Omdat binnen de regio van een RIAGG vaak meerdere AMW-instellingen zijn gevestigd, zijn uiteindelijk 25 RIAGG's in de steekproef opgenomen. Na twee keer telefonisch rappel hebben in totaal 22 instellingen de vragenlijst geretourneerd. De (omvang van de) personele samenstelling van de afdeling volwassenzorg verschilt vrij sterk per RIAGG (zie tabel 2.6). Het totaal aantal hulpverleners varieert van 12 tot 81, met een gemiddelde van 41.4 (standaard afwijking 18.4).

Tabel 2.6 Personele samenstelling van de afdeling volwassenzorg van de responsgroep (N = 19-20)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>gemiddelde</th>
<th>standaarddev.</th>
<th>minimum-maximum</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>psychiaters</td>
<td>7.0</td>
<td>7.5</td>
<td>3 - 35</td>
</tr>
<tr>
<td>overige artsen</td>
<td>2.1</td>
<td>1.7</td>
<td>0 - 6</td>
</tr>
<tr>
<td>ps.therapeuten</td>
<td>12.2</td>
<td>10.0</td>
<td>1 - 41</td>
</tr>
<tr>
<td>psychologen</td>
<td>4.6</td>
<td>3.3</td>
<td>1 - 14</td>
</tr>
<tr>
<td>sociaal psych.</td>
<td>11.7</td>
<td>5.2</td>
<td>0 - 19</td>
</tr>
<tr>
<td>verpleegkundigen</td>
<td>3.1</td>
<td>2.8</td>
<td>0 - 8</td>
</tr>
<tr>
<td>maatschap. VO</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
2 methode

Bij deze responsgroep kan geen onderscheid worden gemaakt naar kenmerken van de bijbehorende AMW-instellingen. Ten eerste is het aantal van de totale responsgroep vrij klein waardoor een indeling in verschillende groepen niet goed mogelijk is. Ten tweede verschillen de kenmerken van de AMW-instellingen die binnen het gebied van dezelfde RIAGG zijn gevestigd vaak van elkaar; de ene AMW-instelling heeft bijvoorbeeld wel te maken gehad met beleidswijzingen, de andere niet.

2.5.3 Huisartsen enquête

In de schriftelijke vragenlijst voor de huisartsen zijn twee soorten vragen opgenomen: vragen die alleen gaan over het AMW (en in een aantal gevallen in hoeverre de situatie in de afgelopen 5 jaar is veranderd) en vragen die zowel betrekking hebben op het AMW als de RIAGG, eerstelijnspsychologen en psychiaters. De vragenlijst bestaat uit vijf onderdelen:
- algemene gegevens zoals leeftijd, geslacht, praktijkvorm;
- contacten: mate van consultatie, overleg en verwijzing van cliënten;
- bereikbaarheid: geografische afstand, wachtijd en bekendheid met de diverse instellingen;
- inhoudelijke aanspreekbaarheid: welke cliënten verwijst men naar welke hulpverleners(instelling)
- evaluatie: oordeel van de huisarts over een aantal aspecten van het AMW, de RIAGG en eerstelijnspsychologen zoals bereikbaarheid, kwaliteit van de hulpverlening, mate waarin gebruik wordt gemaakt van de inbreng van de huisarts, sterke en zwakke kanten.

2.5.4 De RIAGG-enquête

De schriftelijke vragenlijst is (omwille van het verhogen van de respons) zo kort mogelijk gehouden en is gericht aan het hoofd van de afdeling volwassenzorg. Verondersteld kan worden dat deze persoon het beste inzicht in de betreffende onderwerpen heeft. De vragenlijst bestaat uit vier onderdelen:
- algemene gegevens: personele samenstelling van de afdeling volwassenzorg;
- contacten: mate van overleg met het AMW, aantal verwijzingen door en naar het AMW;
- inhoudelijke aanspreekbaarheid: welke cliënten verwijst het AMW naar de RIAGG en vice versa,
- mate waarin volgens de RIAGG bepaalde activiteiten tot de taak van de huisarts, het maatschappelijk werk en de RIAGG behoren;
- evaluatie: mening over een aantal aspecten van de huisarts, het AMW en de RIAGG.

2.5.5 Methode van analyse

Allereerst wordt een beschrijvende analyse uitgevoerd door middel waarvan de mening van de totale groep huisartsen wordt weergegeven. Wanneer zowel de mening over het AMW als over de GGZ is gevraagd, wordt een vergelijkende analyse gebruikt om eventuele verschillen zichtbaar te maken. Vervolgens is steeds nagegaan in hoeverre er sprake is van verschillen in mening met betrekking tot sexe, leeftijd, praktijkvorm en urbanisatiegraad. Leeftijd is hierbij ingedeeld in 3 categorieën: 40 jaar of jonger, 41 tot en met 50 jaar, 51 jaar en ouder (deze indeling verschilt iets van die in tabel *1 omdat daar in verband met de vergelijkbaarheid dezelfde indeling als van de steekproef gehanteerd is). Urbanisatiegraad wordt in 4 categorieën onderverdeeld: platteland, verstedelijkt platteland/forensengemeenten, kleine/middelgrote steden en grote steden. Tenslotte zijn de meningen van huisartsen vergeleken die afkomstig zijn uit het werkgebied van AMW-instellingen met een verschillend nivo op de vijf kenmerken van deze
regio's: wel/geen beleidswisseling, laag/hoog huisartsverwijscijfer, oriëntatie op GGZ/welzijnssector, weinig/veel eerstelijnspsychologen, geen/wel RIAGG-spreekuurpunt in de regio. Bij deze analyses is waar nodig gecorrigeerd voor de invloed van sexe, leeftijd, praktijkvorm en urbanisatiegraad op de mening van de huisarts.

Om verschillen tussen groepen te beschrijven (vergelijkende analyses) is bij gegevens van interval-niveau gebruik gemaakt van variantie-analyse. Bij ordinale data zijn de Mann-Witney en de Kruskal-Wallis toets gebruikt. Verschillen tussen groepen op dichotome en nominale variabelen zijn onderzocht door middel van Chi² toetsen.
3 RESULTATEN - 1: VERANDERINGEN BINNEN HET AMW

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komen de veranderingen aan de orde die in de jaren 1990 tot en met 1995 zijn opgetreden binnen het AMW. Achtereenvolgens komen aan de orde: veranderingen die men binnen de AMW-instellingen heeft geconstateerd in het gemeentelijk beleid, veranderingen in het aantal en de aard van de hulpvragen, veranderingen in de omvang en de aard van het hulpaanbod, en veranderingen in de mate waarin cliënten werden ontvangen via, respectievelijk verwezen naar de eerstelijnsgezondheidszorg, de geestelijke gezondheidszorg en de welzijnssector. Ten slotte wordt nagegaan of veranderingen in hulpvraag, -aanbod en verwijsrelaties gerelateerd zijn aan veranderingen in de opstelling van de gemeenten.
Veranderingen in de tijd zijn getoetst met behulp van paarsgewijze T-tests tussen de verschillende jaren.

3.2 Het gemeentelijk beleid na 1989

De vraag of sinds 1989 de gemeente wijzigingen heeft geëist in het beleid van hun instelling, is door 77 instellingen (61.6%) bevestigend beantwoord. Een groter aantal (88; 72.1%) verwacht dergelijke wijzigingen voor de komende jaren.

Op grond van de toelichtingen die op deze vragen zijn gegeven is een overzicht gemaakt van het soort zaken waar de gemeente haar invloed laat gelden, in volgorde van meest genoemde veranderingen.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Veranderingen m.b.t. aandacht voor specifieke (groepen) cliënten.</th>
<th>aantal instellingen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Veranderingen m.b.t. financiële middelen.</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>Veranderingen m.b.t. de organisatie van de instelling.</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>Veranderingen m.b.t. de uitvoering van het werk.</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Overige veranderingen.</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

De meest genoemde verandering is dat gemeenten meer invloed uitoefenen op het soort cliënten waar het AMW meer aandacht aan moet besteden. Het AMW moet met name meer aandacht besteden aan specifieke doelgroepen en onderwerpen die met name de ‘onderkant van de samenleving’ betreffen: migranten, vluchtelingen, sociale vernieuwing. De tweede meest genoemde veranderingen betreffen het financiële vlak. Hieronder vallen de opmerkingen van sommige instellingen dat men met bezuinigingen geconfronteerd wordt of de invoering van budgetfinanciering. Vervolgens worden veranderingen als gevolg van fusiés met andere AMW-instellingen of met sociaal raadslieden en het jongeren-/ ouderenwerk genoemd. Veranderingen met betrekking tot de uitvoering van het werk behelst voornamelijk een toename in het produkt-gericht werken en een meer wijkgerichte oriëntatie. Meer produkt-gericht werken houdt onder meer in dat er afspraken gemaakt worden over het aantal te helpen cliënten, het terugdringen van het niet direct cliëntgerichte werk (overhead, overleg, nascholing) en dat er op kortere contacten wordt aangedrongen.
Een ruime meerderheid van de instellingen verwacht dat in de komende jaren wijzigingen zullen gaan plaatsvinden. Deze verwachtingen kunnen aldus worden geclassificeerd naar meest genoemde categorie.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Veranderingen m.b.t. financiële middelen.</th>
<th>aantal instellingen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>Veranderingen m.b.t. aandacht voor specifieke (groepen) cliënten.</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>Veranderingen m.b.t. de uitvoering van het werk.</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>Veranderingen m.b.t. de organisatie van de instelling.</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Overige veranderingen.</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

De meest genoemde verwachte verandering betreft de invoering van budgetfinanciering en bezuinigingen. Zes instellingen verwachten voor de komende jaren echt bezuinigingen, de overige reppen van een veranderde financieringssystematiek. Tevens verwacht men meer invloed van de gemeente voor wat betreft de aandacht voor specifieke doelgroepen en een meer projectmatig uitvoering van het werk. Veranderingen als gevolg van gemeentelijke herindeling en fusies met andere instellingen worden in mindere mate verwacht.

De ervaren en verwachte veranderingen in het door de gemeenten gevraagde beleid komen overeen met de verwachting zoals die in de inleiding verwoord werd: samenwerking met het sociaal-cultureel werk wordt gestimuleerd, over samenwerking met de gezondheidszorg wordt in de ontvangen reacties weinig gesproken.

Een tweede tendens is de aandacht die gevraagd wordt voor de onderste groepen in de samenleving.

In de enquête is ook gevraagd of er sinds 1989 een verschuiving in de aard van de activiteiten zichtbaar is. Deze vraag luidde: We willen graag weten of er sinds 1989 veranderingen hebben plaatsgevonden in de accenten die in de AMW-hulpverlening worden gelegd. Is er sinds 1989 sprake van een verandering in de volgende aspecten van het Algemeen Maatschappelijk Werk, zoals dat binnen uw instelling uitgevoerd wordt? Tabel 3.1 laat zien in hoeverre van zo'n verandering sprake is.

### Tabel 3.1 Aantal instellingen (n=122) waarbij sprake is van veranderingen sinds '89 op genoemde aspecten. Deze aspecten zijn in een volgorde geplaatst waarin de meeste instellingen een toename melden.

<table>
<thead>
<tr>
<th>aspect</th>
<th>meer</th>
<th>gelijk</th>
<th>minder</th>
<th>onbekend</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>aantal cliëntgerichte contacten</td>
<td>90 (74%)</td>
<td>18 (15%)</td>
<td>9 (7%)</td>
<td>5 (4%)</td>
</tr>
<tr>
<td>groepswerk</td>
<td>81 (66%)</td>
<td>25 (21%)</td>
<td>8 (7%)</td>
<td>8 (7%)</td>
</tr>
<tr>
<td>hulp bij psychosociale problemen</td>
<td>73 (60%)</td>
<td>42 (34%)</td>
<td>3 (3%)</td>
<td>4 (3%)</td>
</tr>
<tr>
<td>begeleiding en behandeling</td>
<td>66 (54%)</td>
<td>43 (35%)</td>
<td>8 (7%)</td>
<td>5 (4%)</td>
</tr>
<tr>
<td>materiële hulpverlening</td>
<td>63 (52%)</td>
<td>35 (29%)</td>
<td>19 (16%)</td>
<td>5 (4%)</td>
</tr>
<tr>
<td>informatie en advisering</td>
<td>60 (49%)</td>
<td>40 (33%)</td>
<td>17 (14%)</td>
<td>5 (4%)</td>
</tr>
<tr>
<td>samenwerking breed welzijnsverband</td>
<td>60 (49%)</td>
<td>37 (30%)</td>
<td>15 (12%)</td>
<td>10 (8%)</td>
</tr>
<tr>
<td>probleemverheldering</td>
<td>54 (44%)</td>
<td>54 (44%)</td>
<td>3 (3%)</td>
<td>11 (9%)</td>
</tr>
<tr>
<td>samenwerking met huisartsen</td>
<td>45 (37%)</td>
<td>61 (50%)</td>
<td>13 (11%)</td>
<td>3 (3%)</td>
</tr>
<tr>
<td>bemiddeling</td>
<td>45 (37%)</td>
<td>49 (40%)</td>
<td>19 (16%)</td>
<td>9 (7%)</td>
</tr>
<tr>
<td>preventieve activiteiten</td>
<td>45 (37%)</td>
<td>48 (39%)</td>
<td>20 (16%)</td>
<td>9 (7%)</td>
</tr>
<tr>
<td>ondersteuning</td>
<td>42 (34%)</td>
<td>58 (48%)</td>
<td>10 (8%)</td>
<td>12 (10%)</td>
</tr>
<tr>
<td>concrete dienstverlening</td>
<td>41 (34%)</td>
<td>47 (39%)</td>
<td>29 (24%)</td>
<td>5 (4%)</td>
</tr>
<tr>
<td>detachering van mw-ers in gez.centra</td>
<td>6 (5%)</td>
<td>53 (43%)</td>
<td>15 (12%)</td>
<td>48 (39%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

24
3 resultaten -1: veranderingen binnen het AMW

In de perceptie van de respondenten zijn er nauwelijks activiteiten minder geworden sinds 1989. Opvallend is het hoge percentage 'onbekend' met betrekking tot de stand van zaken bij maatschappelijk werk in gezondheidscentra. Een relatief grote minderheid geeft aan dat concrete dienstverlening bij hen is afgenomen. Vrij unaniem meldt men een toenaming van het aantal cliëntgerichte contacten, en binnen dergelijke contacten is de begeleidende functie het meest toegenomen. Er is sprake van toename van samenwerking in breed welzijnsverband, maar ook de samenwerking met huisartsen wordt door veel meer instellingen als toegenomen ervaren dan als afgenomen. Kortom, men heeft het vooral drukker gekregen, in alle opzichten.

3.3 Veranderingen in vraag/aanbod/caseload 1990-1994

3.3.1 Veranderingen in de hulpvraag en hulpverlening

We onderzoeken eerst of er in de loop van de tijd sprake is van verandering in het aantale cliëntssystemen dat instellingen te behandelen kregen. Vervolgens gaan we in op de duur en het aantal behandelingen. In de derde plaats komen de aard van de cliëntèle en hun problematiek aan de orde. Ten slotte gaan we in op de verschillende typen behandeling die het AMW ter beschikking stelde.

Aantal cliëntssystemen

In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van het gemiddeld aantal cliëntssystemen per instelling. Vervolgens wordt bekeken hoeveel cliëntssystemen per jaar gemiddeld nieuw in behandeling komen en hoeveel er gemiddeld worden afgesloten.

Tabel 3.2 Gemiddeld aantal cliëntssystemen per instelling per jaar

<table>
<thead>
<tr>
<th>Jaar</th>
<th>aantal instellingen</th>
<th>gemiddeld aantal</th>
<th>mediaan</th>
<th>min.</th>
<th>max.</th>
<th>st. dev.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1990</td>
<td>118</td>
<td>1068</td>
<td>890</td>
<td>26</td>
<td>6725</td>
<td>891</td>
</tr>
<tr>
<td>1991</td>
<td>119</td>
<td>1136</td>
<td>942</td>
<td>120</td>
<td>5847</td>
<td>866</td>
</tr>
<tr>
<td>1992</td>
<td>122</td>
<td>1229</td>
<td>985</td>
<td>43</td>
<td>7989</td>
<td>1062</td>
</tr>
<tr>
<td>1993</td>
<td>119</td>
<td>1382</td>
<td>1211</td>
<td>73</td>
<td>7530</td>
<td>1042</td>
</tr>
<tr>
<td>1994</td>
<td>124</td>
<td>1455</td>
<td>1351</td>
<td>65</td>
<td>6084</td>
<td>1004</td>
</tr>
</tbody>
</table>


In tabel 3.2b (bijlage) staat het gemiddeld aantal cliëntssystemen van de referentiegroep. De in tabel 3.2 geconstateerde groei van het gemiddeld aantal cliëntssystemen per instelling vinden we in nagenoeg dezelfde mate terug bij de referentiegroep.

25
Tabel 3.3  Veranderingen in het gemiddeld aantal cliëntsystemen per jaar ten opzichte van het voorgaande jaar. Weergegeven is het percentage instellingen dat een toe- dan wel afname kende van het aantal cliëntsystemen.

<table>
<thead>
<tr>
<th>periode</th>
<th>n</th>
<th>afname cliëntsystemen</th>
<th>toename cliëntsystemen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1990/91</td>
<td>107</td>
<td>37%</td>
<td>63%</td>
</tr>
<tr>
<td>1991/92</td>
<td>103</td>
<td>33%</td>
<td>66%</td>
</tr>
<tr>
<td>1992/93</td>
<td>88</td>
<td>39%</td>
<td>61%</td>
</tr>
<tr>
<td>1993/94</td>
<td>68</td>
<td>21%</td>
<td>79%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

In ieder jaar kende ongeveer tweederde van de instellingen een toename van het aantal cliëntsystemen ten opzichte van het voorafgaande jaar. Over de hele onderzoeksperiode bleek bijna 80% van de instellingen een toename in het aantal cliëntsystemen te hebben gehad. De referentiegroep laat ook hier geen wezenlijk ander beeld zien dan alle instellingen tezamen (zie bijlage, tabel 3.3b).

De groei van het aantal cliëntsystemen per instelling kan twee oorzaken hebben. Enerzijds kunnen instellingen per jaar meer nieuwe cliëntsystemen in behandeling nemen dan ze afsluiten. Anderzijds kan de verhouding tussen nieuwe en afgesloten cliëntsystemen gelijk blijven, maar in volume groeien. In de volgende tabellen staan het gemiddeld aantal nieuw in behandeling genomen cliëntsystemen per jaar en het gemiddeld aantal afgesloten cliëntsystemen.

Tabel 3.4  Gemiddeld aantal nieuw in behandeling genomen cliëntsystemen per instelling per jaar.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Jaar</th>
<th>aantal instellingen</th>
<th>gemiddeld</th>
<th>mediaan</th>
<th>min.</th>
<th>max.</th>
<th>st. dev.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1990</td>
<td>118</td>
<td>775</td>
<td>635</td>
<td>25</td>
<td>4554</td>
<td>644</td>
</tr>
<tr>
<td>1991</td>
<td>119</td>
<td>796</td>
<td>796</td>
<td>0</td>
<td>3665</td>
<td>591</td>
</tr>
<tr>
<td>1992</td>
<td>122</td>
<td>871</td>
<td>870</td>
<td>2</td>
<td>5510</td>
<td>779</td>
</tr>
<tr>
<td>1993</td>
<td>119</td>
<td>998</td>
<td>920</td>
<td>43</td>
<td>5296</td>
<td>759</td>
</tr>
<tr>
<td>1994</td>
<td>124</td>
<td>1009</td>
<td>868</td>
<td>39</td>
<td>4219</td>
<td>706</td>
</tr>
</tbody>
</table>

In ieder jaar worden meer nieuwe cliëntsystemen in behandeling genomen dan in het vorige jaar. Alleen tussen 1990 en 1991 is dit verschil niet significant, tussen alle andere jaren wel (p < .05). Wederom blijken de gegevens van instellingen uit de referentiegroep niet wezenlijk af te wijken van alle instellingen tezamen. In beide groepen is een duidelijke toename van het aantal nieuw in behandeling genomen cliëntsystemen zichtbaar. De omvang van deze groei is echter iets lager dan de gemiddelde groei van het totaal aantal cliëntsystemen.
Tabel 3.5  Veranderingen in het gemiddeld aantal nieuw in behandeling genomen cliëntsysteem per jaar ten opzichte van het voorgaande jaar. Weergegeven is het percentage instellingen dat een toe- of afname kende van het aantal nieuw in behandeling genomen cliëntsysteem.

<table>
<thead>
<tr>
<th>periode</th>
<th>n</th>
<th>afname nieuwe cliëntsyst.</th>
<th>toename nieuwe cliëntsyst.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1990/91</td>
<td>107</td>
<td>46%</td>
<td>54%</td>
</tr>
<tr>
<td>1991/92</td>
<td>103</td>
<td>32%</td>
<td>68%</td>
</tr>
<tr>
<td>1992/93</td>
<td>88</td>
<td>36%</td>
<td>64%</td>
</tr>
<tr>
<td>1993/94</td>
<td>90</td>
<td>38%</td>
<td>61%</td>
</tr>
<tr>
<td>1990/94</td>
<td>68</td>
<td>21%</td>
<td>79%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Per jaar nam ongeveer 60% van de instellingen meer cliëntsysteem nieuw in behandeling dan in het jaar ervoor. In 1994 had bijna 80% van de instellingen meer nieuwe cliëntsysteem dan in 1990. Het percentage instellingen waarbij het aantal nieuw in behandeling genomen cliëntsysteem toename lag bij de referentiegroep nog hoger (bijlage, tabel 3.5b)

Tabel 3.6  Gemiddeld aantal afgesloten cliëntsysteem per instelling per jaar.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Jaar</th>
<th>aantal instellingen</th>
<th>gemiddeld</th>
<th>median</th>
<th>min.</th>
<th>max.</th>
<th>st. dev.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1990</td>
<td>118</td>
<td>744</td>
<td>629</td>
<td>11</td>
<td>4365</td>
<td>625</td>
</tr>
<tr>
<td>1991</td>
<td>119</td>
<td>769</td>
<td>624</td>
<td>0</td>
<td>3397</td>
<td>576</td>
</tr>
<tr>
<td>1992</td>
<td>122</td>
<td>882</td>
<td>728</td>
<td>28</td>
<td>5098</td>
<td>737</td>
</tr>
<tr>
<td>1993</td>
<td>119</td>
<td>956</td>
<td>808</td>
<td>47</td>
<td>4854</td>
<td>744</td>
</tr>
<tr>
<td>1994</td>
<td>124</td>
<td>991</td>
<td>865</td>
<td>43</td>
<td>4098</td>
<td>685</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Tabel 3.7  Veranderingen in het gemiddeld aantal afgesloten cliëntsysteem per jaar. Weergegeven is het percentage instellingen dat een toe- of afname kende van het aantal afgesloten cliëntsysteem.

<table>
<thead>
<tr>
<th>periode</th>
<th>n</th>
<th>afname afgesl. cliëntsyst.</th>
<th>toename afgesl. cliëntsyst.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1990/91</td>
<td>107</td>
<td>38%</td>
<td>61%</td>
</tr>
<tr>
<td>1991/92</td>
<td>103</td>
<td>28%</td>
<td>72%</td>
</tr>
<tr>
<td>1992/93</td>
<td>88</td>
<td>48%</td>
<td>52%</td>
</tr>
<tr>
<td>1993/94</td>
<td>90</td>
<td>31%</td>
<td>69%</td>
</tr>
<tr>
<td>1990/94</td>
<td>68</td>
<td>24%</td>
<td>76%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

De percentages zijn niet erg constant over de jaren. Het beeld toont echter wel aan dat een meerderheid van de instellingen meer cliëntsysteem had afgesloten dan het jaar ervoor.

27
De referentiegroep wijkt in de periode 1992/93 af van de totale groep instellingen. In deze periode hadden namelijk meer instellingen een afname dan een toename van het aantal afgesloten cliëntssystemen.

Op grond van bovenstaande gegevens kunnen we stellen dat per jaar het gemiddeld aantal nieuw in behandeling genomen en afgesloten cliëntssystemen stijgt. Gemiddeld worden iets meer cliëntssystemen nieuw in behandeling genomen dan er worden afgesloten. De groei van het gemiddeld aantal cliëntssystemen per instelling wordt derhalve enerzijds veroorzaakt doordat minder cliëntssystemen worden afgesloten dan aangenomen en anderzijds doordat er een jaarlijkse toename is van het aantal nieuwe en afgesloten cliëntssystemen.

**Duur en aantal zittingen**

Een toename van het aantal cliënten per instelling zou opgevangen kunnen worden door ze gedurende een kortere periode te behandelen of door minder contacten aan een behandeling te besteden. Voor ieder afgesloten cliëntssysteem is aangegeven hoe lang het in behandeling is geweest. Ook is het gemiddeld aantal contacten (op bureau/huisbezoek/telefonisch/schriftelijk) geregistreerd. Een overzicht van deze gegevens staat in de volgende tabellen.

**Tabel 3.8** Gemiddeld aantal cliëntssystemen per tijds categorie/duur van de behandeling.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n (%)</td>
<td>n (%)</td>
<td>n (%)</td>
<td>n (%)</td>
<td>n (%)</td>
</tr>
<tr>
<td>&lt; 1 week</td>
<td>92 (12)</td>
<td>77 (10)</td>
<td>85 (10)</td>
<td>85 (9)</td>
<td>87 (9)</td>
</tr>
<tr>
<td>1-4 weken</td>
<td>101 (14)</td>
<td>102 (13)</td>
<td>112 (13)</td>
<td>121 (13)</td>
<td>123 (12)</td>
</tr>
<tr>
<td>1-6 maanden</td>
<td>387 (49)</td>
<td>391 (51)</td>
<td>453 (51)</td>
<td>512 (54)</td>
<td>531 (53)</td>
</tr>
<tr>
<td>7-12 maanden</td>
<td>114 (15)</td>
<td>125 (16)</td>
<td>141 (16)</td>
<td>151 (16)</td>
<td>160 (16)</td>
</tr>
<tr>
<td>&gt; 1 jaar</td>
<td>72 (10)</td>
<td>76 (10)</td>
<td>93 (11)</td>
<td>83 (9)</td>
<td>93 (9)</td>
</tr>
<tr>
<td>Gemiddeld aantal dagen</td>
<td>161</td>
<td>163</td>
<td>170</td>
<td>158</td>
<td>159</td>
</tr>
</tbody>
</table>

De gemiddelde behandelduur bedraagt ongeveer 5 à 6 maanden, maar de behandeling van de meeste cliëntssystemen wordt binnen drie maanden afgesloten. De gegevens blijven over de onderzochte periode constant, alleen in 1992 is de gemiddelde duur significatief (p < .05) langer dan in alle andere jaren. Dit verschil van zeven à twaalf dagen op een gemiddelde duur van vijf à zes maanden is in praktische zin nauwelijks relevant te noemen. De gegevens van de referentiegroep wijken niet af van de totale groep. Het toegenomen aantal aanmeldingen wordt dus niet gecompenseerd door de cliënten minder lang te behandelen.

Het aantal sessies is in tabel 3.9 uitgesplitst naar de plaats van contact. De plaats van het contact werd tot en met 1992 in vier categorieën geregistreerd. Na 1992 werden dit er vijf. Tot en met 1992 was telefonisch/schriftelijk contact één categorie en was huisbezoek een antwoordmogelijkheid. Na 1992 is een aparte categorie telefonisch contact, en een aparte categorie schriftelijk contact ingesteld. De categorie huisbezoek is vervallen. Nieuw is de categorie elders.

Zowel het aantal zittingen als de plaats van het contact blijft voor de jaren min of meer constant. De meeste contacten vonden plaats op het bureau. Een derde van de contacten was schriftelijk of telefonisch. Men zou voorzichtig kunnen zeggen dat het percentage huisbezoek iets is afgenomen. Contacten binnen het groepswerk komen relatief weinig voor. Instellingen uit de referentiegroep vertonen hetzelfde beeld. In ieder geval kan op
basis van deze gegevens niet gezegd worden dat het toegenomen aantal aanmeldingen is gecompenseerd door minder contacten per cliënt of minder arbeidsintensieve aanpak per cliënt.

### Tabel 3.9 Gemiddeld aantal contacten met cliëntensysteem naar plaats van contact.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Op het bureau</td>
<td>3.5</td>
<td>3.6</td>
<td>3.9</td>
<td>3.4</td>
<td>3.8</td>
</tr>
<tr>
<td>Huisbezoek/elders</td>
<td>2.1</td>
<td>2.1</td>
<td>2.0</td>
<td>1.5</td>
<td>1.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Telefonisch/schriftelijk</td>
<td>2.8</td>
<td>2.9</td>
<td>3.0</td>
<td>2.8</td>
<td>3.2</td>
</tr>
<tr>
<td>In groepswerk</td>
<td>0.3</td>
<td>0.4</td>
<td>0.4</td>
<td>0.3</td>
<td>0.4</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totaal:</strong></td>
<td>8.7</td>
<td>9.0</td>
<td>9.3</td>
<td>8.0</td>
<td>8.9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

In behandeling genomen problematiek
Problemen waarvoor cliënten het AMW raadplegen, zijn gecategoriseerd in achttien, vanaf 1993 negentien probleemcategorieën. Per cliëntensysteem zijn maximaal twee problemen opgenomen, daarom zijn er opgeteld meer problemen dan cliëntensystemen. De problematiek 'Slachtoffer machtsmisbruik/geweld (misdrijf)' was pas vanaf 1993 een antwoordmogelijkheid.

### Tabel 3.10 Gemiddeld aantal cliëntensystemen per problematiek.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Materieel</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Inkompen</td>
<td>51 (5%)</td>
<td>47 (4%)</td>
<td>55 (4%)</td>
<td>44 (4%)</td>
<td>60 (4%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Besteding</td>
<td>56 (5%)</td>
<td>57 (5%)</td>
<td>69 (5%)</td>
<td>78 (6%)</td>
<td>111 (8%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Huisvesting</td>
<td>121 (11%)</td>
<td>123 (11%)</td>
<td>125 (9%)</td>
<td>106 (9%)</td>
<td>106 (7%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Vorming/opleiding</td>
<td>12 (1%)</td>
<td>11 (1%)</td>
<td>13 (1%)</td>
<td>11 (1%)</td>
<td>14 (1%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbeid</td>
<td>33 (3%)</td>
<td>36 (3%)</td>
<td>40 (3%)</td>
<td>52 (4%)</td>
<td>54 (4%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Relationeel</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Echtsoeding</td>
<td>57 (5%)</td>
<td>59 (5%)</td>
<td>71 (5%)</td>
<td>63 (5%)</td>
<td>73 (5%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Relatie partner</td>
<td>126 (11%)</td>
<td>132 (11%)</td>
<td>158 (12%)</td>
<td>145 (12%)</td>
<td>168 (11%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Relatie ouderkind</td>
<td>111 (10%)</td>
<td>123 (11%)</td>
<td>137 (10%)</td>
<td>119 (10%)</td>
<td>143 (10%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Relatie anderen</td>
<td>66 (6%)</td>
<td>72 (6%)</td>
<td>79 (6%)</td>
<td>72 (6%)</td>
<td>80 (5%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Psychisch</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Verwerking</td>
<td>112 (10%)</td>
<td>128 (11%)</td>
<td>155 (12%)</td>
<td>143 (12%)</td>
<td>159 (11%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Eenzaamheid</td>
<td>22 (2%)</td>
<td>21 (2%)</td>
<td>23 (2%)</td>
<td>21 (2%)</td>
<td>22 (2%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Identiteit</td>
<td>79 (7%)</td>
<td>85 (7%)</td>
<td>99 (7%)</td>
<td>42 (3%)</td>
<td>60 (4%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Overig Psychisch</td>
<td>106 (9%)</td>
<td>112 (10%)</td>
<td>131 (10%)</td>
<td>143 (12%)</td>
<td>180 (12%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Gezondheid</td>
<td>64 (6%)</td>
<td>62 (5%)</td>
<td>68 (5%)</td>
<td>84 (7%)</td>
<td>90 (6%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Maatsch. org.</td>
<td>61 (5%)</td>
<td>54 (5%)</td>
<td>58 (4%)</td>
<td>33 (3%)</td>
<td>45 (3%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Multi-probl.-gezin</td>
<td>17 (2%)</td>
<td>20 (2%)</td>
<td>21 (2%)</td>
<td>12 (1%)</td>
<td>19 (1%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Cultuurverschil</td>
<td>10 (1%)</td>
<td>11 (1%)</td>
<td>13 (1%)</td>
<td>13 (1%)</td>
<td>14 (1%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Slachtoffer geweld</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>43 (3%)</td>
<td>45 (3%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Verslapping</td>
<td>14 (1%)</td>
<td>14 (1%)</td>
<td>16 (1%)</td>
<td>17 (1%)</td>
<td>19 (1%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Het percentage cliëntssystemen per problematiek blijft over de gehele onderzoeksperiode tamelijk constant. Vanaf 1991 zien we een daling van het aantal problemen rond huisvesting (p < .01), een toename van bestedingsproblemen (p < .05), een toename van 'overige psychische problemen' (p < .05) en een afname van identiteitsproblemen (p < .01). Er is zeker geen sprake van een duidelijke stijging van de proportie materiële problematiek (inkomen, besteding, huisvesting, arbeid) of een afname van de psychosociale problematiek die in behandeling genomen wordt (echtscheiding, relaties, verwerking, overig psychisch, identiteit).

**Behandeling door AMW**

In hoofdstuk 2 (§2.2) is aangegeven dat met betrekking tot de geregistreerde behandeling de volgende behandelingscategorieën onderscheiden zouden worden:

- informatie en advisering
- concrete dienstverlening
- bemiddeling
- begeleiding/ondersteuning

Men zou kunnen zeggen dat de drie eerste vormen van hulpverlening staan voor contacten waarin met name sprake is van materiële dienstverlening. Begeleiding/ondersteuning is de term die staat voor psychosociale hulpverlening.

In tabel 3.11 wordt weergegeven welk percentage iedere behandelingssvorm van het totaal van deze vier uitmaakt. De cijfers zijn dus niet absoluut maar geven aan in hoeverre de vier categorieën ten opzichte van elkaar aan belang hebben gewonnen of ingeboet.

**Tabel 3.11 Gemiddeld aantal cliëntssystemen per soort hulpverlening per jaar.**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n=118</td>
<td>n=119</td>
<td>n=122</td>
<td>n=119</td>
<td>n=124</td>
</tr>
<tr>
<td>Informatie en advisering</td>
<td>131 (18%)</td>
<td>127 (17%)</td>
<td>148 (17%)</td>
<td>158 (19%)</td>
<td>150 (16%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Concrete dienstverlening</td>
<td>58 (8%)</td>
<td>51 (7%)</td>
<td>55 (8%)</td>
<td>56 (7%)</td>
<td>62 (7%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Bemiddeling</td>
<td>91 (12%)</td>
<td>88 (11%)</td>
<td>85 (10%)</td>
<td>99 (12%)</td>
<td>98 (11%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Begeleiding/ondersteuning</td>
<td>461 (62%)</td>
<td>501 (65%)</td>
<td>566 (66%)</td>
<td>527 (63%)</td>
<td>612 (66%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

De meeste cliëntssystemen krijgen begeleiding of ondersteuning. In ongeveer één op de drie gevallen gaat het om de meer concrete hulpverlening waarvan we vermoeden dat deze vooral bij materiële hulpvragen van toepassing is. Hierin komt in de loop van de onderzochte vijf jaar maar weinig verandering. De instellingen uit de referentiegroep wijken niet af van de instellingen uit de totale groep.

**3.3.2 Veranderingen in het aanbod: 1990-1995**

3 resultaten -1: veranderingen binnen het amw

Tabel 3.12  Gemiddeld aantal uitvoerenden en leidinggevenden (in f.t.e.) per instelling per jaar.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Jaar</th>
<th>aantal instellingen</th>
<th>gemiddeld</th>
<th>minimum</th>
<th>maximum</th>
<th>st. dev.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1990</td>
<td>152</td>
<td>11.7</td>
<td>1.0</td>
<td>49.1</td>
<td>8.0</td>
</tr>
<tr>
<td>1991</td>
<td>146</td>
<td>12.3</td>
<td>1.0</td>
<td>49.1</td>
<td>12.0</td>
</tr>
<tr>
<td>1992</td>
<td>142</td>
<td>12.2</td>
<td>1.0</td>
<td>59.8</td>
<td>8.8</td>
</tr>
<tr>
<td>1993</td>
<td>98</td>
<td>13.8</td>
<td>0.6</td>
<td>65.2</td>
<td>9.9</td>
</tr>
<tr>
<td>1994</td>
<td>93</td>
<td>14.4</td>
<td>2.1</td>
<td>47.6</td>
<td>10.5</td>
</tr>
<tr>
<td>1995</td>
<td>99</td>
<td>15.9</td>
<td>1.0</td>
<td>65.9</td>
<td>11.3</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Tabel 3.13  Veranderingen in het gemiddeld aantal uitvoerenden en leidinggevenden (in f.t.e.) per jaar. Weergegeven is het percentage instellingen dat een toe- dan wel afname kende van het aantal f.t.e.

<table>
<thead>
<tr>
<th>periode</th>
<th>n</th>
<th>afname f.t.e.</th>
<th>gelijk gebleven</th>
<th>toename f.t.e.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1990/91</td>
<td>134</td>
<td>33%</td>
<td>22%</td>
<td>46%</td>
</tr>
<tr>
<td>1991/92</td>
<td>127</td>
<td>32%</td>
<td>24%</td>
<td>44%</td>
</tr>
<tr>
<td>1992/93</td>
<td>90</td>
<td>44%</td>
<td>10%</td>
<td>46%</td>
</tr>
<tr>
<td>1993/94</td>
<td>75</td>
<td>32%</td>
<td>19%</td>
<td>49%</td>
</tr>
<tr>
<td>1994/95</td>
<td>67</td>
<td>42%</td>
<td>7%</td>
<td>51%</td>
</tr>
<tr>
<td>1990/94</td>
<td>76</td>
<td>37%</td>
<td>8%</td>
<td>55%</td>
</tr>
<tr>
<td>1990/95</td>
<td>72</td>
<td>38%</td>
<td>4%</td>
<td>58%</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Ten slotte is gekeken naar de ontwikkelingen in het aantal uitvoerenden zonder de leidinggevenden in beschouwing te nemen. De ontwikkelingen zijn identiek aan de bovenstaande, inclusief de grotere toename in de totaalgroep dan in de referentiegroep.
Tabel 3.14 Gemiddeld aantal uitvoerenden (in f.t.e.) per instelling per jaar.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Jaar</th>
<th>aantal instellingen</th>
<th>gemiddeld</th>
<th>minimum</th>
<th>maximum</th>
<th>st. dev.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1990</td>
<td>152</td>
<td>10.4</td>
<td>1.0</td>
<td>42.8</td>
<td>7.0</td>
</tr>
<tr>
<td>1991</td>
<td>146</td>
<td>11.5</td>
<td>1.0</td>
<td>86.5</td>
<td>10.8</td>
</tr>
<tr>
<td>1992</td>
<td>142</td>
<td>10.8</td>
<td>1.0</td>
<td>52.1</td>
<td>7.8</td>
</tr>
<tr>
<td>1993</td>
<td>98</td>
<td>12.4</td>
<td>0.6</td>
<td>57.0</td>
<td>8.8</td>
</tr>
<tr>
<td>1994</td>
<td>93</td>
<td>12.8</td>
<td>1.6</td>
<td>40.1</td>
<td>9.3</td>
</tr>
<tr>
<td>1995</td>
<td>109</td>
<td>13.3</td>
<td>1.0</td>
<td>58.1</td>
<td>10.2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

3.3.3 Veranderingen in de caseload

Combinatie van de gegevens uit het cliëntregistratiesysteem (gemiddeld aantal cliënten per jaar/instelling) en de VOG/CBS enquête (fte’s uitvoerenden) geeft een indicatie van de caseload.

De combinatie van bestanden brengt met zich mee dat de referentiegroep in dit geval nog verder stinkt tot 27 instellingen.

Zowel voor de tcaalgroep als voor de referentiegroep kan een toename in de caseload van 1990 tot 1994 worden vastgesteld.

Tabel 3.15 Gemiddeld aantal cliëntssystemen per uitvoerende (f.t.e.) per jaar.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Jaar</th>
<th>aantal instellingen</th>
<th>gemiddeld</th>
<th>minimum</th>
<th>maximum</th>
<th>st. dev.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1990</td>
<td>110</td>
<td>104</td>
<td>2</td>
<td>266</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>1991</td>
<td>107</td>
<td>105</td>
<td>13</td>
<td>194</td>
<td>33</td>
</tr>
<tr>
<td>1992</td>
<td>106</td>
<td>120</td>
<td>3</td>
<td>712</td>
<td>71</td>
</tr>
<tr>
<td>1993</td>
<td>77</td>
<td>133</td>
<td>26</td>
<td>1448</td>
<td>155</td>
</tr>
<tr>
<td>1994</td>
<td>77</td>
<td>129</td>
<td>49</td>
<td>511</td>
<td>62</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabel 3.16 Veranderingen in de gemiddelde aantal cliëntssystemen per uitvoerende (f.t.e.) per jaar. Weergegeven is het percentage instellingen dat een toe- dan wel afname kende van het aantal cliëntssystemen.

<table>
<thead>
<tr>
<th>periode</th>
<th>n</th>
<th>afname caseload</th>
<th>toename caseload</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1990/91</td>
<td>90</td>
<td>37%</td>
<td>63%</td>
</tr>
<tr>
<td>1991/92</td>
<td>89</td>
<td>33%</td>
<td>67%</td>
</tr>
<tr>
<td>1992/93</td>
<td>62</td>
<td>40%</td>
<td>60%</td>
</tr>
<tr>
<td>1993/94</td>
<td>51</td>
<td>33%</td>
<td>67%</td>
</tr>
<tr>
<td>1990/94</td>
<td>43</td>
<td>23%</td>
<td>77%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

De hoge caseload in 1993 lijkt op een artefact te berusten: hij berust waarschijnlijk op enige zeer hoog scorende instellingen waarvan noch uit voorgaande jaren noch uit 1994 cijfers bekend zijn. Vergelijken we de diverse jaargroepen met elkaar dan is de caseload in 1990/91 lager dan in de daaropvolgende jaren, blijft deze in '92 en '93 constant en is 1993 weer lager dan 1994 (p < .05). Dit is niet te zien in tabel 2.16 maar wel bij de referentiegroep (tabel 2.16b).
In tegenstelling tot hetgeen over het hulpaanbod in de referentiegroep geconstateerd is, is de caseload bij de meerderheid van de instellingen toegenomen. Bij de referentiegroep is de toename sterker dan bij de totaalgroep; dit zal worden veroorzaakt door de geringere stijging in hulpaanbod die bij deze groep werd opgemerkt bij een vergelijkbare toename van hulpvragen.

3.3.4 Samenvatting: ontwikkeling van hulpvraag en hulpaanbod in de periode 1990/1995

Het gemiddeld aantal cliëntssystemen per instelling is in de periode 1990 tot en met 1994 toegenomen. In dezelfde periode is het gemiddeld aantal formatieplaatsen voor uitvoeren
den van het AMW slechts licht gestegen. Dit betekent dat de werkdruk voor de uitvoeren
den de afgelopen vijf jaar ook is gestegen. Deze toegenomen werkdruk lijkt niet opge
vangen te zijn door korterdurende of minder contacten per cliëntssysteem.
De vraag naar het AMW, is in kwantitatieve zin toegenomen maar is niet wezenlijk van karakter veranderd. Er is geen verandering gevonden in de aard van de gepresenteerde problematieken.
Mogelijke consequenties voor de toename van de werkdruk zouden kunnen zijn dat cliëntssystemen minder lang in behandeling worden gehouden, vaker worden doorverwezen naar andere hulpverleners of dat contacten vaker telefonisch worden afgehandeld in plaats van op het bureau. Er is echter geen enkele aanwijzing gevonden dat deze mogelijke consequenties zich voordoen.
Maatschappelijk werkers hebben meer mensen in behandeling gekregen zonder dat deze cliënten minder contacten krijgen of behandelingen eerder beëindigd worden. Het is wel mogelijk dat de gemiddelde duur van behandelingszittingen is afgenomen. In 1993 bleek uit het tijdsbestedingsonderzoek onder AMW-ers dat de hoeveelheid tijd per cliënt in 1993 86% was van de berekende tijd in 1987 (Hutten en van Soest, 1994)

3.4 De relaties van het AMW met de (geestelijke) gezondheidszorg en de welzijnssector

Mogelijke verandering in de positionering van het AMW ten opzichte van de (geestelijke) gezondheidszorg en de welzijnssector wordt afgeleid uit de contacten met de verschillende instanties naar aanleiding van cliënten. De belangrijkste bron hiervoor is het cliënten
registratiesysteem. Daarnaast zijn hierover enige vragen opgenomen in de aanvullende NIVEL-enquête.
In de registratie komen op verschillende wijzen contacten met derden aan de orde. Contacten met derden kunnen de oorzaak van het contact met het AMW zijn (de verwijzing), ze kunnen tijdens de behandeling optreden (consultatie en overleg) en ze kunnen het vervolg op de behandeling (doorverwijzing) vormen.
De verschillende initiatiefnemers tot het contact met het AMW staan in tabel 3.17.
### Tabel 3.17 Initiatiiefnemer tot het contact met het AMW

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1990 (n=118)</th>
<th>1991 (n=119)</th>
<th>1992 (n=122)</th>
<th>1993 (n=119)</th>
<th>1994 (n=124)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Cliënt zelf</td>
<td>459 (43%)</td>
<td>469 (41%)</td>
<td>495 (40%)</td>
<td>569 (43%)</td>
<td>596 (41%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Maatsch. werker</td>
<td>31 (3%)</td>
<td>40 (4%)</td>
<td>40 (3%)</td>
<td>44 (3%)</td>
<td>42 (3%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>78 (7%)</td>
<td>82 (7%)</td>
<td>83 (7%)</td>
<td>49 (4%)</td>
<td>54 (4%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Huisarts</td>
<td>242 (23%)</td>
<td>274 (24%)</td>
<td>313 (25%)</td>
<td>373 (27%)</td>
<td>322 (22%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Gezondheidszorg</td>
<td>39 (4%)</td>
<td>41 (4%)</td>
<td>43 (3%)</td>
<td>42 (3%)</td>
<td>44 (3%)</td>
</tr>
<tr>
<td>GGZ</td>
<td>34 (3%)</td>
<td>39 (3%)</td>
<td>47 (4%)</td>
<td>57 (4%)</td>
<td>60 (4%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Maatsch. werk</td>
<td>37 (3%)</td>
<td>40 (4%)</td>
<td>44 (4%)</td>
<td>61 (4%)</td>
<td>68 (5%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Welzijnsector</td>
<td>38 (4%)</td>
<td>40 (4%)</td>
<td>43 (3%)</td>
<td>53 (4%)</td>
<td>51 (4%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Justitie</td>
<td>39 (4%)</td>
<td>38 (3%)</td>
<td>40 (3%)</td>
<td>32 (2%)</td>
<td>33 (2%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Anders</td>
<td>67 (6%)</td>
<td>73 (6%)</td>
<td>77 (6%)</td>
<td>63 (5%)</td>
<td>70 (5%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Onbekend</td>
<td>3 (0%)</td>
<td>3 (0%)</td>
<td>5 (0%)</td>
<td>20 (1%)</td>
<td>115 (8%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Er zijn echter instellingen die weinig cliënten door verwijzing van de huisarts kregen en er zijn instellingen waar meer dan de helft van de huisarts afkomstig was. In 1994 was bij dertien instellingen 40% of meer van alle nieuwe cliënten verwezen door een huisarts. Bij tien instellingen was minder dan 5% van de cliënten afkomstig van een huisartsverwijzing. Verschillen in dit opzicht staan niet in relatie tot de urbanisatiegraad of regio waar de instelling gevestigd is.

In de aanvullende NIVEL enquête is een globale vraag opgenomen of het aantal verwijzingen van de huisarts de afgelopen vijf jaar is toegenomen, gelijkgebleven of is afgenomen. 59 % van de respondenten geeft een toename aan, 6 % een afname. Dezelfde vraag is ook over de GGZ gesteld. Hiervan geeft 67 % een toename aan en 4 % een afname.

In ongeveer drie op de tien gevallen is er sprake van contact met andere hulpverleners tijdens de behandeling. Ditgetal schommelt door de jaren tussen de 32% en 30% (zowel in het totaal als in de referentiegroep). Het contact houdt meestal overleg in, incidenteler samenwerking, consultatie of co-therapie, dit alles eveneens in een constante verhouding door de jaren heen. De belangrijkste erbij betrokken hulpverleners staan in tabel 3.18 weergegeven.
Tabel 3.18  Proportie cliëntensystemen waarover tijdens de behandeling contact is

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Huisarts</td>
<td>8%</td>
<td>8%</td>
<td>8%</td>
<td>9%</td>
<td>7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Gezondheidszorg</td>
<td>3%</td>
<td>3%</td>
<td>3%</td>
<td>3%</td>
<td>3%</td>
</tr>
<tr>
<td>GGZ</td>
<td>4%</td>
<td>4%</td>
<td>4%</td>
<td>4%</td>
<td>4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Maatsch. werk</td>
<td>3%</td>
<td>3%</td>
<td>3%</td>
<td>5%</td>
<td>5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Welzijnsector</td>
<td>4%</td>
<td>4%</td>
<td>4%</td>
<td>4%</td>
<td>4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Justitie</td>
<td>3%</td>
<td>3%</td>
<td>3%</td>
<td>3%</td>
<td>3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Anders</td>
<td>9%</td>
<td>9%</td>
<td>10%</td>
<td>8%</td>
<td>8%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Ook hier is sprake van een constant aandeel in het contact dat het AMW met de verschillende instanties tijdens de behandeling heeft over de cliënt. De proporties in de referentiegroep zijn vrijwel identiek. Wat opvalt is dat deze proportie min of meer spoort met de proportie cliënten die men via GGZ, welzijnsector of justitie heeft gekregen, maar dat de proportie cliënten waarover contact is met de huisarts veel lager is dan de proportie cliënten die via de huisarts bij het AMW terecht komt.


Tabel 3.19  Gemiddeld aantal doorverwezen cliëntensystemen naar het soort hulpverlener waarnaar verwezen is

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Niet verwezen</td>
<td>629 (84%)</td>
<td>646 (83%)</td>
<td>729 (84%)</td>
<td>887 (79%)</td>
<td>946 (80%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Verwezen</td>
<td>123 (16%)</td>
<td>131 (17%)</td>
<td>139 (16%)</td>
<td>232 (21%)</td>
<td>234 (20%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Huisarts</td>
<td>3 (2%)</td>
<td>2 (2%)</td>
<td>3 (2%)</td>
<td>4 (2%)</td>
<td>3 (1%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Gezondheidszorg</td>
<td>6 (5%)</td>
<td>6 (5%)</td>
<td>6 (4%)</td>
<td>11 (5%)</td>
<td>11 (5%)</td>
</tr>
<tr>
<td>GGZ</td>
<td>42 (34%)</td>
<td>50 (38%)</td>
<td>56 (40%)</td>
<td>72 (31%)</td>
<td>77 (33%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Maatsch. werk</td>
<td>34 (28%)</td>
<td>36 (27%)</td>
<td>39 (28%)</td>
<td>60 (26%)</td>
<td>59 (25%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Welzijnsector</td>
<td>13 (11%)</td>
<td>13 (10%)</td>
<td>14 (10%)</td>
<td>22 (9%)</td>
<td>21 (9%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Justitie</td>
<td>13 (11%)</td>
<td>11 (8%)</td>
<td>14 (10%)</td>
<td>20 (9%)</td>
<td>18 (8%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Anders</td>
<td>22 (18%)</td>
<td>23 (18%)</td>
<td>26 (19%)</td>
<td>36 (16%)</td>
<td>33 (14%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Ook wat betreft de verwijspatronen verschillen instellingen onderling sterk. Vijftien instellingen verwezen in 1994 de helft of meer van hun verwijzingen naar een GGZ-achtige instantie, vijftien anderen verwezen minder dan een kwart naar dergelijke instanties. Hetzelfde kan opgemerkt worden aangaande de welzijnsector: Zeventien instellingen verwijzen 3% of minder van hun verwezen cliënten daarheen, acht instellingen komen in dit opzicht boven de 20%.

De oriëntatie op GGZ, gezondheidszorg en welzijninstellingen lijkt in het algemeen niet veranderd te zijn: gedurende alle onderzochte jaren is de huisarts de belangrijke bron van verwijzingen en is de GGZ van belang als instantie om verder door te verwijzen. Welzijnsector en justitie blijven in deze opzichten een bescheiden rol spelen.

35
3.5 Ontwikkelingen bij instellingen met en zonder beleidswijzigingen

3.5.1 Cliëntenaanbod en behandeling

Tabel 3.20 Gemiddeld aantal cliëntstystemen per instelling met en zonder beleidsveranderingen per jaar

<table>
<thead>
<tr>
<th>Jaar</th>
<th>Geen veranderend beleid ervaren</th>
<th>Veranderend beleid ervaren</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>aantal instellingen</td>
<td>gemiddeld</td>
</tr>
<tr>
<td>1990</td>
<td>20</td>
<td>1151</td>
</tr>
<tr>
<td>1991</td>
<td>25</td>
<td>1223</td>
</tr>
<tr>
<td>1992</td>
<td>27</td>
<td>1250</td>
</tr>
<tr>
<td>1993</td>
<td>29</td>
<td>1218</td>
</tr>
<tr>
<td>1994</td>
<td>34</td>
<td>1447</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Instellingen die aangeven dat er de afgelopen jaren door de gemeente geen beleidswijzigingen zijn doorgevoerd hebben dezelfde groei in aanmelding van cliëntstystemen doorgemaakt als instellingen die zo'n verandering wel rapporteren. Instellingen die veranderingen rapporteren verwerken in alle jaren iets meer cliënten dan instellingen zonder beleidswijzigingen. Dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt door het feit dat de instellingen in rurale gebieden ongeveer 50%-50% rapporteren dat er al dan niet sprake is van wijzigingen, in de verstedelijke gebieden ligt dat 60%-40% in het voordeel van wijzigingen, en in de vier grote steden rapporteren vrijwel alle instellingen een zekere bemoeienis van de gemeente met het beleid.

Tabel 3.21 Duur van de behandeling (gem. aantal dagen) en aantal zittingen bij instellingen met en zonder veranderd beleid

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gemiddelde duur: Geen veranderd</td>
<td>146</td>
<td>155</td>
<td>173</td>
<td>163</td>
<td>162</td>
</tr>
<tr>
<td>beleid: (n=20)</td>
<td>155</td>
<td>161</td>
<td>167</td>
<td>158</td>
<td>157</td>
</tr>
<tr>
<td>(n=34)</td>
<td>156</td>
<td>161</td>
<td>167</td>
<td>158</td>
<td>157</td>
</tr>
<tr>
<td>veranderd beleid:</td>
<td>156</td>
<td>161</td>
<td>167</td>
<td>158</td>
<td>157</td>
</tr>
<tr>
<td>(n=40)</td>
<td>156</td>
<td>161</td>
<td>167</td>
<td>158</td>
<td>157</td>
</tr>
<tr>
<td>(n=50)</td>
<td>156</td>
<td>161</td>
<td>167</td>
<td>158</td>
<td>157</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Aantal zittingen: geen veranderd beleid:

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Op het bureau</td>
<td>3.3</td>
<td>3.4</td>
<td>3.9</td>
<td>3.2</td>
<td>3.9</td>
</tr>
<tr>
<td>Huisbezoek/elders</td>
<td>2.3</td>
<td>2.2</td>
<td>2.4</td>
<td>1.7</td>
<td>2.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Telefonisch/schriftelijk</td>
<td>2.8</td>
<td>2.8</td>
<td>3.1</td>
<td>2.5</td>
<td>3.2</td>
</tr>
<tr>
<td>In groepswork</td>
<td>0.3</td>
<td>3.4</td>
<td>0.4</td>
<td>0.3</td>
<td>0.3</td>
</tr>
<tr>
<td>veranderd beleid:</td>
<td>3.5</td>
<td>3.8</td>
<td>4.0</td>
<td>3.4</td>
<td>3.8</td>
</tr>
<tr>
<td>Op het bureau</td>
<td>2.1</td>
<td>2.2</td>
<td>1.9</td>
<td>1.6</td>
<td>1.4</td>
</tr>
<tr>
<td>Huisbezoek/elders</td>
<td>2.8</td>
<td>3.2</td>
<td>3.1</td>
<td>2.9</td>
<td>3.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Telefonisch/schriftelijk</td>
<td>0.3</td>
<td>0.4</td>
<td>0.3</td>
<td>0.3</td>
<td>0.4</td>
</tr>
<tr>
<td>In groepswork</td>
<td>0.3</td>
<td>0.4</td>
<td>0.3</td>
<td>0.3</td>
<td>0.4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Hoewel in beide groepen het aantal te behandelen cliëntstystemen is toegenomen, is zowel de duur van de behandeling, het aantal zittingen, en de verdeling van de zittingen over
bureau, huisbezoek, telefonisch contacten en groepswerk nagenoeg ongewijzigd gebleven in de loop van de vijf onderzochte jaren. In geval van veranderd beleid is het huisbezoek iets meer afgenomen dan bij de andere groep.

De problemen die in behandeling zijn genomen waren oorspronkelijk in 18 categorieën ondergebracht (zie tabel 3.10). In de volgende tabel beperken we ons tot de drie clusters die in tabel 3.10 werden onderscheiden.

Tabel 3.22 Problematiek van cliënten van instellingen met en zonder veranderd beleid

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Geen veranderd beleid:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Problematiek:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Materieel</td>
<td>24%</td>
<td>24%</td>
<td>24%</td>
<td>21%</td>
<td>20%</td>
</tr>
<tr>
<td>Relaties</td>
<td>32%</td>
<td>32%</td>
<td>33%</td>
<td>34%</td>
<td>33%</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisch</td>
<td>29%</td>
<td>31%</td>
<td>32%</td>
<td>29%</td>
<td>32%</td>
</tr>
<tr>
<td>Veranderd beleid:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Problematiek:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Materieel</td>
<td>25%</td>
<td>24%</td>
<td>24%</td>
<td>25%</td>
<td>24%</td>
</tr>
<tr>
<td>Relaties</td>
<td>32%</td>
<td>32%</td>
<td>33%</td>
<td>31%</td>
<td>31%</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychisch</td>
<td>27%</td>
<td>28%</td>
<td>29%</td>
<td>27%</td>
<td>28%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Daar waar de gemeente er niet op heeft aangedrongen om het beleid te veranderen, is de proportie materiële problematiek teruggelopen en de psychische problematiek wat toegenomen.

Waar de gemeente wel op beleidswijzigingen aandrong zijn alle categorieën min of meer constant gebleven. De verschillen zijn in 1990 niet maar in 1994 wel significant (p < .05).

De behandeling in de twee groepen instellingen is zichtbaar in tabel 3.23

Tabel 3.23 Behandeling binnen instellingen met en zonder beleidswijzigingen

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Geen beleidswijzigingen:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Informatie en advisering</td>
<td>194 (23%)</td>
<td>168 (20%)</td>
<td>191 (21%)</td>
<td>138 (18%)</td>
<td>141 (15%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Concrete dienstverlening</td>
<td>79 (9%)</td>
<td>59 (7%)</td>
<td>59 (7%)</td>
<td>53 (7%)</td>
<td>58 (6%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Bemiddeling</td>
<td>91 (11%)</td>
<td>95 (11%)</td>
<td>98 (11%)</td>
<td>76 (10%)</td>
<td>87 (9%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Begeleiding/ondersteuning</td>
<td>484 (57%)</td>
<td>513 (61%)</td>
<td>541 (61%)</td>
<td>492 (65%)</td>
<td>648 (69%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Wel beleidswijzigingen:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Informatie en advisering</td>
<td>145 (17%)</td>
<td>151 (17%)</td>
<td>155 (17%)</td>
<td>169 (19%)</td>
<td>159 (17%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Concrete dienstverlening</td>
<td>74 (9%)</td>
<td>71 (8%)</td>
<td>67 (7%)</td>
<td>58 (7%)</td>
<td>66 (7%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Bemiddeling</td>
<td>121 (14%)</td>
<td>111 (13%)</td>
<td>97 (10%)</td>
<td>115 (13%)</td>
<td>104 (11%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Begeleiding</td>
<td>511 (60%)</td>
<td>546 (62%)</td>
<td>567 (66%)</td>
<td>548 (62%)</td>
<td>605 (65%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Bij instellingen zonder aandrag van de gemeente om het beleid te wijzigen is de informatie- en adviseringsfunctie, de concrete dienstverlening en de bemiddeling (zeg: de materiële hulpverlening) teruggelopen, terwijl de begeleiding is toegenomen. De informatie/advisering bij instellingen waarop de gemeente invloed uitoefende is niet terugge-
lopen (maar deze was minder prominent aanwezig in de eerste jaren); dienstverlening en bemiddeling is ook daar teruggelopen, maar dit geldt ook voor begeleiding. In 1994 lijken beide groepen m.b.t. materiële dienstverlening tamelijk veel op elkaar, maar doen de instellingen zonder beleidswijzigingen meer aan begeleiding.

Instellingen waarbij de gemeente getracht heeft het beleid te beïnvloeden, hebben een iets groter cliëntenaanbod. Ongeacht de pogingen van de gemeenten om het beleid te beïnvloeden is de cliëntenstroom blijven toenemen. En in beide gevallen heeft men niet getracht die toegenomen cliëntenstroom in te dammen door kortere behandelingen of minder behandelssessies. Hooguit is er sprake van een lichte achteruitgang in het huisbezoek.

Waar de gemeente tracht invloed uit te oefenen, is het probleemaanbod min of meer constant verdeeld geblaven over de categorieën materieel/relatieve/psychisch. Waar de gemeente zich er niet mee bemoeide, is de psychische problematiek iets toegenomen ten koste van de materiële problematiek. In aansluiting hierop is in het laatste geval sprake van afnemende info/acties functie en toegenomen begeleiding.

3.5.2 Aanbod en case-load

**Tabel 3.24 Gemiddeld aantal uitvoerenden en leidinggevenden (in f.t.e.) per instelling per jaar**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Jaar</th>
<th>Geen beleidswijziging</th>
<th>Wel beleidswijziging</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>aantal instellingen</td>
<td>gemiddeld</td>
</tr>
<tr>
<td>1990</td>
<td>32</td>
<td>12.8</td>
</tr>
<tr>
<td>1991</td>
<td>31</td>
<td>12.5</td>
</tr>
<tr>
<td>1992</td>
<td>36</td>
<td>12.8</td>
</tr>
<tr>
<td>1993</td>
<td>28</td>
<td>16.3</td>
</tr>
<tr>
<td>1994</td>
<td>27</td>
<td>14.5</td>
</tr>
<tr>
<td>1995</td>
<td>44</td>
<td>14.0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Instellingen waarbij de gemeenten wijzigingen hebben doorgevoerd, hebben meer fte's in dienst dan instellingen waarbij daar geen sprake van is (p < .05)

**Tabel 3.25 Gemiddeld aantal cliëntssystemen per uitvoerende (f.t.e.) per jaar**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Jaar</th>
<th>Geen beleidswijziging</th>
<th>Wel beleidswijziging</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>aantal instellingen</td>
<td>gemiddeld</td>
</tr>
<tr>
<td>1990</td>
<td>20</td>
<td>98</td>
</tr>
<tr>
<td>1991</td>
<td>23</td>
<td>109</td>
</tr>
<tr>
<td>1992</td>
<td>27</td>
<td>110</td>
</tr>
<tr>
<td>1993</td>
<td>19</td>
<td>106</td>
</tr>
<tr>
<td>1994</td>
<td>22</td>
<td>127</td>
</tr>
</tbody>
</table>

De case-load is bij beide type instellingen toegenomen; bij de instellingen zonder beleidswijziging kwam de toename later dan bij de instellingen waarbij sprake is van dergelijke wijzigingen.
3.5.3 Contacten met (geestelijke) gezondheidszorg en welzijnssector

Tabel 3.26 Instroom via de huisarts bij instellingen met en zonder beleidswijzigingen

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Geen beleidswijzigingen:</td>
<td>n=20</td>
<td>n=25</td>
<td>n=27</td>
<td>n=29</td>
<td>n=34</td>
</tr>
<tr>
<td>Huisarts</td>
<td>23 (21%)</td>
<td>270 (22%)</td>
<td>297 (24%)</td>
<td>372 (31%)</td>
<td>360 (25%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Wel beleidswijzigingen:</td>
<td>n=40</td>
<td>n=39</td>
<td>n=41</td>
<td>n=45</td>
<td>n=57</td>
</tr>
<tr>
<td>Huisarts</td>
<td>276 (23%)</td>
<td>307 (24%)</td>
<td>330 (26%)</td>
<td>391 (27%)</td>
<td>327 (22%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

In beide gevallen nam de instroom via de huisarts van 1990 tot 1993 toe om in 1994 weer af te nemen. De verschillen tussen de twee groepen zijn van jaar tot jaar te klein om significant te kunnen noemen.

Tabel 3.27 Uitstroom (verwijzingen) naar GGZ en welzijnssector bij instellingen met en zonder beleidswijzigingen

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Geen beleidswijzigingen:</td>
<td>n=20</td>
<td>n=25</td>
<td>n=27</td>
<td>n=29</td>
<td>n=34</td>
</tr>
<tr>
<td>GGZ</td>
<td>42 (31%)</td>
<td>53 (37%)</td>
<td>53 (38%)</td>
<td>70 (34%)</td>
<td>82 (36%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Maatsch. werk</td>
<td>40 (29%)</td>
<td>41 (29%)</td>
<td>47 (34%)</td>
<td>53 (26%)</td>
<td>60 (27%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Welzijnssector</td>
<td>14 (10%)</td>
<td>15 (11%)</td>
<td>12 (9%)</td>
<td>18 (9%)</td>
<td>14 (6%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Justitie</td>
<td>15 (11%)</td>
<td>13 (9%)</td>
<td>15 (11%)</td>
<td>17 (8%)</td>
<td>16 (7%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Wel beleidswijzigingen:</td>
<td>n=40</td>
<td>n=39</td>
<td>n=41</td>
<td>n=45</td>
<td>n=57</td>
</tr>
<tr>
<td>GGZ</td>
<td>47 (35%)</td>
<td>55 (38%)</td>
<td>62 (43%)</td>
<td>75 (31%)</td>
<td>80 (32%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Maatsch. werk</td>
<td>35 (26%)</td>
<td>36 (25%)</td>
<td>38 (26%)</td>
<td>68 (28%)</td>
<td>63 (26%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Welzijnssector</td>
<td>12 (9%)</td>
<td>14 (10%)</td>
<td>16 (11%)</td>
<td>21 (9%)</td>
<td>24 (10%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Justitie</td>
<td>14 (10%)</td>
<td>12 (8%)</td>
<td>14 (10%)</td>
<td>19 (8%)</td>
<td>20 (8%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Bij instellingen zonder gewijzigd beleid nam de relatieve uitstroom naar de GGZ toe, bij instellingen die aangaven dat de gemeenten op beleidswijziging had aangedrongen nam de (aanvankelijk toegenomen) uitstroom iets af. Instellingen waarbij de gemeenten geen aandrang op beleidswijziging uitoefenden gingen wat minder naar welzijnssector en justitie verwijzen, terwijl de andere groep in dat opzicht tamelijk constant bleef.

De verschillen zijn alle gering, maar men zou kunnen stellen dat daar waar de gemeenten aangedrongen hebben op een of andere vorm van bijstelling van het beleid de oriëntatie meer op de welzijnssector is gebleven en iets minder op (geestelijke) gezondheidszorg is gericht.

3.5.4 De invloed van gewijzigd beleid op vraag, aanbod en hulpverlening door het AMW: samenvatting

Gemelde wijzigingen in het beleid hebben geen invloed op het aantal cliëntssystemen gehad. De geconstateerde toename is in beide gevallen even groot. Ook de caseload is in beide gevallen toegenomen. Wel is het zo dat in verstedelijk gebied en grote steden
so wie so meer cliëntsystemen worden behandeld dat in rurale gebieden en dat van daaruit ook meer beleidswijzigingen worden gemeld.
In duur en aantal contacten zijn er geen verschillen. Wel wordt betreffende de plaats van het contact bij veranderd beleid een afgenomen percentage huisbezoek gemeld.
Wanneer er geen beleidsverandering gemeld wordt is de proportie materiële problematiek wat teruggelopen, en de psychische problematiek wat toegenomen. Is er wel sprake van beleidsverandering dan zijn deze proporties gelijk gebleven. Dit wordt ook teruggezien in de aard van de behandeling. Bij instellingen zonder beleidsverandering is de materiële hulpverlening (info en advies, concrete dienstverlening en bemiddeling) afgenomen en de psychische hulpverlening (begeleiding) toegenomen. Is er wel sprake van beleidsverandering dan zijn info en advies gelijk gebleven (maar was hier in 1990 ook minder groot dan bij geen beleidsverandering), dienstverlening en bemiddeling afgenomen. Begeleiding is licht toegenomen.
RESULTATEN -2: MENINGEN VAN HUISARTSEN

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven van de huisarts-enquête. Achtereenvolgens komen de meningen van de huisartsen aan bod over contacten met, bereikbaarheid van, inhoudelijke aansprekbaarheid van het AMW, het RIAGG, eerstelijnspsychologen en (in een aantal gevallen) psychiaters. Vervolgens wordt het oordeel van de huisartsen over deze hulpverleners c.q. instellingen weergegeven. Per onderdeel wordt eerst de mening van alle huisartsen beschreven, daarna worden verschillen tussen huisartsen die in diverse praktijkvormen werkzaam zijn nagegaan. Het effect van sexe, leeftijd en urbanisatiegraad op de mening wordt hier verder niet weergegeven: allereerst is dit gezien de onderzoeksvragen minder relevant en bovendien zijn weinig verschillen gevonden. In het tweede deel van elke paragraaf wordt nagegaan in hoeverre de kenmerken van AMW-instellingen van invloed zijn op de mening van de huisartsen.

4.2 Contacten van huisartsen met AMW en GGZ

Deze paragraaf bevat de resultaten met betrekking tot het overleg dat de huisarts heeft met het AMW en de GGZ, de mate waarin huisartsen het AMW en de GGZ consulteren en het aantal cliënten dat door de huisarts naar deze instellingen wordt: verwezen.

4.2.1 Alle huisartsen en onderscheid naar praktijkvorm

Overleg

Op de vraag "Hebt u overleg met algemeen maatschappelijk werkers" antwoordt 21% van de huisartsen ontkennend, 48% heeft regelmatig structureel overleg, 32% heeft wel overleg maar zonder vaste afspraak (zie tabel 4.1).

Tabel 4.1 Mate van overleg tussen huisarts en AMW, in percentages (alle huisartsen en onderscheid naar praktijkvorm)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>alle huisartsen (507)</th>
<th>solo praktijk (190)</th>
<th>duo praktijk (164)</th>
<th>groeps praktijk (59)</th>
<th>gezondheids centrum (93)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>overleg volgens afspraak</td>
<td>48</td>
<td>32</td>
<td>42</td>
<td>63</td>
<td>81</td>
</tr>
<tr>
<td>overleg zonder afspraak</td>
<td>32</td>
<td>40</td>
<td>31</td>
<td>27</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>geen overleg</td>
<td>21</td>
<td>28</td>
<td>28</td>
<td>10</td>
<td>–</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Alle huisartsen uit gezondheidscentra geven aan overleg te hebben met maatschappelijk werkers, meestal in structurele vorm, huisartsen met solo- of duopraktijken geven het vaakst aan geen overleg te hebben (Chi²=75.5, p<.01).

Van de huisartsen met structureel overleg geeft 35% aan dat dit minder dan één keer per maand is, 27% heeft één keer per maand overleg, 17% één tot twee keer en 11% meer dan twee keer per maand. Ook hier vindt in gezondheidscentra gemiddeld vaker
structureel overleg plaats dan in andere praktijkvormen (F=13.7, p<.01).

Verder uitgesplitst blijken de huisartsen gemiddeld 1.1 uur per maand mondeling overleg te hebben met het AMW, in gezondheidscentra weer significant meer (gemiddeld 2.1 uur) dan in andere praktijkvormen (F=32.5, p<.01). Er wordt vaker overlegd over cliënten (gemiddeld 0.8 uur en in gezondheidscentra 1.5 uur) dan over zaken die niet direct met individuele cliënten te maken hebben (gemiddeld 0.3 uur en in gezondheidscentra 0.7 uur). Verder geeft 26% van de huisartsen aan geen mondeling overleg te hebben over cliënten en 52% niet over andere zaken. Daarnaast wordt gemiddeld 1.5 keer per maand telefonisch contact met het AMW opgenomen over cliënten, in gezondheidscentra vaker (gemiddeld 2 keer) dan in andere praktijkvormen (F=3.1, p<.05).

Consultatie
Aan de huisartsen is gevraagd in welke mate ze het AMW, het RIAGG, eerstelijnspsychologen (ELP) en psychiaters consulteren, om advies vragen.

Tabel 4.2  Percentuele verdeling van de mate waarin de huisarts het AMW en de GGZ consulteert

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>nooit</th>
<th>soms</th>
<th>vaak</th>
<th>N=</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>AMW</td>
<td>6</td>
<td>49</td>
<td>45</td>
<td>501</td>
</tr>
<tr>
<td>RIAGG</td>
<td>3</td>
<td>51</td>
<td>47</td>
<td>499</td>
</tr>
<tr>
<td>ELP</td>
<td>14</td>
<td>62</td>
<td>24</td>
<td>500</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychiater</td>
<td>9</td>
<td>74</td>
<td>17</td>
<td>500</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Uit de tabel valt op te maken dat het AMW en de RIAGG ongeveer evenvaak geconsulteerd worden en vaker dan de eerstelijnspsychologen en psychiaters. In gezondheidscentra wordt het AMW vaker (Chi²=81.0, p<.01) en de RIAGG minder vaak geconsulteerd (Chi²=31.5, p<.01) dan in andere praktijkvormen. Huisartsen met een solo- of duopraktijk consulteren vaker een eerstelijnspsycholoog dan huisartsen uit respectievelijk groepsprikkijken en gezondheidscentra (Chi²=21.9, p<.01). Met betrekking tot de mate waarin de psychiater wordt geconsulteerd zijn geen verschillen tussen praktijkvormen.

De mate waarin huisartsen het AMW consulteren lijkt in de afgelopen 5 jaar gemiddeld weinig te zijn veranderd: 24% van de huisartsen is het AMW vaker gaan consulteren, 23% minder vaak en 53% antwoordt dat hier geen verandering in is opgetreden. Per praktijkvorm gezien is er wel iets veranderd: in gezondheidscentra lijkt de consultatie van maatschappelijk werkers te zijn toegenomen (32% vaker tegenoveraver 8% minder vaak), in groepsprikkijken afgenomen (37% minder vaak tegenover 18% vaker).

Verwijzingen
In tabel 4.3 is weergegeven hoeveel cliënten in 1995 naar schatting door de huisarts zijn verwezen naar het AMW en de GGZ.
Tabel 4.3  Aantal in 1995 door de huisarts verwezen cliënten (percentuele verdeling over de categorieën per instelling)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>AMW (488)</th>
<th>RIAGG (487)</th>
<th>ELP (482)</th>
<th>Psychiaer (483)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>geen</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>7</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>&lt; 5</td>
<td>14</td>
<td>10</td>
<td>40</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>6-10</td>
<td>26</td>
<td>30</td>
<td>28</td>
<td>33</td>
</tr>
<tr>
<td>11-15</td>
<td>21</td>
<td>23</td>
<td>14</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>16-20</td>
<td>15</td>
<td>14</td>
<td>6</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>21-25</td>
<td>8</td>
<td>8</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>&gt; 25</td>
<td>13</td>
<td>13</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>gemiddeld</td>
<td>12.9</td>
<td>13.1</td>
<td>7.1</td>
<td>6.9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Op eerste gezicht valt ook hier een scheiding op te merken tussen het AMW en de RIAGG aan de ene kant en eerstelijnspychologen/psychiaters aan de andere kant; er worden door de huisarts meer cliënten verwezen naar AMW en RIAGG. In tabel 4.4 wordt dit nog meer zichtbaar gemaakt. Hier is elke waarneming het midden van de categorie gegeven (een huisarts die 6-10 heeft geantwoord krijgt bijvoorbeeld de waarde 8, voor de categorie >25 is 25 genomen).

Tabel 4.4  Gemiddeld aantal in 1995 door de huisarts verwezen cliënten (alle huisartsen en onderscheid naar praktijkvorm)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Alle huisartsen (507)</th>
<th>Solo praktijk (190)</th>
<th>Duo praktijk (164)</th>
<th>Groeps praktijk (59)</th>
<th>Gezondheidscentra (83)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>AMW</td>
<td>12.9</td>
<td>10.9</td>
<td>12.3</td>
<td>12.5</td>
<td>18.1*</td>
</tr>
<tr>
<td>RIAGG</td>
<td>13.1</td>
<td>14.7</td>
<td>13.9</td>
<td>13.3</td>
<td>8.3*</td>
</tr>
<tr>
<td>ELP</td>
<td>7.1</td>
<td>7.0</td>
<td>8.0</td>
<td>7.5</td>
<td>5.8*</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychiater</td>
<td>6.3</td>
<td>6.5</td>
<td>6.9</td>
<td>6.4</td>
<td>4.9*</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* = significant verschillen tussen praktijkvormen bij analyses op de oorspronkelijke data

Uit de tabel (en de analyses op de oorspronkelijke data) blijkt dat huisartsen van gezondheidscentra meer cliënten naar het AMW verwijzen (Chi²=57.4, p<.01) en minder naar de RIAGG (Chi²=50.8, p<.01), eerstelijnspychologen (Chi²=10.7, p<.05) en psychiaters (Chi²=8.3, p<.05).

Tenslotte lijkt het aantal cliënten dat door de huisarts naar het AMW wordt verwezen in de afgelopen 5 jaar iets te zijn toegenomen: gemiddeld antwoord 34% van de huisartsen "toegenomen" en 21% "afgenomen". Tussen praktijkvormen werden significante verschillen gevonden (Chi²=26.2, p<.01): in gezondheidscentra is de toename van het aantal verwijzingen vrij groot (49% toename tegenover 6% afname), huisartsen in groepspraktijken lijken daarentegen minder naar het AMW te verwijzen dan 5 jaar geleden (32% afname tegenover 18% toename).

4.2.2 Onderscheid naar kenmerken van AMW-werkgebieden

Geen/wel beleidswisselingen

Er werden weinig verschillen gevonden tussen de contacten die huisartsen met het AMW en de GGZ onderhouden in regio’s waar het AMW wel te maken heeft gehad met beleidswisselingen sinds 1989 en regio’s waarin dat niet het geval is. Alleen in regio’s
waar wel sprake is van een beleidswisseling hebben huisartsen vaker per maand overleg met het AMW (gemiddeld 1.5 keer) dan in regio’s zonder beleidswisseling (gemiddeld 1.2 keer per maand) (F=5.3, p<.05).

**Laag/hoog huisartsverwijcijfer**

In regio’s waar het AMW een hoog percentage van haar cliënten via de huisarts krijgt, hebben huisartsen vaker structureel overleg met het AMW (Chi²=16.8, p<.01), wordt het AMW vaker door de huisarts geconsulteerd (Chi²=14.6, p<.01) en verwijst de huisarts inderdaad meer cliënten naar het AMW dan de huisarts in regio’s met een laag verwijcijfer (Z=-4.2, p<.05).

In de laatstgenoemde regio’s wordt de RIAGG vaker geconsulteerd (Chi²=10.7, p<.01). Tevens worden hier meer cliënten naar de RIAGG (Z=-3.4, p<.01) en naar psychiaters verwezen (Z=-2.5, p<.05) dan door huisartsen in werkgebieden van AMW-instellingen met een hoog huisartsverwijcijfer.

**Oriëntatie op GGZ/welzijnssector**

Huisartsen uit de werkgebieden van AMW-instellingen die op de GGZ zijn georiënteerd, consullen het AMW vaker (Chi²=10.9, p<.01) dan huisartsen uit regio’s waar het AMW op de maatschappelijk dienstverlening is georiënteerd. Ook de eerstelijnspyschologen worden hier vaker geconsulteerd (Chi²=6.8, p<.05). Tevens verwijzen deze huisartsen ook meer cliënten naar het AMW.

Huisartsen uit de werkgebieden van AMW-instellingen die veel naar de welzijnssector verwijzen, geven vaker aan geen overleg te hebben met maatschappelijk werkers. Deze huisartsen consullen de RIAGG vaker (Chi²=16.9, p<.01) en verwijzen er ook meer cliënten naar toe (Z=-5.1, p<.01).

**Weinig/veel eerstelijnspyschologen in de regio**

In gebieden waar drie of minder eerstelijnspyschologen zijn gevestigd, hebben huisartsen vaker structureel overleg met maatschappelijk werkers (Chi²=10.3, p<.01) en de overlegfrequentie per maand is ook hoger (F=46.6, p<.01). Ook het aantal uren mondeling overleg per maand is hoger (F=7.2, p<.01) zowel over cliënten (F=5.0, p<.05) als over andere zaken (F=4.5, p<.05). In regio’s met meer dan drie eerstelijnspyschologen worden door de huisarts meer cliënten naar deze hulpverleners verwezen dan in gebieden met weinig eerstelijnspyschologen (Z=-3.7, p<.05).

**Geen/wel spreekuurpunt van de RIAGG in de regio**

Huisartsen in gebieden zonder RIAGG-spreekuurpunt hebben vaker structureel overleg met het AMW (Chi²=9.7, p<.01), hebben vaker telefonisch overleg met (F=5.2, p<.05) en verwijzen meer cliënten naar het AMW (Z=-2.1, p<.05). Tegenstrijdig genoeg verwijzen deze huisartsen ook meer cliënten naar het RIAGG zelf. In regio’s waar één of meerdere spreekuurpunten gevestigd zijn, verwijzen huisartsen meer cliënten naar de eerstelijnspyscholoog en de psychiater dan de huisartsen in gebieden zonder RIAGG-spreekuurpunt.

**4.2.3 Samenvatting**

**Alle huisartsen**

Ruim drie kwart van de huisartsen heeft, al dan niet structureel (volgens afspraak), overleg met maatschappelijk werkers, meestal niet vaker dan twee keer per maand. Er wordt meer overlegd over cliënten, al dan niet rond een verwijzing, dan over andere zaken. Het AMW en de RIAGG worden door de huisarts evenveel geconsulteerd, vaker dan de eerstelijnspyscholoog en psychiaters. Vergeleken met vijf jaar geleden zijn huisartsen het AMW niet meer of minder vaak gaan consullen. De huisarts verwijst gemiddeld meer cliënten naar
het AMW en de RIAGG dan naar de eerstelijnspsycholoog en de psychiater. Huisartsen zijn van mening dat het aantal verwijzingen naar het AMW in de afgelopen vijf iets is toegenomen.

**Praktijkvorm**

Huisartsen uit gezondheidscentra hebben vaker overleg met maatschappelijk werkers en gemiddeld ook meer uur per maand dan huisartsen uit andere praktijkvormen. Ook nemen ze vaker telefonisch contact op met het AMW. Deze huisartsen consulenten het AMW vaker en de RIAGG minder vaak. Huisartsen met een solo- of duopraktijk consulenten daarentegen vaker dan andere huisartsen de eerstelijnspsycholoog. In vergelijking tot andere huisartsen, verwijzen huisartsen uit gezondheidscentra meer cliënten naar het AMW en minder naar de RIAGG, de eerstelijnspsycholoog en de psychiater. In gezondheidscentra is zowel de consultatie van als het aantal verwijzingen naar het AMW de afgelopen vijf jaar toegenomen, in groepspraktijken zijn beide afgenomen.

**AMW-kenmerken**

Of het AMW al dan niet te maken heeft gehad met beleidswisselingen sinds 1989, lijkt weinig invloed te hebben op het contact tussen de huisarts en het AMW. Alleen in regio’s met beleidswisseling hebben de huisartsen vaker overleg met maatschappelijk werkers. Wanneer het AMW een groot percentage cliënten via de huisarts krijgt, hebben huisartsen vaker structureel overleg met het AMW, wordt het AMW vaker geconsulteerd en verwijst de huisarts gemiddeld inderdaad meer cliënten naar het AMW. In regio’s waar het AMW relatief gezien weinig cliënten via de huisarts krijgt, consulenten huisartsen de RIAGG vaker en verwijzen ze er ook meer cliënten naar toe. Tevens worden in deze regio’s door de huisarts meer cliënten naar de psychiater verwezen. Huisartsen uit gebieden waar het AMW relatief gezien veel naar de GGZ verwijst, consulenten het AMW (en de eerstelijnspsycholoog) vaker en verwijzen meer cliënten naar het maatschappelijk werk. In gebieden waar het AMW op de welzijnssector is gericht, hebben huisarts en AMW vaker geen overleg met elkaar, worden meer cliënten naar de RIAGG verwezen en wordt deze instelling vaker door de huisarts geconsulteerd. In AMW-werkgebieden waar weinig eerstelijnspsychologen zijn gevestigd, hebben huisartsen vaker structureel overleg met het AMW en gemiddeld ook meer uur per maand. Wanneer er vrij veel psychologen aanwezig zijn, worden er meer cliënten naar toe verwezen. Huisartsen uit gebieden zonder RIAGG-spreekuurpunt hebben zowel vaker structureel als telefonisch overleg met maatschappelijk werkers en verwijzen meer cliënten naar het AMW. Tegenstrijdig genoeg verwijzen huisartsen uit regio’s waar wel een spreekuurpunt is gevestigd minder naar de RIAGG en meer naar de eerstelijnspsycholoog en psychiater dan huisartsen uit regio’s zonder spreekuurpunt.

### 4.3 Bereikbaarheid van AMW en GGZ

In deze paragraaf wordt de mening van de huisartsen beschreven over de bereikbaarheid van het AMW en de GGZ (geografische afstand en wachtijden) en de mate waarin huisartsen beschikken over informatie wat betreft spreekuurijden, hulpverleningsaanbod en namen van hulpverleners.
4.3.1 Alle huisartsen en onderscheid naar praktijkvorm

Bereikbaarheid

Over het algemeen in de dichtstbijzijnde spreekuurpost van het AMW waar de huisarts cliënten naar verwijst, is de dichtbijheid: 93% van de huisartsen geeft aan dat deze afstand minder dan 5 kilometer bedraagt. Er werden geen verschillen in praktijkvorm gevonden.

De wachtijd voor cliënten die door de huisarts naar het AMW worden verwezen, is gemiddeld 13.8 dagen (standaard deviatie 12.3 dagen), dit verschilt niet tussen de praktijkvormen.

In tabel 4.5 wordt weergegeven hoe goed volgens de huisarts de bereikbaarheid van het AMW is (wat betreft afstand en wachtijd) in vergelijking tot die van de RIAGG, de eerstelijnspsycholoog en de psychiater.

Tabel 4.5 Bereikbaarheid van het AMW ten opzichte van de GGZ (percentuele verdeeling per instelling)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Afstand</th>
<th>kleiner</th>
<th>gelijk</th>
<th>groter</th>
<th>N=</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>RIAGG</td>
<td>64</td>
<td>20</td>
<td>10</td>
<td>494</td>
</tr>
<tr>
<td>ELP</td>
<td>48</td>
<td>38</td>
<td>14</td>
<td>480</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychiater</td>
<td>61</td>
<td>23</td>
<td>17</td>
<td>484</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Wachtijd</th>
<th>korter</th>
<th>gelijk</th>
<th>langer</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>RIAGG</td>
<td>75</td>
<td>19</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>ELP</td>
<td>40</td>
<td>41</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychiater</td>
<td>67</td>
<td>19</td>
<td>14</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Uit de tabel blijkt dat de bereikbaarheid van het AMW ten opzichte van die van de GGZ-instellingen positiever wordt beoordeeld. De eerstelijnspsycholoog ligt wat betreft afstand en wachtijd nog het dichtst bij het AMW, de wachtijden bij de RIAGG worden, in vergelijking met die bij het AMW, nog het meest negatief beoordeeld.

Logischerwijze is in gezondheidscentra de afstand van het AMW in vergelijking tot die van de RIAGG (Chi²=25.4, p<.01) de eerstelijnspsycholoog (Chi²=14.3, p<.05) en de psychiater (Chi²=20.9, p<.01) significant kleiner dan in andere praktijkvormen. Wat betreft wachtijden is er geen verschil tussen de praktijkvormen.

De bereikbaarheid van het AMW wat betreft afstand lijkt de laatste vijf jaar weinig te zijn veranderd: 6% van de huisartsen geeft aan dat deze slechter is geworden, 8% dat het is verbeterd.

De wachtijd bij het AMW lijkt langer te zijn geworden in vergelijking tot 5 jaar geleden: gemiddeld antwoordt 36% van de huisartsen 'slechter' en 9% 'verbeterd'. Dit is meer het geval in gezondheidscentra dan in andere praktijkvormen (Chi²=16.8, p<.01); hier vindt 53% van de huisartsen dat de bereikbaarheid van het AMW wat betreft wachtijd slechter is geworden tegenover 8% die een verbetering aangeeft.

Aan de huisartsen is tevens gevraagd of de bereikbaarheid van het AMW ten opzichte van GGZ-voorzieningen, de laatste vijf jaar over het algemeen is verbeterd of verslechterd. Zowel wat betreft wachtijd als afstand lijkt de ontwikkeling bij het AMW gelijk te zijn aan die bij de GGZ-voorzieningen. Tien procent van de huisartsen geeft aan dat de afstand van het AMW ten opzichte van die van de GGZ de afgelopen vijf jaar is verbeterd, 6% meldt een verslechtering. Wat betreft wachtijd antwoordt 22% 'verbeterd' en 20%
4 resultaten -2: meningen van huisartsen

'slechter'. Er werden geen verschillen tussen praktijkvorm gevonden.

**Informatie**

In tabel 4.6 wordt een overzicht gegeven van de huisartsen die als dat nodig is informatie bij de hand hebben over spreekuurtijden voor cliënten, namen van hulpverleners en het hulpverleningsaanbod van het AMW, de RIAGG en de eerstelijnspsychologen.

**Tabel 4.6** Percentages huisartsen die over informatie beschikken m.b.t. spreekuurtijden, namen van hulpverleners, hulpverleningsaanbod (alle huisartsen en onder-scheid naar praktijkvorm)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>alle huisartsen</th>
<th>solo praktijk</th>
<th>duo praktijk</th>
<th>groeps praktijk</th>
<th>gezondheidscentrum</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>(507)</td>
<td>(190)</td>
<td>(154)</td>
<td>(59)</td>
<td>(93)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>AMW</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tijden</td>
<td>68</td>
<td>62</td>
<td>61</td>
<td>71</td>
<td>91*</td>
</tr>
<tr>
<td>namen</td>
<td>64</td>
<td>51</td>
<td>59</td>
<td>80</td>
<td>91*</td>
</tr>
<tr>
<td>aanbod</td>
<td>55</td>
<td>45</td>
<td>53</td>
<td>54</td>
<td>80*</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>RIAGG</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tijden</td>
<td>51</td>
<td>57</td>
<td>51</td>
<td>44</td>
<td>40*</td>
</tr>
<tr>
<td>namen</td>
<td>27</td>
<td>31</td>
<td>28</td>
<td>22</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>aanbod</td>
<td>49</td>
<td>51</td>
<td>52</td>
<td>48</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ELP</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tijden</td>
<td>42</td>
<td>41</td>
<td>43</td>
<td>34</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>namen</td>
<td>62</td>
<td>56</td>
<td>65</td>
<td>63</td>
<td>71</td>
</tr>
<tr>
<td>aanbod</td>
<td>49</td>
<td>45</td>
<td>49</td>
<td>53</td>
<td>55</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* = significante verschillen tussen praktijkvormen

Ongeveer de helft van de huisartsen beschikt over informatie wat betreft het hulpverleningsaanbod van de drie instanties. De spreekuurtijden van eerstelijnspsychologen zijn aan minder huisartsen bekend dan respectievelijk die van de RIAGG en het AMW. Slechts een kwart van de huisartsen beschikt over namen van hulpverleners bij de RIAGG, tweederde heeft informatie over namen van eerstelijnspsychologen en maatschappelijk werkers.

In gezondheidscentra beschikken de huisartsen vaker over informatie wat betreft spreekuurtijden (Chi²=30.5, p<.01) namen van hulpverleners (Chi²=53.7, p<.01) en hulpverleningsaanbod (Chi²=30.2, p<.01) van het AMW dan huisartsen in andere praktijkvormen. In groepspraktijken beschikken huisartsen ook vaak over namen van maatschappelijk werkers. Huisartsen met een solo- of duopraat zijn daarentegen weer vaker op de hoogte van de spreekuurtijden van de RIAGG (Chi²=8.9, p<.05).

Op de vraag 'Kent u hulpverleners in het AMW en RIAGG en vrijgevestigd psychologen persoonlijk?', antwoordt respectievelijk 77, 45 en 60% van de huisartsen bevestigend. In overeenstemming met het voorgaande kennen huisartsen uit gezondheidscentra de maatschappelijk werker(s) vaker persoonlijk dan huisartsen in andere praktijkvormen: 100% tegenover 65 tot 85% (Chi²=46.3, p<.01).
4.3.2 Onderscheid naar kenmerken van AMW-werkgebieden

Geen/wel beleidswisseling

Ook wat betreft de bereikbaarheid van het AMW en de GGZ werden nauwelijks verschillen gevonden tussen de mening van huisartsen uit gebieden waar wel beleidsveranderingen bij het AMW hebben plaatsgevonden en die van huisartsen uit regio's waar geen beleidsveranderingen zijn geweest. Alleen de afstand van het AMW ten opzichte van die van de RIAGG wordt in de eerstgenoemde gebieden minder positief beoordeeld (Chi²=6.6, p<.05).

Laag/hoog huisartsverwijcijfer

In regio's waar een hoog percentage cliënten van het AMW via de huisarts binnenkomt, is de wachtijd voor het AMW gemiddeld langer (F=4.1, p<.05) wordt de afstand (F=10.7, p<.01) en de wachtijd van het AMW ten opzichte van die van de RIAGG (F=19.0, p<.01) positiever beoordeeld dan in gebieden met een laag huisartsverwijcijfer. Men is vaker van mening dat de wachtijd van het AMW de laatste vijf jaar slechter is geworden (Chi²=8.5, p<.05), al geven deze huisartsen tevens vaker aan dat de wachtijd van het AMW ten opzichte van die van de GGZ-instellingen de laatste vijf jaar is verbeterd dan in regio's met een laag huisartsverwijcijfer (Chi²=12.4, p<.01).

Huisartsen uit regio's waar veel cliënten naar het AMW worden verwezen, beschikken vaker over informatie van het AMW wat betreft spreekuurten (Chi²=13.2, p<.01), namen van hulpverleners (Chi²=15.8, p<.01) en het hulpverleningsaanbod (Chi²=6.3, p<.05). Ook geven ze vaker aan de maatschappelijk werkers persoonlijk te kennen (Chi²=15.1, p<.01) dan hun collega's uit regio's waar huisartsen weinig naar het AMW verwijzen.

Oriëntatie op GGZ/welzijnssector

In regio's waar het AMW veel cliënten naar de GGZ verwijst, worden zowel de afstand (Chi²=28.5, p<.01) als de wachtijd (Chi²=10.8, p<.01) van het AMW ten opzichte van de RIAGG positiever beoordeeld dan in regio's waar het AMW georiënteerd is op de welzijnssector. Deze huisartsen zijn ook vaker van mening dat de wachtijd van het AMW ten opzichte van de GGZ in de afgelopen vijf jaar is verbeterd (Chi²=7.0, p<.05). Tevens hebben ze vaker informatie bij de hand over spreekuurten (Chi²=8.8, p<.01), namen van hulpverleners (Chi²=26.7, p<.01) en het hulpverleningsaanbod (Chi²=11.1, p<.01) van het AMW. Ook kennen ze de maatschappelijk werkers vaker persoonlijk (Chi²=25.6, p<.01) dan huisartsen uit gebieden waar het AMW veel naar de welzijnssector verwijst. In de laatstgenoemde regio's beschikken huisartsen daarentegen vaker over spreekuurten van de RIAGG (Chi²=4.0, p<.05).

Weinig/veel eerstelijnspsychologen in de regio

In AMW-regio's met weinig eerstelijnspsychologen wordt zowel de afstand van het AMW ten opzichte van de eerstelijnspsychologen (Chi²=7.0, p<.05) als de wachtijd (Chi²=8.4, p<.05) positiever beoordeeld dan in gebieden waar zich meer dan drie psychologen hebben gevestigd. Dit geldt overigens ook voor de wachtijd van het AMW ten opzichte van de RIAGG (Chi²=6.9, p<.05). Huisartsen beschikken in deze regio's tevens vaker over informatie van het AMW wat betreft spreekuurten (Chi²=5.6, p<.01) en namen van hulpverleners (Chi²=11.0, p<.01). Ook kent men de maatschappelijk werkers vaker persoonlijk dan in AMW-werkgebieden met veel eerstelijnspsychologen (Chi²=11.6, p<.01). In de laatstgenoemde regio's kennen huisartsen de psychologen vaker persoonlijk (Chi²=3.9, p<.05).

Geen/wel spreekuurpunt van de RIAGG in de regio

In gebieden zonder RIAGG-spreekuurpunt beoordelen de huisartsen de bereikbaarheid
van het AMW ten opzichte van die van het RIAGG positiever, echter alleen wat betreft afstand ($\chi^2=9.8$, $p<.01$) en niet wat betreft wachtijd. Ten opzichte van de eerstelijnspsycholoog wordt het AMW in deze regio’s zowel qua afstand ($\chi^2=6.2$, $p<.05$) als qua wachtijd ($\chi^2=18.3$, $p<.01$) positiever beoordeeld. Wanneer er wel een spreekuurpunt van de RIAGG in de regio is gevestigd, zijn de huisartsen van mening dat de gemiddelde wachtijd van het AMW langer is ($F=11.3$, $p<.01$) en dat de bereikbaarheid van het AMW wat betreft wachtijd de afgelopen vijf jaar meer is verslechterd ($\chi^2=16.6$, $p<.01$) dan in gebieden zonder spreekuurpunt. Tevens kent de huisarts hier de hulpverleners van de RIAGG vaker persoonlijk ($\chi^2=4.2$, $p<.05$).

4.3.3 Samenvatting

Alle huisartsen

Over het algemeen is de dichtstbijzijnde spreekuurpost van het AMW minder dan vijf kilometer van de huisarts verwijderd. De geografische afstand tussen huisarts en eerstelijnspsycholoog is in de helft en tussen huisarts en RIAGG/psychiater in tweederde van de situaties groter dan die tussen huisartsen en AMW. Hierin is in de afgelopen vijf jaar weinig veranderd.

De wachtijd voor het AMW bedraagt gemiddeld 14 dagen (variërend van nul tot 60 dagen) en is vergeleken met vijf jaar geleden langer geworden. De eerstelijnspsycholoog ligt qua wachtijd nog het dichtst bij het AMW, de wachtjden bij de RIAGG zijn in driekwart van de situaties langer dan die voor het AMW. Gemiddeld bezien is de wachtijd voor het AMW ten opzichte van die voor de GGZ-voorzieningen in de afgelopen vijf jaar niet veranderd. De helft van de huisartsen heeft informatie over het hulpverleningsaanbod van zowel het AMW als de RIAGG en de eerstelijnspsycholoog. De spreekurtijden van het AMW zijn het meest bekend, die van de eerstelijnspsycholoog het minst. Slechts een kwart van de huisartsen beschikt over namen van hulpverleners bij de RIAGG, tweederde kent namen van eerstelijnspsychologen en maatschappelijk werkers. Ook kent men de hulpverleners van de RIAGG het minst vaak persoonlijk.

Praktijkvorm

De afstand tot en wachtijd voor het AMW verschilt niet voor huisartsen uit de diverse praktijkvormen. Wel geven huisartsen in gezondheidscentra vaker dan andere huisartsen aan dat de wachtijd voor het AMW in de afgelopen vijf jaar langer is geworden. Logischerwijze is de geografische afstand van het AMW ten opzichte van die van de GGZ-voorzieningen in gezondheidscentra kleiner dan in andere praktijkvormen. Huisartsen uit gezondheidscentra zijn vaker bekend met de spreekurtijden, het hulpverleningsaanbod en de namen van hulpverleners van het AMW, ook kennen ze de maatschappelijk werkers altijd persoonlijk. Huisartsen uit solo- en duopraktijken zijn daarentegen vaker op de hoogte van de spreekurtijden bij de RIAGG.

AMW-kenmerken

Huisartsen uit regio’s waar het AMW te maken heeft gehad met beleidswijzigingen oordeelden niet noemenswaardig anders over de bereikbaarheid van het AMW en de GGZ-voorzieningen dan hun collega’s uit gebieden zonder beleidswijzigingen. In AMW-werkgebieden met een hoog huisartsverwisselijker is de wachtijd voor het AMW langer en is men vaker van mening dat deze in de afgelopen vijf jaar is toegenomen. Het (positieve) verschil tussen wachtijd voor het AMW en de RIAGG is hier echter nog steeds het grootst, ook geeft men vaker aan dat de wachtijd voor het AMW ten opzichte van die van de GGZ-voorzieningen in de afgelopen vijf jaar is verbeterd. Huisartsen uit regio’s waar het AMW relatief weinig cliënten via de huisarts krijgt, beschikken minder vaak over informatie van het AMW en kennen hulpverleners minder vaak persoonlijk.
In regio’s waar het AMW georiënteerd is op de GGZ, wordt de bereikbaarheid van het AMW ten opzichte van die van de RIAGG positiever beoordeeld. Ook is men vaker van mening dat de wachtijd voor het AMW ten opzichte van die voor de GGZ in de afgelopen vijf jaar is verbeterd. Tevens hebben deze huisartsen vaker informatie bij de hand over het AMW en kennen ze de maatschappelijk werkers vaker persoonlijk. Huisartsen uit gebieden waar het AMW meer op de welzijnssector is georiënteerd zijn daarentegen vaker bekend met de spreekuurtypen van de RIAGG.

Huisartsen uit ‘regio’s met weinig eerstelijnspsychologen beoordelen zowel de bereikbaarheid van het AMW ten opzichte van die van de eerstelijnspsycholoog als ten opzichte van die van de RIAGG positiever. Men beschikt vaker over informatie wat betreft spreekuurtypen en namen van hulpverleners van het AMW en kent de maatschappelijk werkers vaker persoonlijk. In gebieden met veel eerstelijnspsychologen kent de huisarts deze hulpverleners vaker persoonlijk.

Niet verwonderlijk wordt in gebieden zonder RIAGG-spreekuurpunt de afstand van het AMW ten opzichte van die van de RIAGG positiever beoordeeld dan in gebieden waar wel een spreekuurpunt is gevestigd. Ook de bereikbaarheid van het AMW ten opzichte van die van de eerstelijnspsycholoog wordt in de eerstgenoemde gebieden positiever beoordeeld. Wanneer wel een spreekuurpunt in de regio gevestigd is, zijn de huisartsen van mening dat de wachtijd voor het AMW langer is geëven men vaker aan dat deze in de afgelopen vijf jaar is toegenomen. Tevens kent de huisarts hier de hulpverleners van de RIAGG vaker persoonlijk.

4.4 Inhoudelijke terreinen waarop AMW en GGZ aanspreekbaar zijn

In deze paragraaf wordt beschreven naar welke instelling huisartsen cliënten met bepaalde klachten/problematiek verwijzen en in hoeverre ze van mening zijn dat cliënten baat hebben bij deze verwijzing.

4.4.1 Alle huisartsen en onderscheid naar praktijkvorm

Aan de huisartsen is een tawaalfal activiteiten vooropgelegd die gericht zijn op psychosociale hulpverlening of begeleiding. Hen is gevraagd of elke activiteit aan te geven naar welke instelling ze een cliënt met deze klacht verwijzen, er konden meerdere antwoordcategorieën worden aangekruist. Deze gegevens zijn omgeperceenteerd waardoor per problematiek de proporties verwijzingen door de huisarts naar de diverse instellingen zichtbaar wordt (zie tabel 4.7), de analyses zijn op de oorspronkelijke data uitgevoerd.

Huisartsen verwijzen met name vaak naar het AMW bij cliënten met problemen op het werk en relatieproblemen. Ook bij cliënten met spanningsklachten, chronische moeheid, opvoedingsmoeilijkheden en hyperventilatie wordt het AMW door een derde of meer van de respondenten genoemd. De RIAGG krijgt via de huisarts veel ex-psychiatrische cliënten en cliënten met suicidale neigingen. Ook cliënten met wanen, straatvrees, opvoedingsmoeilijkheden, verslavingsproblematiek en sexuele problemen worden door de huisarts vrij vaak naar de RIAGG verwezen.

Het hoogste percentage verwijzingen naar de eerstelijnspsycholoog zijn cliënten met sexuele problemen, daarnaast krijgt deze hulpverlener via de huisarts een redelijk aantal cliënten met relatieproblemen en straatvrees. De psychiatrie krijgt via de huisarts met name cliënten met wanen en (in iets mindere mate) met suicidale neigingen.

Verder worden veel cliënten met verslavingsproblematiek naar het CAD verwezen en lijkt
de huisarts zelf vrij vaak chronische moeheid te behandelen.

Tabel 4.7 Proportionele verdeling per problematiek van naar AMW en GGZ verwezen cliënten (n=507)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>nooit</th>
<th>AMW</th>
<th>RIAGG</th>
<th>ELP</th>
<th>Psychiatrie</th>
<th>Overig</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>adviseren bij</td>
<td>4</td>
<td>33</td>
<td>37</td>
<td>15</td>
<td>3</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>opvoedingsmoeilijkheden</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>begeleiden van ex-</td>
<td>4</td>
<td>11</td>
<td>57</td>
<td>5</td>
<td>22</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>psychiatrische patiënten</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bespreken relatie-</td>
<td>1</td>
<td>50</td>
<td>21</td>
<td>25</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>problemen echtpaar</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hulpbieden bij suicidale</td>
<td>--</td>
<td>6</td>
<td>56</td>
<td>4</td>
<td>34</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>neigingen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>behandeling van lichte</td>
<td>9</td>
<td>21</td>
<td>38</td>
<td>25</td>
<td>8</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vorm van straatvrees</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bespreken van langdurige</td>
<td>8</td>
<td>68</td>
<td>9</td>
<td>13</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>problemen op het werk</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>7.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ontspanningstherapie</td>
<td>11</td>
<td>36</td>
<td>16</td>
<td>20</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bij spanningsklachten</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>8.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hulp bieden bij</td>
<td>15</td>
<td>32</td>
<td>19</td>
<td>17</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hyperventilatie</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>9.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hulp bieden bij</td>
<td>2</td>
<td>9</td>
<td>28</td>
<td>38</td>
<td>9</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sexueel problemen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>10.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hulp bieden bij</td>
<td>3</td>
<td>13</td>
<td>31</td>
<td>3</td>
<td>12</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>verslavingsproblematiek</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>11.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>behandelen van wanen</td>
<td>--</td>
<td>1</td>
<td>42</td>
<td>2</td>
<td>55</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>behandelen van</td>
<td>28</td>
<td>34</td>
<td>17</td>
<td>15</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>chronische moeheid</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

In tabel 4.8 wordt per problematiek een overzicht gegeven van het percentage verwijzingen naar de diverse instellingen, uitgesplitst naar praktijkvorm (per praktijkvorm tellen de percentages op tot 100%).
### Tabel 4.8 Proportionele verdeling van naar AMW en GGZ verwezen cliënten (per problematiek, per praktijkvorm, N = resp. 190, 164, 59 en 93)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>opvo</th>
<th>psych</th>
<th>rela</th>
<th>suic</th>
<th>fobi</th>
<th>werk</th>
<th>span</th>
<th>hypv</th>
<th>seks</th>
<th>drug</th>
<th>waan</th>
<th>moeh</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Geen verw.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>solopraktijk</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>11</td>
<td>10</td>
<td>12</td>
<td>19</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>33</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>duopraktijk</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>9</td>
<td>8</td>
<td>11</td>
<td>18</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>28</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>groepspraktijk</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
<td>3</td>
<td>11</td>
<td>12</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>21</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gezondheidscentrum</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>6</td>
<td>3</td>
<td>11</td>
<td>8</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>22</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMW</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>solopraktijk</td>
<td>33</td>
<td>7</td>
<td>51</td>
<td>3</td>
<td>14</td>
<td>67</td>
<td>31</td>
<td>24</td>
<td>4</td>
<td>12</td>
<td>5</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>duopraktijk</td>
<td>28</td>
<td>10</td>
<td>45</td>
<td>4</td>
<td>20</td>
<td>61</td>
<td>31</td>
<td>28</td>
<td>7</td>
<td>10</td>
<td>1</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>groepspraktijk</td>
<td>30</td>
<td>21</td>
<td>45</td>
<td>8</td>
<td>24</td>
<td>77</td>
<td>33</td>
<td>29</td>
<td>11</td>
<td>19</td>
<td>11</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>gezondheidscentrum</td>
<td>46</td>
<td>18</td>
<td>64</td>
<td>11</td>
<td>32</td>
<td>76</td>
<td>55</td>
<td>53</td>
<td>21</td>
<td>15</td>
<td>2</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>RIAGG</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>solopraktijk</td>
<td>40</td>
<td>62</td>
<td>21</td>
<td>59</td>
<td>43</td>
<td>7</td>
<td>20</td>
<td>22</td>
<td>33</td>
<td>33</td>
<td>41</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>duopraktijk</td>
<td>40</td>
<td>58</td>
<td>26</td>
<td>58</td>
<td>41</td>
<td>12</td>
<td>18</td>
<td>18</td>
<td>31</td>
<td>37</td>
<td>43</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>groepspraktijk</td>
<td>46</td>
<td>68</td>
<td>23</td>
<td>42</td>
<td>38</td>
<td>6</td>
<td>22</td>
<td>24</td>
<td>28</td>
<td>29</td>
<td>42</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>gezondheidscentrum</td>
<td>18</td>
<td>52</td>
<td>16</td>
<td>57</td>
<td>25</td>
<td>7</td>
<td>4</td>
<td>10</td>
<td>16</td>
<td>18</td>
<td>44</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>ELP</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>solopraktijk</td>
<td>17</td>
<td>5</td>
<td>26</td>
<td>4</td>
<td>25</td>
<td>14</td>
<td>23</td>
<td>22</td>
<td>39</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>duopraktijk</td>
<td>15</td>
<td>4</td>
<td>27</td>
<td>4</td>
<td>20</td>
<td>13</td>
<td>22</td>
<td>15</td>
<td>39</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>groepspraktijk</td>
<td>10</td>
<td>6</td>
<td>27</td>
<td>8</td>
<td>27</td>
<td>14</td>
<td>25</td>
<td>23</td>
<td>37</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>gezondheidscentrum</td>
<td>15</td>
<td>5</td>
<td>18</td>
<td>5</td>
<td>28</td>
<td>12</td>
<td>8</td>
<td>7</td>
<td>34</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychiatrie</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>solopraktijk</td>
<td>2</td>
<td>21</td>
<td>1</td>
<td>35</td>
<td>7</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>10</td>
<td>13</td>
<td>56</td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>duopraktijk</td>
<td>7</td>
<td>24</td>
<td>4</td>
<td>34</td>
<td>10</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>9</td>
<td>14</td>
<td>54</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>groepspraktijk</td>
<td>3</td>
<td>29</td>
<td>6</td>
<td>41</td>
<td>6</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>9</td>
<td>14</td>
<td>56</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gezondheidscentrum</td>
<td>1</td>
<td>19</td>
<td>3</td>
<td>27</td>
<td>8</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>6</td>
<td>8</td>
<td>53</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Overig</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>solopraktijk</td>
<td>7</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>15</td>
<td>14</td>
<td>11</td>
<td>34</td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>duopraktijk</td>
<td>9</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>18</td>
<td>23</td>
<td>15</td>
<td>44</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>groepspraktijk</td>
<td>14</td>
<td>12</td>
<td>12</td>
<td>12</td>
<td>4</td>
<td>12</td>
<td>12</td>
<td>17</td>
<td>17</td>
<td>17</td>
<td>17</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gezondheidscentrum</td>
<td>22</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>27</td>
<td>26</td>
<td>26</td>
<td>27</td>
<td>62</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Significante verschillen tussen praktijkvormen bij analyses op de oorspronkelijke data

Huisartsen in gezondheidscentra verwijzen bij tien van de twaalf problematieken (met uitzondering van verslavingsproblematiek en wanen) cliënten vaker naar net AMW dan huisartsen met een solo- of duopraktijk, bij acht van deze problematieken (met uitzondering van ex-psychiatrische patiënten en suicidale neigingen) ook vaker dan huisartsen met een groepspraktijk. Bij opvoedingsmoeilijkheden en sexuele problemen gaat dit gepaard met een hoger percentage verwijzingen naar 'overige hulpverleners' en een lager percentage verwijzingen naar de RIAGG. Bij relatieproblemen, spanningen en hyperventilatie met minder verwijzingen naar zowel RIAGG als eerstelijnspsycholoog (bij de laatstgenoemde problematiek verwijzen huisartsen uit gezondheidscentra en duo-praktijken vaker naar de categorie 'overige hulpverleners'). Cliënten met straatvrees worden door huisartsen uit gezondheidscentra niet alleen vaker naar het AMW verwezen dan door huisartsen uit andere praktijkvormen maar ook vaker naar de eerstelijnspsycholoog. Dit gaat gepaard met significant minder verwijzingen naar de RIAGG. Tenslotte verwijzen huisartsen uit gezondheidscentra vaker naar overige hulpverleners en minder vaak naar de RIAGG bij verslavingsproblematiek.
Aan de huisartsen is vervolgens gevraagd bij elk van de twaalf activiteiten aan te geven in hoeverre een patiënt baat heeft bij een verwijzing naar het AMW, de RIAGG en een vrijgevestigd psycholoog. In tabel 4.9 wordt een overzicht gegeven van deze resultaten.

Tabel 4.9  Mate waarin patiënt volgens huisarts baat heeft bij verwijzing naar AMW en GGZ (percentages per problematiek en instelling, N = 507)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>opvo</th>
<th>psych</th>
<th>rela</th>
<th>suic</th>
<th>fobi</th>
<th>werk</th>
<th>span</th>
<th>hypv</th>
<th>sexes</th>
<th>drug</th>
<th>waan</th>
<th>moeh</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>AMW</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>veel</td>
<td>38</td>
<td>10</td>
<td>66</td>
<td>7</td>
<td>21</td>
<td>75</td>
<td>29</td>
<td>27</td>
<td>9</td>
<td>7</td>
<td>1</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>enigszins</td>
<td>53</td>
<td>56</td>
<td>30</td>
<td>45</td>
<td>53</td>
<td>23</td>
<td>47</td>
<td>53</td>
<td>50</td>
<td>46</td>
<td>8</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td>geen</td>
<td>10</td>
<td>34</td>
<td>4</td>
<td>48</td>
<td>26</td>
<td>3</td>
<td>25</td>
<td>20</td>
<td>41</td>
<td>47</td>
<td>91</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>RIAGG</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>veel</td>
<td>40</td>
<td>66</td>
<td>33</td>
<td>73</td>
<td>53</td>
<td>16</td>
<td>19</td>
<td>25</td>
<td>33</td>
<td>23</td>
<td>71</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>enigszins</td>
<td>48</td>
<td>32</td>
<td>52</td>
<td>25</td>
<td>40</td>
<td>48</td>
<td>52</td>
<td>51</td>
<td>53</td>
<td>46</td>
<td>26</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td>geen</td>
<td>12</td>
<td>2</td>
<td>15</td>
<td>2</td>
<td>8</td>
<td>37</td>
<td>29</td>
<td>24</td>
<td>15</td>
<td>31</td>
<td>3</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>ELP</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>veel</td>
<td>37</td>
<td>16</td>
<td>67</td>
<td>22</td>
<td>59</td>
<td>35</td>
<td>41</td>
<td>40</td>
<td>51</td>
<td>6</td>
<td>8</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>enigszins</td>
<td>48</td>
<td>45</td>
<td>29</td>
<td>56</td>
<td>35</td>
<td>47</td>
<td>46</td>
<td>50</td>
<td>43</td>
<td>43</td>
<td>34</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>geen</td>
<td>16</td>
<td>40</td>
<td>4</td>
<td>22</td>
<td>6</td>
<td>18</td>
<td>13</td>
<td>11</td>
<td>6</td>
<td>50</td>
<td>58</td>
<td>24</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Volgens de huisartsen hebben vooral cliënten met problemen op het werk en relatieproblemen veel baat bij een behandeling door het AMW. Wat betreft relatieproblemen zien ze evenveel baat in een verwijzing naar de eerstelijnspsycholoog. De derde groep cliënten die redelijk veel baat hebben bij een verwijzing naar het AMW zijn cliënten met opvoedingsmoeilijkheden, spanningsslachten, hyperventilatie en straatvrees. Wat betreft hyperventilatie en spanningsslachten geeft echter een groter percentage huisartsen aan veel baat te zien in een verwijzing naar de eerstelijnspsycholoog. Bij straatvrees lijken zowel RIAGG als eerstelijnspsycholoog meer baat te bieden en bij opvoedingsmoeilijkheden ongeveer evenveel als het AMW. Verder geeft een vrij groot percentage huisartsen aan dat cliënten met sexuele problemen veel baat hebben bij een verwijzing naar de eerstelijnspsycholoog en cliënten met wanen, suicidale neigingen en ex-psychiatrische patiëntenvan een verwijzing naar de RIAGG.

Meer dan 40% van de huisartsen vindt dat cliënten met suicidale neigingen, sexuele problemen, verslavingsproblematiek en wanen geen baat hebben bij een verwijzing naar het AMW, de laatste twee categorieën hebben ook geen baat bij verwijzing naar de eerstelijnspsycholoog, evenals ex-psychiatrische patiënten. Bij de RIAGG geeft voor geen enkele problematiek meer dan 40% van de huisartsen aan dat hier geen baat valt te verwachten van een verwijzing.

Evenals bij het percentage verwezen cliënten, zijn huisartsen in gezondheidscentra bij dezelfde tien problematieken positiever over de baat die cliënten hebben bij een verwijzing naar het AMW (bij straatvrees en sexuele problemen zijn huisartsen uit groepspraktijken even positief). Bij vier van de tien (suicidale neigingen, straatvrees, werk- en sexuele problemen) zijn deze huisartsen negatiever over een verwijzing naar de RIAGG. Bij cliënten met spanningen zijn ze ook positiever over een verwijzing naar de RIAGG dan huisartsen uit solo- duo- of groepspraktijken.

Nagegaan is in hoeverre er samenhang bestaat tussen de mate waarin de huisarts bij bepaalde problematiek naar het AMW en de GGZ verwijst en het oordeel van de huisarts over de baat die de cliënt heeft bij deze verwijzing. Deze samenhang is wat betreft het
AMW en de RIAGG bij alle problematieken significant. Bij de eerstelijnspsycholoog is er geen significant verband tussen het percentage verwezen cliënten met verslavingsproblemen en wanen en de mate waarin deze cliënten volgens de huisarts baat hebben bij een verwijzing naar deze hulpverlener. Het percentage door de huisarts verwezen cliënten hangt bij het AMW het meest sterk samen met de mening van de huisarts over de baat van de verwijzing \((r = .52 \text{ tot } .29)\). Bij de RIAGG \((r = .44 \text{ tot } .19)\) en met name bij de eerstelijnspsycholoog \((r = .35 \text{ tot } .10)\) is deze samenhang minder sterk.

### 4.4.2 Onderscheid naar kenmerken van AMW-werkgebieden

**Geen/wel beleidswisseling**

In regio's waar het AMW sinds 1989 niet te maken heeft gehad met beleidswisselingen, verwijzen de huisartsen cliënten met opvoedingsmoeilijkheden en verslavingsproblematiek vaker naar de RIAGG en cliënten met hyperventilatie vaker naar de eerstelijnspsycholoog (niet in tabel). Tevens worden cliënten met sexueel problemen vaker naar de psychiater verwezen en cliënten met straatvrees en werkproblemen worden vaker niet doorverwezen dan (door) huisartsen uit regio's waar wel beleidswisselingen hebben plaatsgevonden. In de laatstgenoemde regio's verwijst de huisarts vaker naar de CAD bij verslavingsproblemen en naar de psychiater bij wanen.

Wat betreft de mate waarin cliënten met bepaalde klachten baat hebben bij een verwijzing naar het AMW of de GGZ, werden geen verschillen gevonden tussen de meningen van huisartsen uit gebieden waar wel, en uit gebieden waar geen sprake is (geweest) van beleidsveranderingen bij het AMW.

**Laag/hoog huisartsverwijscijfer**

In AMW-werkgebieden met een laag huisartsverwijscijfer wordt door de huisartsen vaker naar de RIAGG verwezen bij opvoedingsmoeilijkheden, werkproblemen, spanningsklachten, hyperventilatie en verslavingsproblematiek, wordt vaker naar de eerstelijnspsycholoog verwezen bij spanningen en naar de psychiater bij wanen (zie tabel 4.10). Huisartsen uit regio's waar een hoog percentage cliënten van het AMW via de huisarts binnenkomt, verwijzen vaker naar het AMW bij hyperventilatie en naar de CAD bij verslavingsproblemen. Ook verwijzen ze vaker niet bij opvoedingsmoeilijkheden dan huisartsen uit regio's met een laag huisartsverwijscijfer.
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>opvo</th>
<th>psych</th>
<th>rela</th>
<th>suic</th>
<th>fobi</th>
<th>werk</th>
<th>span</th>
<th>hypv</th>
<th>sexes</th>
<th>drug</th>
<th>waan</th>
<th>moeh</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>geen verw.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>laag verw.</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>--</td>
<td>6</td>
<td>8</td>
<td>10</td>
<td>15</td>
<td>5</td>
<td>2</td>
<td>--</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>hoog verw.</td>
<td>7*</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>--</td>
<td>6</td>
<td>7</td>
<td>16</td>
<td>14</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>AMW</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>laag verw.</td>
<td>34</td>
<td>11</td>
<td>49</td>
<td>7</td>
<td>23</td>
<td>63</td>
<td>32</td>
<td>26</td>
<td>8</td>
<td>14</td>
<td>--</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>hoog verw.</td>
<td>37</td>
<td>12</td>
<td>55</td>
<td>7</td>
<td>25</td>
<td>74</td>
<td>41</td>
<td>39*</td>
<td>13</td>
<td>11</td>
<td>1</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>RIAGG</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>laag verw.</td>
<td>39</td>
<td>59</td>
<td>22</td>
<td>52</td>
<td>41</td>
<td>12</td>
<td>21</td>
<td>24</td>
<td>31</td>
<td>36</td>
<td>40</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>hoog verw.</td>
<td>29*</td>
<td>58</td>
<td>17</td>
<td>54</td>
<td>34</td>
<td>5*</td>
<td>11*</td>
<td>15*</td>
<td>26</td>
<td>24*</td>
<td>44</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>ELP</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>laag verw.</td>
<td>15</td>
<td>5</td>
<td>25</td>
<td>7</td>
<td>22</td>
<td>13</td>
<td>25</td>
<td>18</td>
<td>36</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>hoog verw.</td>
<td>14</td>
<td>4</td>
<td>24</td>
<td>4</td>
<td>27</td>
<td>13</td>
<td>14*</td>
<td>13</td>
<td>36</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychiatrie</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>laag verw.</td>
<td>4</td>
<td>21</td>
<td>3</td>
<td>35</td>
<td>6</td>
<td>2</td>
<td>--</td>
<td>1</td>
<td>7</td>
<td>12</td>
<td>59</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>hoog verw.</td>
<td>2</td>
<td>22</td>
<td>2</td>
<td>34</td>
<td>7</td>
<td>--</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>10</td>
<td>12</td>
<td>54*</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Overig</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>laag verw.</td>
<td>6</td>
<td>1</td>
<td>--</td>
<td>--</td>
<td>--</td>
<td>3</td>
<td>12</td>
<td>16</td>
<td>13</td>
<td>33</td>
<td>--</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>hoog verw.</td>
<td>11</td>
<td>--</td>
<td>--</td>
<td>--</td>
<td>--</td>
<td>1</td>
<td>18</td>
<td>17</td>
<td>13</td>
<td>50*</td>
<td>--</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* = significante verschillen tussen laag/hoog verwijscijfer bij analyses op oorspronkelijke data

Huisartsen uit regio's waar een groot percentage van de cliënten van het AMW via de huisarts binnenkomt, zijn positiever over de baat die cliënten met relatiesproblemen en hyperventilatie hebben bij een verwijzing naar het AMW. Huisartsen uit regio's met een laag huisartsverwijscijfer zijn positiever over een behandeling door de eerstelijnspsycholoog bij wanen en door de RIAGG bij opvoedingsmoeilijkheden, straatvrees en problemen op het werk dan de huisartsen uit gebieden met een hoog verwijscijfer.

Oriëntatie op GGZ/welzijnssector
In regio's waar het AMW sterk georiënteerd is op de GGZ verwijzen huisartsen vaker naar het AMW bij opvoedingsmoeilijkheden, relaties- en werkproblemen en spanningsklachten (zie tabel 4.11). Ook verwijzen ze vaker naar de eerstelijnspsycholoog bij opvoedingsmoeilijkheden, suicidale neigingen, straatvrees en sexueel problemen dan huisartsen uit regio's waar het AMW veel naar de welzijnssector verwijst. In de laatstgenoemde gebieden verwijzen huisartsen vaker naar de RIAGG bij opvoedingsmoeilijkheden, straatvrees, werkproblemen, spanningsklachten en hyperventilatie dan huisartsen uit GGZ-georiënteerde regio's.
Tabel 4.11 Proportionele verdeling van naar AMW en GGZ verwezen cliënten (per problematiek, onderscheid naar GGZ/MD oriëntatie, N = 221)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>opvo</th>
<th>psych</th>
<th>rela</th>
<th>suic</th>
<th>fobi</th>
<th>werk</th>
<th>span</th>
<th>hypv</th>
<th>sexes</th>
<th>drug</th>
<th>waan</th>
<th>moeh</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>geen verw.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ggz oriëntatie</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>11</td>
<td>5</td>
<td>11</td>
<td>16</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>md oriëntatie</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>5</td>
<td>6</td>
<td>20</td>
<td>12</td>
<td>2</td>
<td>8</td>
<td>-</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>AMW</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ggz oriëntatie</td>
<td>37</td>
<td>13</td>
<td>50</td>
<td>6</td>
<td>21</td>
<td>71</td>
<td>42</td>
<td>34</td>
<td>9</td>
<td>13</td>
<td>1</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>md oriëntatie</td>
<td>24*</td>
<td>11</td>
<td>43*</td>
<td>3</td>
<td>15</td>
<td>59*</td>
<td>25*</td>
<td>29</td>
<td>13</td>
<td>10</td>
<td>1</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>RIA GG</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ggz oriëntatie</td>
<td>31</td>
<td>60</td>
<td>20</td>
<td>57</td>
<td>32</td>
<td>5</td>
<td>11</td>
<td>14</td>
<td>24</td>
<td>31</td>
<td>45</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>md oriëntatie</td>
<td>59*</td>
<td>58</td>
<td>27</td>
<td>63</td>
<td>52*</td>
<td>17</td>
<td>27*</td>
<td>37</td>
<td>31</td>
<td>23</td>
<td>45</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>ELP</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ggz oriëntatie</td>
<td>17</td>
<td>5</td>
<td>26</td>
<td>0</td>
<td>28</td>
<td>18</td>
<td>21</td>
<td>19</td>
<td>43</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>md oriëntatie</td>
<td>3*</td>
<td>2</td>
<td>26</td>
<td>-</td>
<td>14*</td>
<td>10</td>
<td>9</td>
<td>15</td>
<td>29*</td>
<td>--</td>
<td>--</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychiatrie</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ggz oriëntatie</td>
<td>5</td>
<td>19</td>
<td>4</td>
<td>31</td>
<td>8</td>
<td>-</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>10</td>
<td>11</td>
<td>51</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>md oriëntatie</td>
<td>5</td>
<td>24</td>
<td>5</td>
<td>34</td>
<td>14</td>
<td>4</td>
<td>--</td>
<td>--</td>
<td>13</td>
<td>12</td>
<td>53</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Overig</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ggz oriëntatie</td>
<td>8</td>
<td>--</td>
<td>--</td>
<td>--</td>
<td>--</td>
<td>1</td>
<td>14</td>
<td>14</td>
<td>13</td>
<td>38</td>
<td>--</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>md oriëntatie</td>
<td>3</td>
<td>--</td>
<td>--</td>
<td>--</td>
<td>--</td>
<td>4</td>
<td>19</td>
<td>12</td>
<td>11</td>
<td>46</td>
<td>--</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* = significante verschillen tussen ggz/md oriëntatie bij analyses op oorspronkelijke data

In de regio's waar het AMW sterker georiënteerd is op de GGZ, zijn huisartsen positiever over de baat die cliënten met relatieproblemen hebben bij een verwijzing naar het AMW dan huisartsen uit gebieden waar het AMW sterker op de welzijnsector is georiënteerd. In de laatstgenoemde gebieden zijn de huisartsen bij zeven van de twaalf problematieken positiever over de baat van de behandeling door de RIA GG (relatie- en werkproblemen, suïcidaal neigingen, spanningklachten, hyperventilatie, wanen en moeheid) dan huisartsen uit een GGZ-georiënteerde regio.

Weinig/veel eersteïnspychologen in de regio
In AMW-werkgebieden met drie of meer eersteïnspychologen wordt door de huisarts vaker naar deze hulpverleners verwezen bij opvoedingsmoeilijkheden, relatieproblemen, suïcidaal neigingen, straatvrees en sexuele problemen (niet in tabel). Bij de laatste twee problematieken wordt ook vaker naar de RIA GG verwezen dan door huisartsen uit gebieden met weinig eersteïnspychologen. In de laatstgenoemde gebieden verwijzen huisartsen vaker naar het AMW bij sexuele problemen. Er werden weinig verschillen gevonden wat betreft de mate waarin cliënten baat hebben bij een verwijzing, alleen in gebieden met weinig eersteïnspychologen zijn huisartsen positiever over de baat die cliënten met chronische moeheid hebben bij een verwijzing naar de RIA GG.

Geen/wel spreekuurpunt van de RIA GG in de regio
Huisartsen uit regio's waar geen spreekuurpunt van de RIA GG is gevestigd, verwijzen vaker naar het AMW bij chronische moeheid dan huisartsen uit gebieden met een spreekuurpunt (niet in tabel). In de laatstgenoemde regio's verwijzen huisartsen vaker naar
4 resultaten -2: meningen van huisartsen

dee RIAGG bij relatieproblemen, vaker naar de eerstelijnspsycholoog bij problemen op het werk, spanningsklachten en sexuele problemen en wordt vaker niet verwezen bij klachten van moeheid.
Ook hier weinig verschillen tussen huisartsen in meningen over de baan van de verwijzing: in gebieden met een spreekuurpunt zijn huisartsen positiever over de RIAGG bij hyperventilatie en zien ze minder baat bij een verwijzing naar de RIAGG bij sexuele problemen dan in gebieden zonder spreekuurpunt.

4.4.3 Samenvatting
Alle huisartsen

Huisartsen verwijzen vooral vaak naar het AMW bij werk- en relatieproblematiek. Bij werkproblematiek neemt het AMW min of meer een monopoliepositie in, cliënten met relatieproblemen worden ook vrij veel naar de RIAGG en de eerstelijnspsycholoog verwezen. De overlap tussen het AMW en de RIAGG, wat betreft verwijzingen via de huisarts, is verder zichtbaar bij opvoedingsmoeilijkheden, straattreets, spanningsklachten, hyperventilatie en chronische moeheid. Bij de eerste twee problematieken is het percentage verwijzingen naar de RIAGG hoger, bij de laatste drie is het percentage verwijzingen naar het AMW hoger. De overlap tussen het AMW en de eerstelijnspsycholoog is in grote lijnen identiek aan die tussen het AMW en de RIAGG, alleen worden cliënten met opvoedingsmoeilijkheden vaker naar het AMW dan naar de eerstelijnspsycholoog verwezen en is het percentage verwijzingen bij straattreets aan elkaar gelijk.
De samenhang tussen het percentage naar het AMW en de RIAGG verwezen cliënten met een bepaalde problematiek en de baat die deze cliënten volgens de huisarts hebben bij de verwijzing, is vrij sterk. Wat betreft verwijzingen naar de eerstelijnspsycholoog is het verband tussen verwijzing en menigma de mate waarin de cliënt van de behandeling profiteert, minder consistent. Bij relatieproblematiek, opvoedingsmoeilijkheden en chronische moeheid geven huisartsen bijvoorbeeld aan evenveel baat te zien in een verwijzing naar het AMW als naar de eerstelijnspsycholoog. Cliënten met hyperventilatie en spanningsklachten hebben volgens de huisarts meer baat bij een verwijzing naar de eerstelijnspsycholoog. Bij alle vijf problematieken is het percentage verwezen cliënten naar het AMW echter twee maal zo groot.

Praktijkvorm

Huisartsen uit gezondheidscentra verwijzen bij de meeste problematieken vaker naar het AMW dan huisartsen uit andere praktijkvormen. Bij opvoedingsmoeilijkheden en sexuele problemen verwijzen deze artsen tevens minder naar de RIAGG en bij relatieproblemen, spanningsklachten en hyperventilatie zowel minder naar de RIAGG als naar eerstelijnspsycholoog. Cliënten met straattreets worden doorgaans uit gezondheidscentra niet alleen meer naar het AMW verwezen maar ook meer naar de eerstelijnspsycholoog, dit gaat gepaard met minder verwijzingen naar de RIAGG.

Bij de meeste problematieken zijn huisartsen uit gezondheidscentra ook positiever over de baat die een cliënt heeft bij een verwijzing naar het AMW. Bij suicidale neigingen, straattreets, werk- en sexuele problemen gaat dit vergezeld van een negatiever oordeel over de RIAGG.

AMW-kenmerken

Of het AMW al dan niet te maken heeft gehad met beleidswijzigingen heeft geen invloed op de mate waarin huisartsen cliënten met een bepaalde problematiek naar het AMW verwijzen. Wel worren in regio's met beleidswijzigingen cliënten met opvoedingsproblemen en verslavingsproblematiek vaker naar de RIAGG verwezen en cliënten met hyperventilatie vaker naar de eerstelijnspsycholoog. Cliënten met straattreets en werkproblemen worden
hier vaker niet doorverwezen. De mening van de huisarts over de baat die cliënten hebben bij een verwijzing naar de diverse instanties lijkt niet te worden beïnvloed door eventuele beleidswijzigingen bij het AMW.

In AMW-werkgebieden met een laag huisartsverwijscijfer wordt door de huisarts vaker naar de RIAWG verwezen bij opvoedingsmoeilijkheden, werkproblemen, spanningsklachten, verslavingsproblematiek en hyperventilatie. Bij de laatste problematiek wordt ook vaker naar de eerstelijnspsycholoog verwezen. Bij opvoedingsmoeilijkheden en werkproblemen is men ook positiever over de baat die cliënten hebben bij een verwijzing naar de RIAWG. Huisartsen uit regio’s waar een relatief hoog percentage cliënten van het AMW via de huisarts binnenkomt, verwijzen alleen vaker naar het AMW bij hyperventilatie. Cliënten met opvoedingsmoeilijkheden begeleiden ze vaker zelf. Het percentage verwijzingen correspondeert niet in alle gevallen met de mate waarin de cliënt volgens de huisarts baat heeft bij een verwijzing. Huisartsen uit regio’s met een hoog huisartsverwijscijfer zijn bijvoorbeeld positiever over het verwijzen van relatieproblemen en hyperventilatie naar het AMW maar ze verwijzen alleen de laatstgenoemde problematiek vaker naar het AMW dan huisartsen uit regio’s met een laag huisartsverwijscijfer.

In regio’s waar het AMW sterk georiënteerd is op de GGZ, verwijzen huisartsen vaker naar het AMW bij relatie- en werkproblemen, opvoedingsmoeilijkheden en spanningsklachten. Alleen wat betreft relatieproblemen oordelen ze ook een significant positiever over de baat die deze cliënten hebben bij een verwijzing naar het AMW. Tevens verwijzen deze huisartsen vaker naar de eerstelijnspsycholoog bij opvoedingsmoeilijkheden, suicidale neigingen, straatvrees en sexuele problemen, dit gaat niet gepaard met een significant positiever oordeel over de baat van de behandeling. Huisartsen uit regio’s waar het AMW relatief veel naar de welzijnssector verwijst, verwijzen cliënten met opvoedingsmoeilijkheden, straatvrees, werkproblemen, spanningsklachten en hyperventilatie vaker naar de RIAWG. Bij de laatste drie problematieken zijn ze tevens vaker van mening dat de cliënt (veel) baat heeft bij de verwijzing. Daarnaast zien ze ook meer baat in een verwijzing naar het RIAWG bij relatieproblemen, suicidale neigingen, wanen en moeheid dan huisartsen uit regio’s waar het AMW meer op de GGZ is georiënteerd.

Het aanbod aan eerstelijnspsychologen en RIAWG-spreekuurpunten in de regio, lijkt nauwelijks invloed te hebben op het percentage verwijzingen naar het AMW. Wel wordt meer naar de eerstelijnspsycholoog verwezen bij opvoedingsmoeilijkheden, relatie- en sexuele problemen, straatvrees en suicidale neigingen als er veel eerstelijnspsychologen aanwezig zijn. De mening van de huisarts wat betreft de mate waarin cliënten baat hebben bij een verwijzing naar de verschillende instanties, lijkt nauwelijks te worden beïnvloed door het aanbod aan eerstelijnspsychologen en RIAWG’s in de regio.

4.5 Algemeen oordeel over AMW en GGZ

In deze paragraaf wordt het algemene oordeel van de huisartsen over het AMW, de RIAWG en de eerstelijnspsychologen weergegeven.

4.5.1 Alle huisartsen en onderscheid naar praktijkvorm

Allereerst is aan de huisartsen een vijftal algemene stellingen voorgelegd, op een vijfpuntsschaal kon aangegeven worden in hoeverre men het met een bepaalde stelling eens was (1 = helemaal mee eens, 5 = helemaal mee oneens). In tabel 4.12 worden de resultaten weergegeven.
Tabel 4.12  De mening van de huisarts wat betreft een aantal uitspraken over het AMW, de RIAGG en de eerstelijnspsycholoog (percentages per uitspraak, N = 507)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>helemaal mee eens</th>
<th>helemaal mee oneens</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Het maatschappelijk werk moet zich vooral met de materiële problemen van cliënten bezighouden</td>
<td>4</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Veel patiënten die nu bij de RIAGG worden geholpen, kunnen evengoed bij het maatschappelijk werk terecht</td>
<td>8</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Veel patiënten die nu door een vrijgevestigd psycholoog worden geholpen, kunnen evengoed bij het maatschappelijk werk terecht</td>
<td>5</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Hulpverlening door een RIAGG is beter dan hulpverlening door vrijgevestigd psychologen</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Hulpverlening door een vrijgevestigd psycholoog is beter dan hulpverlening door het AMW</td>
<td>3</td>
<td>15</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Slechts weinig huisartsen (15%) zijn van mening dat het AMW zich vooral met materiële problemen dient bezig te houden. De meningen over het soort problematiek dat door het AMW en door de RIAGG dient te worden behandeld, lijken wat verdeeld: ongeveer evenveel huisartsen zijn het eens (36%) als oneens (29%) met de stelling dat patiënten die nu bij de RIAGG worden behandeld, evengoed door het AMW kunnen worden behandeld. Tussen de eerstelijnspsycholoog en het AMW lijkt meer onderscheid gemaakt te worden: 21% van de huisartsen zijn van mening dat patiënten die nu door de eerstelijnspsycholoog worden geholpen evengoed bij het AMW terecht kunnen terwijl ruim twee keer zoveel huisartsen (46%) het hier niet mee eens zijn. Slechts 5% van de huisartsen vindt de hulpverlening door de RIAGG beter dan die door een vrijgevestigd psycholoog, ruim drie kwart van de huisartsen is het niet eens met deze stelling. Iets meer huisartsen (18%) vinden de (kwaliteit van de) hulpverlening door de eerstelijnspsycholoog beter dan die door het AMW, de helft is het niet eens met deze stelling.

In tabel 4.13 wordt een overzicht gegeven van de gemiddelde scores op de vijf uitspraken van alle huisartsen samen en onderverdeeld naar praktijkvorm.
Tabel 4.13 De mening van de huisarts wat betreft een aantal uitspraken over het AMW, de RIAGG en de eerstelijnspsycholoog (gemiddelden van alle huisartsen en onderscheid naar praktijkvorm)

<table>
<thead>
<tr>
<th>N=</th>
<th>alle huisartsen (507)</th>
<th>solo praktijk (190)</th>
<th>duo praktijk (164)</th>
<th>groeps praktijk (59)</th>
<th>gez. centr. 93</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Het maatschappelijk werk moet zich vooral met de materiële problemen van cliënten bezighouden</td>
<td>3.5</td>
<td>3.4</td>
<td>3.4</td>
<td>3.4</td>
<td>4.0*</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Veel patiënten die nu bij de RIAGG worden geholpen, kunnen evengoed bij het maatschappelijk werk terecht</td>
<td>2.9</td>
<td>2.9</td>
<td>2.9</td>
<td>3.1</td>
<td>2.7</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Veel patiënten die nu door een vrijgevestigd psycholoog worden geholpen, kunnen evengoed bij het maatschappelijk werk terecht</td>
<td>3.3</td>
<td>3.3</td>
<td>3.4</td>
<td>3.2</td>
<td>3.0*</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Hulpverlening door een RIAGG is beter dan hulpverlening door vrijgevestigd psychologen</td>
<td>4.0</td>
<td>4.0</td>
<td>4.2</td>
<td>3.8</td>
<td>4.1*</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Hulpverlening door een vrijgevestigd psycholoog is beter dan hulpverlening door het AMW</td>
<td>3.4</td>
<td>3.4</td>
<td>3.4</td>
<td>3.2</td>
<td>3.5*</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* = significant verschil tussen praktijkvormen

Over vier van de vijf uitspraken hebben huisartsen afhankelijk van de praktijkvorm waarin ze werkzaam zijn een verschillende mening. Huisartsen uit gezondheidscentra zijn minder van mening dat het AMW zich vooral op materiële problematiek moet richten (F=7.8, p<.01), vinden vaker dat veel patiënten die nu door een vrijgevestigd psycholoog worden geholpen evengoed door het AMW kunnen worden behandeld (F=3.0, p<.05) en zijn (evenals artsen uit groepspraktijken) minder van mening dat hulpverlening door een eerstelijnspsycholoog beter is dan die door het AMW (F=4.5, p<.01). Huisartsen die werkzaam zijn in een groepspraktijk vinden vaker dan andere huisartsen dat hulpverlening door de RIAGG beter is dan door eerstelijnspsychologen.

Aan de huisartsen is vervolgens gevraagd de sterke en zwakke kanten aan te geven van het AMW, de RIAGG, de vrijgevestigd psycholoog en de psychiater. De antwoorden op deze open vraag zijn in 10 categorieën ingedeeld waarbij elke categorie zowel bij de sterke als bij de zwakke kanten voorkomt. Wachtlijsten kan bijvoorbeeld zowel als sterk punt worden genoemd (korte wachtlijsten) als bij de zwakke kanten (lange wachtlijsten). In tabel 4.14 wordt per instelling een overzicht gegeven van de drie meestgenoemde sterke en zwakke kanten.
Tabel 4.14  De drie meestgenoemde sterke en zwakke kanten van het AMW en de GGZ (percentages van het totaal aantal genoemde redenen per instelling)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sterke kanten</th>
<th>Zwakke kanten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>AMW</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>toegankelijkheid</td>
<td>35.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>wachttijden</td>
<td>17.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>specifieke deskundigheid</td>
<td>11.6%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>RIAGG</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>breed hulpaanbod</td>
<td>44.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>specifieke deskundigheid</td>
<td>21.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>kwaliteit hulpverl./hulpverlener</td>
<td>10.7%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ELP</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>wachttijden</td>
<td>20.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>kwaliteit hulpverl./hulpverlener</td>
<td>18.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>specifieke deskundigheid</td>
<td>13.7%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Psychiater</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>specifieke deskundigheid</td>
<td>44.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>kwaliteit hulpverl./hulpverlener</td>
<td>19.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>wachttijden</td>
<td>7.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>geen specifieke deskundigheid</td>
<td>21.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>wachttijden</td>
<td>18%</td>
</tr>
<tr>
<td>organisatie en kwaliteit hulpverl./hulpverlener</td>
<td>14.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>(beide)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>wachttijden</td>
<td>49.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>organisatie</td>
<td>25.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>kwaliteit hulpverl./hulpverlener</td>
<td>8%</td>
</tr>
<tr>
<td>niet kosteloos</td>
<td>53.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>wachttijden</td>
<td>8.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>geen specifieke deskundigheid</td>
<td>7.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>wachttijden</td>
<td>26.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>kwaliteit hulpverl./hulpverlener</td>
<td>15%</td>
</tr>
<tr>
<td>toegankelijkheid</td>
<td>13.1%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Een korte toelichting op de in de tabel genoemde categorieën: onder toegankelijkheid als positief punt vallen antwoorden als: 'laagdrempelig', rechtstreeks bereikbaar voor cliënten', onder toegankelijkheid als zwak punt: 'vaak afwezig' en 'er zijn er te weinig'. Specifieke deskundigheid als sterke kant bevat antwoorden als: 'crisisdienst aanwezig', opname mogelijk, medicijn aandacht en zorg mogelijk', onder de tegenhanger zijn antwoorden opgenomen als: 'te weinig diepgang' en 'niet deskundig genoeg'. Organisatie als zwak punt houdt onder andere in: 'inefficiënt', 'van het kastje naar de muur gestuurd worden' en 'bureauratie'.

Bij de sterke kanten worden met name de toegankelijkheid van het AMW, het brede hulpaanbod van de RIAGG en de specifieke deskundigheid van de psychiater vaak genoemd. Bij de zwakke kanten worden de lange wachttijden van de RIAGG en de kosten van de eerstelijnspsychioloog vaak genoemd.

Opvallend is dat de huisartsen anderhalf maal zoveel sterke kanten van het AMW noemen dan van de overige instellingen (gemiddelde aantal per huisarts 1.3 tegenover 0.8/0.9). De RIAGG springt: er daarentegen bij de zwakke kanten uit: huisartsen noemen anderhalf maal zoveel zwakke kanten van de RIAGG dan van het AMW, de eerstelijnspsychioloog en de psychiater (gemiddelde aantal per huisarts 1.3 tegenover 0.8/0.9).

Er werden niet zoveel verschillen gevonden tussen huisartsen uit verschillende praktijkvormen. Huisartsen uit groepspraktijken noemen de korte wachttijd bij het AMW relatief vaker (verschil groter dan of gelijk aan 15%) als sterk punt dan huisartsen met een solo-praktijk en de lange wachttijd bij de psychiater vaker als zwak punt dan huisartsen met een duo-praktijk. Het brede hulpaanbod bij de RIAGG wordt vaker als sterk punt genoemd door huisartsen met een solo- of duo-praktijk dan door huisartsen uit groepspraktijken en gezondheidscentra. Door de laatstgenoemde groep huisartsen wordt de specifieke deskundigheid van de RIAGG en de psychiater vaker als sterk punt genoemd dan door huisartsen in solo- of duo- en (in iets mindere mate) groepspraktijken.

Absoluut gezien noemen huisartsen uit gezondheidscentra gemiddeld meer sterke kanten van het AMW dan overige huisartsen (gemiddelde aantal per huisarts 1.5 tegenover 1.2/1.3).

Tenslotte is aan de huisartsen een achtal algemene uitspraken over het AMW, de RIAGG.
en de eerstelijnspsycholoog voorgelegd. Op een vijfpuntsschaal kon weer aangegeven worden in hoeverre men het eens is met een bepaalde uitspraak (1 = helemaal mee eens, 5 = helemaal niet mee eens). In tabel 4.15 wordt per uitspraak het percentage huisartsen weergegeven dat het eens (categorie 1 en 2) en oneens (categorie 4 en 5) is met deze uitspraak.

Uit de tabel blijkt dat de RIAGG duidelijk negatiever wordt beoordeeld dan het AMW en de eerstelijnspsycholoog wat betreft wachtijd, motivatie van patiënten, adequaatheid van de behandeling en de mate waarin gebruik wordt gemaakt van de inbreng van de huisarts. Het AMW wordt positiever beoordeeld dan de RIAGG wat betreft inzichtelijkheid van de organisatiestructuur en positiever dan de RIAGG en de eerstelijnspsycholoog wat betreft geografische bereikbaarheid. De huisarts is iets meer tevreden over de berichtgeving door de eerstelijnspsycholoog dan door het AMW en de RIAGG. Een bepaalde mate van verbale begaafdheid van de patiënt is volgens de huisarts het meest noodzakelijk bij de eerstelijnspsycholoog en het minst bij een behandeling door het AMW.

### Tabel 4.15 Het oordeel van de huisartsen over een aantal aspecten van het AMW, de RIAGG en de eerstelijnspsycholoog (percentages per instelling, per uitspraak, N=507)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>AMW eens</th>
<th>oneens</th>
<th>RIAGG eens</th>
<th>oneens</th>
<th>ELP eens</th>
<th>oneens</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Er is een lange wachtijd</td>
<td>24</td>
<td>60</td>
<td>85</td>
<td>3</td>
<td>21</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Het AMW is geografisch gezien makkelijk te bereiken</td>
<td>93</td>
<td>3</td>
<td>62</td>
<td>23</td>
<td>84</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Patiënten zijn moeilijk voor verwijzing te motiveren</td>
<td>10</td>
<td>57</td>
<td>41</td>
<td>19</td>
<td>14</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Hulpverlening is niet geschikt voor verbaal minder begaafde patiënten</td>
<td>6</td>
<td>73</td>
<td>26</td>
<td>42</td>
<td>46</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Behandeling is doorgaans adequaat</td>
<td>70</td>
<td>6</td>
<td>45</td>
<td>13</td>
<td>79</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Hulpverleners maken voldoende gebruik van inbreng huisarts</td>
<td>62</td>
<td>15</td>
<td>33</td>
<td>33</td>
<td>57</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>7. De instelling heeft een inzichtelijke organisatiestructuur</td>
<td>42</td>
<td>32</td>
<td>23</td>
<td>54</td>
<td>--</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Ik ben tevreden over de berichtgeving over de betreffende cliënten</td>
<td>44</td>
<td>40</td>
<td>41</td>
<td>31</td>
<td>52</td>
<td>24</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Huisartsen die in verschillende praktijkvormen werken, oordelen niet allen hetzelfde over met name AMW en RIAGG. In de bijlage zijn in tabel 4.15b de oordelen uit tabel 4.15 uitgesplitst naar huisartsen in gezondheidscentra, groeps-, duo- en solopрактиkijken. Daar wordt het volgende geconstateerd.

Bij vijf van de acht *uitspraken over het AMW* werden verschillen in mening gevonden tussen artsen uit verschillende praktijkvormen. Huisartsen uit gezondheidscentra zijn positiever dan de overige huisartsen over de geografische bereikbaarheid van het AMW (F=8.5, p<.01), over de behandeling door het AMW (F=11.6, p<.01) en over de mate waarin maatschappelijk werkers gebruik maken van de inbreng van de huisarts (F=13.7, p<.01). Ook zijn ze positiever over de inzichtelijkheid van de organisatiestructuur (F=8.7, p<.01) en over de berichtgeving door het AMW over cliënten (F=21.0, p<.01).
Wat betreft de uitspraken over de RIAGG blijken huisartsen uit gezondheidscentra minder positief te zijn dan huisartsen uit andere praktijkvormen over de wachttijd (F=6.2, p<.01), de inzichtelijkheid van de organisatiestructuur (F=6.3, p<.01) en de berichtgeving (F=21.0, p<.01). Over de adequaatheid van de behandeling (F=3.6, p<.05) en de mate waarin de inbreng van de huisarts wordt gebruikt (F=3.3, p<.05) zijn huisartsen met een solo-praktijk het meest positief, gevolgd door respectievelijk huisartsen uit een duopraktijk, een groepspraktijk en uit gezondheidscentra. De meningen over de eerstelijnspsycholoog verschillen iets minder vaak. Huisartsen uit gezondheidscentra zijn positiever over de wachttijd (F=4.1, p<.01), huisartsen met een solo-praktijk zijn minder van mening dat hulpverlening door een eerstelijnspsycholoog minder geschikt is voor verbaal niet zo begaafde patiënten (F=5.4, p<.01) en huisartsen met een duo-praktijk zijn positiever over de mate waarin de inbreng van de huisarts wordt gebruikt (F=2.7, p<.05).

4.5.2 Onderscheid naar kenmerken van AMW-werkgebieden

Geen/wel beleidswisseling
Er werden nauwelijks verschillen gevonden tussen de meningen van huisartsen uit gebieden waar het AMW wel en gebieden waar het AMW niet te maken heeft gehad met beleidswisselingen sinds 1989. Alleen huisartsen uit gebieden zonder beleidswisseling zijn het minder eens met de uitspraak 'De RIAGG is geografisch gezien makkelijk te bereiken' (F=6.1, p<.05) en zijn het meer eens met de uitspraak 'Patiënten zijn moeilijk voor verwijzing naar de RIAGG te motiveren' (F=7.1, p<.01).

Laag/hoog huisartsverwijscijfer
Het oordeel over het AMW van de huisartsen uit regio's waar het AMW een hoog percentage cliënten via de huisarts binnenkrijgt komt op alle aspecten overeen met de mening van huisartsen uit AMW-gebieden met een laag huisartsverwijscijfer. Wat betreft de meningen over de RIAGG werden wel enkele verschillen gevonden. Huisartsen uit AMW-gebieden met een hoog huisartsverwijscijfer vinden vaker dat de wachttijden bij de RIAGG lang zijn (F=16.6, p<.01) en zijn minder tevreden over de berichtgeving door de RIAGG (F=31.0, p<.01). Tevens zijn deze huisartsen minder vaak dan huisartsen uit AMW-regio's met een laag huisartsverwijscijfer van mening dat de wachttijd voor de eerstelijnspsycholoog lang is (F=7.4, p<.01). Ook zijn ze minder tevreden over de mate waarin de eerstelijnspsycholoog gebruik maakt van de inbreng van de huisarts (F=4.4, p<.05).

Oriëntatie op GGZ/welzijnssector
Wat betreft alle in tabel 4.13 genoemde stellingen over het AMW, de RIAGG en de eerstelijnspsycholoog, verschilt de mening van huisartsen uit gebieden waar het AMW veel naar de GGZ verwijst van de mening van huisartsen uit gebieden waar het AMW op de welzijnssector is georiënteerd. Huisartsen uit GGZ-georiënteerde gebieden zijn het er minder mee eens dat het maatschappelijk werk zich vooral met materiële problemen moet bezighouden (F=6.8, p<.05), zijn het minder eens met de stelling dat hulpverlening door de RIAGG beter is dan die door vrijgevestigd psychologen (F=6.3, p<.05) en zijn het iets minder eens met de stelling dat hulpverlening door een psycholoog beter is dan die door het AMW (trend, p=.09). Tevens zijn deze huisartsen meer dan huisartsen uit MD-georiënteerde regio's van mening dat veel patiënten die nu door de RIAGG (F=5.4, p<.05) en door de eerstelijnspsycholoog worden geholpen (F=4.4, p<.05) evengoed bij het AMW terecht kunnen.

Op de acht in tabel 4.15 genoemde algemene uitspraken, werden geen verschillen tussen huisartsen gevonden met betrekking tot de meningen over het AMW.
Huisartsen uit GGZ-georiënteerde regio's zijn het meer eens met de uitspraak dat er lange wachtijden zijn bij de RIAGG (F=6.6, p<.05). Daarentegen oordeelt deze groep huisartsen positiever over de eerstelijnspsycholoog; ze zijn minder vaak van mening dat de wachtijd lang is (F=11.5, p<.01), vinden vaker dat de behandeling adequaat is (F=4.6, p<.05) en zijn vaker tevreden over de berichtgeving door de eerstelijnspsycholoog (F=6.7, p<.05).

Tenslotte noemen huisartsen uit regio's waar het AMW veel naar de welzijnssector verwijst, de specifieke deskundigheid van het AMW relatief vaker als sterk punt dan huisartsen uit gebieden waar het AMW zich meer op de GGZ richt (verschil meer dan 15%). In de laatstgenoemde regio's noemen huisartsen de kosten van de eerstelijnspsycholoog vaker als zwak punt.

Weinig/veel eerstelijnspsychologen in de regio

In gebieden waar vrij veel (meer dan drie) eerstelijnspsychologen zijn gevestigd, zijn huisartsen vaker van mening dat de wachtijd voor het AMW lang is (F=6.4, p<.05) en zijn ze minder van mening dat de RIAGG een lange wachtijd heeft (F=4.9, p<.05). Tevens zijn ze het minder vaak eens met de stelling dat het AMW een inzichtelijke organisatiestructuur heeft (F=4.1, p<.05). Tenslotte zijn deze huisartsen minder tevreden over de berichtgeving door de RIAGG dan huisartsen uit gebieden met Weinig psychologen (F=19.3, p<.01) en zijn de eerstelijnspsychologen in deze gebieden natuurlijk geografisch makkelijker bereikbaar (F=5.8, p<.05).

Geen/wel spreekuurpunt van de RIAGG in de regio

In AMW-werkgebieden waar wel een spreekuurpunt van de RIAGG aanwezig is, zijn huisartsen het minder vaak eens met de stelling dat veel patiënten die nu bij de RIAGG worden geholpen, evengoed bij het AMW terecht kunnen (F=5.8, p<.05), zijn ze vaker van mening dat het AMW een lange wachtijd heeft (F=24.5, p<.01) en juist minder vaak van mening dat de eerstelijnspsycholoog een lange wachtijd heeft (F=7.3, p<.01). Verder zijn ze het minder eens met de uitspraak dat het AMW een inzichtelijke organisatiestructuur heeft (F=6.8, p<.05). Huisartsen uit gebieden zonder spreekuurpunt zijn vaker van mening dat de behandeling bij de RIAGG doorgaans adequaat is dan huisartsen uit gebieden met een spreekuurpunt van de RIAGG (F=4.9, p<.05).

Wat betreft sterke en zwakke kanten van de hulpverleners(instellingen), werd alleen een verschil gevonden bij de eerstelijnspsycholoog; huisartsen uit regio's zonder spreekuurpunt noemen de kosten hier minder vaak als zwak punt.

4.5.3 Samenvatting

Alle huisartsen

Slechts Weinig huisartsen vinden dat het AMW zich vooral met materiële problematiek dient bezig te houden. Tweederde van de huisartsen is het (tenminste deels) eens met de stelling dat veel patiënten die nu bij de RIAGG worden geholpen, evengoed bij het maatschappelijk werk terecht kunnen. Minder huisartsen zijn (deels) van mening dat een deel van de cliënten van de eerstelijnspsycholoog ook door het AMW kan worden behandeld. Over het algemeen vindt de huisarts de hulpverlening door een RIAGG niet beter dan die door de eerstelijnspsycholoog, iets meer is men de mening toegedaan dat hulpverlening van de psycholoog beter is dan die door het AMW.

De toegankelijkheid van het AMW, het brede hulptaalbod van de RIAGG en de korte wachtijden voor de eerstelijnspsycholoog worden het vaakst als sterk punt van deze instanties genoemd. Bij de zwakke kanten worden met name de lange wachtijden bij de RIAGG en de kosten van de eerstelijnspsycholoog vaak door de huisartsen genoemd. In totaal worden beduidend meer sterke kanten van het AMW genoemd dan van de overige instanties en meer zwakke kanten van de RIAGG dan van het AMW, de eerstelijnspsycho-
loog en de psychiater.

De huisartsen zijn even tevreden over het AMW en de eerstelijnspsycholoog en minder tevreden over de RIAGG wat betreft de wachtlijsten, de adequaatheid van de behandeling, de mate waarin gebruik wordt gemaakt van de inbreng van de huisarts en het gemak waarmee patiënten voor verwijzing zijn te motiveren. Het AMW wordt positiever beoordeeld dan de RIAGG met betrekking tot de inzichtelijkheid van de organisatiestructuur, ook de geografische bereikbaarheid van het AMW wordt het meest positief beoordeeld. De eerstelijnspsycholoog komt op de eerste plaats als het gaat om berichtgeving naar de huisarts over cliënten. Omgekeerd vindt men wel dat bij eerstelijnspsychologen hogere eisen gesteld worden aan de verbale begaafdheid van cliënten dan bij het AMW.

Praktijkvorm

Huisartsen uit gezondheidscentra zijn minder van mening dat het AMW zich vooral op materiële problematiek moet richten, vinden vaker dat veel patiënten die nu door een vrijgevestigd psycholoog worden geholpen evengoed door het AMW kunnen worden behandeld en zijn (evenals artsen uit groepspraktijken) minder van mening dat hulpverlening door een eerstelijnspsycholoog beter is dan door het AMW.

In totaal noemen deze huisartsen gemiddeld ook meer sterke kanten van het AMW dan huisartsen uit solo-, duo- en groepspraktijken.

Tevens zijn de huisartsen uit gezondheidscentra positiever over de geografische bereikbaarheid van het AMW, over de adequaatheid van de behandeling door het AMW, over de mate waarin maatschappelijk werkers gebruik maken van de inbreng van de huisarts, over de inzichtelijkheid van de organisatiestructuur en over de berichtgeving door het AMW over cliënten. Met uitzondering van de geografische bereikbaarheid zijn deze artsen, in vergelijking tot andere huisartsen, minder of het minst te spreken over de RIAGG wat betreft genoemde aspecten. Ook is men vaker van mening dat de wachtijd bij de RIAGG lang is. Huisartsen uit de diverse praktijkvormen verschillen minder in hun beoordeling van de eerstelijnspsycholoog. Alleen huisartsen uit gezondheidscentra zijn het minder vaak eens met de stelling dat de wachtlijsten lang zijn, huisartsen met een solo-praktijk zijn minder vaak van mening dat hulpverlening door een eerstelijnspsycholoog minder geschikt is voor verbaal niet zo begaafde patiënten en huisartsen met een duo-praktijk vinden vaker dat voldoende gebruik wordt gemaakt van hun inbreng.

AMW-kenmerken

Beleidswijzigingen bij het AMW hebben geen invloed op het oordeel van huisartsen over het AMW en de eerstelijnspsycholoog en nauwelijks op het oordeel over de RIAGG. In gebieden met beleidswijzigingen is de RIAGG volgens de huisartsen geografisch makkelijker bereikbaar en zijn patiënten makkelijker voor een verwijzing naar de RIAGG te motiveren.

Huisartsen uit regio’s waar een hoog percentage cliënten van het AMW via verwijzing van de huisarts binnenkomt, geven geen andere beoordeling van het AMW dan huisartsen uit regio’s met een laag huisartsenverwijzingscijfer. Wat betreft de beoordeling van de RIAGG en de eerstelijnspsycholoog werden slechts enkele verschillen gevonden. Huisartsen uit gebieden met een hoog huisartsenverwijzingscijfer vinden vaker dat de wachtlijsten voor de RIAGG en minder vaak dat de wachtlijsten voor de eerstelijnspsycholoog lang zijn. Ook zijn ze minder tevreden over de berichtgeving door de RIAGG en de mate waarin de eerstelijnspsycholoog gebruik maakt van hun inbreng.

Of het AMW vooral georiënteerd is op de GZG of op de welzijnssector heeft wel enige invloed op het oordeel van de huisarts. Huisartsen uit regio’s waar het AMW veel naar de GZG verwijst, zijn het er minder mee eens dat het maatschappelijk werk zich vooral met materiële problemen moet bezighouden, dat hulpverlening door de RIAGG beter is dan
die door vrijgevestigd psychologen en zijn het iets minder eens met de stelling dat hulpverlening door een psycholoog beter is dan die door het AMW. Tevens vinden deze huisartsen vaker dat veel patiënten die nu door de RIAGG en door de eerstelijnspsycholoog worden geholpen evengoed bij het AMW terecht kunnen. De oriëntatie van het AMW op GGZ of welzijnssector, heeft geen invloed op de mening van huisartsen over het AMW wat betreft de acht algemene aspecten en slechts een kleine invloed op de mening over RIAGG en eerstelijnspsycholoog. Huisartsen uit GGZ-georiënteerde regio's zijn het meer eens met de uitspraak dat er lange wachtvragen zijn bij de RIAGG, ze zijn minder vaak van mening dat de wachttijd voor de eerstelijnspsycholoog lang is, vinden vaker dat de behandeling van deze hulpverlener adequaat is en zijn meer tevreden over de berichtgeving door de eerstelijnspsycholoog. In gebieden waar vrij veel eerstelijnspsychologen zijn gevestigd, zijn huisartsen vaker van mening dat de wachttijd voor het AMW lang is en vinden ze de organisatiestructuur van het AMW minder inzichtelijk. Tevens zijn deze huisartsen positiever over de lengte van de wachttijd voor de RIAGG en negatiever over de berichtgeving door deze instelling. De eerstelijnspsychologen zijn in deze regio's vanzelfsprekend geografisch makkelijker bereikbaar. Huisartsen uit gebieden waar een spreekuurpunt van de RIAGG is gevestigd zijn op een klein aantal punten negatiever in hun oordeel over het AMW dan huisartsen uit gebieden zonder spreekuurpunt: ze zijn het minder vaak eens met de stelling dat veel patiënten die nu bij de RIAGG worden geholpen, evengoed bij het AMW terecht kunnen, zijn ze vaker van mening dat het AMW een lange wachttijd heeft en zijn ze het minder eens met de uitspraak dat het AMW een inzichtelijke organisatiestructuur heeft. Tevens zijn deze huisartsen echter minder positief over de adequaatheid van de behandeling door de RIAGG dan huisartsen uit gebieden zonder spreekuurpunt.
5 RESULTATEN -3: MENINGEN VAN RIAGG'S

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven van de RIAGG-enquête. Achtereenvolgens worden de meningen van de hoofden van de afdeling volwassenzorg van de RIAGG's beschreven. Omwille van de leesbaarheid wordt dit hierna steeds afgekort als de mening van de RIAGG's'. Aan bod komen meningen over de contacten met het AMW, welke cliënten over en weer verwezen worden en de mate waarin bepaalde activiteiten tot de taak van het AMW, de RIAGG en de huisarts behoren. Tenslotte wordt het oordeel van de RIAGG's weergegeven over een aantal aspecten die betrekking hebben op de huisarts, het AMW en de RIAGG.

5.1 Contacten met het AMW

Overleg
Allereerst is gevraagd of de RIAGG overleg heeft met algemeen maatschappelijk werkers. Slechts één RIAGG antwoordde ontkennend, 13 hebben regelmatig structureel overleg en de acht overige RIAGG's hebben wel overleg maar zonder vaste afspraak. Vijf van de 13 RIAGG's met structureel overleg hebben daarnaast ook incidenteel overleg. De frequentie van het structurele overleg varieert van twee keer per jaar tot twee keer per maand. Gemiddeld wordt 7.7 keer per jaar overlegt met het AMW (standaard deviatie 7.1; N = 11; 2 RIAGG's vulden geen getal in).

Verwijzing
De vraag 'Hoeveel cliënten werden in 1995 naar schatting door het AMW naar de afdeling volwassenzorg van de RIAGG verwezen?' werd door 17 RIAGG's ingevuld. Van de overige vijf RIAGG's geeft één een percentage van het totaal aantal aanmeldingen, de overige vier hebben niets ingevuld of geven aan dat dit niet wordt geregistreerd. Een aantal keren wordt een range genoemd, hiervan is het gemiddelde genomen (bijvoorbeeld 100 -150 = 125). Gemiddeld werden in 1995 57 cliënten naar de RIAGG verwezen door het AMW (standaard deviatie 43.1). Dit aantal varieert sterk en loopt van nul (alle verwijzingen lopen via de huisarts) tot 150 (zie tabel 5.1).

Tabel 5.1 Percentuele verdeling over de RIAGG's van het aantal door en naar het AMW verwezen cliënten in 1995 (N tussen haakjes)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>door AMW</th>
<th>naar AMW</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0 - 25 verwezen cliënten</td>
<td>29 (5)</td>
<td>47 (7)</td>
</tr>
<tr>
<td>25 - 50 verwezen cliënten</td>
<td>18 (3)</td>
<td>7 (1)</td>
</tr>
<tr>
<td>51 - 75 verwezen cliënten</td>
<td>29 (5)</td>
<td>7 (1)</td>
</tr>
<tr>
<td>76 - 100 verwezen cliënten</td>
<td>6 (1)</td>
<td>20 (3)</td>
</tr>
<tr>
<td>&gt; 100 verwezen cliënten</td>
<td>18 (3)</td>
<td>20 (3)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
De RIAGG's lijk over het algemeen tevreden over de kwaliteit van de indicatiestelling van cliënten die via het AMW bij de RIAGG komen. Elf RIAGG's geven op deze vraag antwoorden als: "over het algemeen goed", "meestal terechte verwijzingen". Vier voegen hieraan toe: "door overleg en consultatie (vooraf)". Drie RIAGG's vinden de kwaliteit wisselend, slechts twee zijn negatief: "weinig informatief, geringe diagnostiek" en "inschatting mogelijkheden cliënt om te profiteren van therapie lijkt moeilijk". De overige RIAGG's hebben niets ingevuld of geven aan dat de omvang van de verwijzing erg gering is of dat er geen sprake is van een echte indicatiestelling door het AMW.

Aan de RIAGG's is tevens gevraagd hoeveel cliënten in 1995 bij de indicatiestelling door de afdeling volwassenzorg van de RIAGG naar het AMW zijn doorverwezen. Gemiddeld werden 66 cliënten doorverwezen (standaard deviatie 64), ook dit aantal varieert sterk per RIAGG en loopt van nul tot 219 (zie tabel 5.1).

Er dient een kleine kanttekening te worden gemaakt bij het aantal verwijzingen door de RIAGG naar de AMW: enkele RIAGG's geven aan dat het aantal cliënten dat ná de intake naar het AMW wordt verwezen veel kleiner is dan het aantal cliënten dat al tijdens de telefonische aanmelding naar het AMW wordt doorverwezen. Verondersteld kan worden dat dit bij alle RIAGG's het geval is en dat in werkelijkheid veel meer cliënten dan volgens de tabel via de RIAGG bij het AMW terecht komen.

Omdat zowel het aantal verwijzingen door als naar het AMW afhankelijk kunnen zijn van de grootte van (de afdeling volwassenzorg) van de RIAGG is nagegaan of er verband bestaat tussen de personele omvang van de afdeling volwassenzorg van de RIAGG en het aantal verwijzingen. Deze samenhang blijkt in beide gevallen niet significant te zijn (correlaties respectievelijk .23 en .51).

5.2 Inhoudelijke terreinen waarop AMW, RIAGG en huisarts aanspreekbaar zijn

Aan de RIAGG's is gevraagd een typering te geven van het type problemen waarvoor het AMW naar de afdeling volwassenzorg verwijst. De antwoorden op deze vraag zijn zeer divers. Door de 21 RIAGG's (bij één RIAGG verlopen alle verwijzingen via de huisarts) worden in totaal 57 problematieken genoemd die onderverdeeld kunnen worden in 22 verschillende typen. De vier typen problemen die het vaakst door het AMW naar de RIAGG worden verwezen zijn:
- psychiatrische problematiek (11 keer genoemd)
- ernstige psychische/psychosociale problematiek (6x)
- chronische problematiek/relatieproblemen/depressieve stoornissen (elk 5x)
- suicidale problematiek (4x)

Ook op de vraag: 'Kunt u een typering geven van het type problemen dat bij de indicatiestelling door de afdeling volwassenzorg van de RIAGG naar het AMW wordt doorverwezen' een grote diversiteit aan antwoorden. In totaal worden door 19 RIAGG's 52 problemen genoemd die zijn onderverdeeld in 18 verschillende typen. De vier meest-gegenoemde zijn:
- financiële/praktische/materiële problematiek (13 keer genoemd)
- eenvoudige relatieproblemen (8x)
- rouwwerking/levensfase problematiek (ieder 5x)
- enkelvoudige psychosociale problematiek (4x)
Tussen de afdelingen volwassenzorg van de RIAGG's en de AMW-instellingen bestaan in de meerderheid van de gevallen, soms nog in stadium van ontwikkeling, afspraken over de indicatiestelling en/of taakverdeling (zes RIAGG's geven aan dat hierover geen afspraken bestaan). In overeenstemming met het voorgaande houden deze afspraken meestal in dat het AMW psychosociale problematiek behandeld zoals huisvestingsproblemen, financiële, werk- en relatieproblemen en problematiek verbonden met 'life-events' (echtscheiding, ziekte, overlijden e.d.). Dit echter alleen wanneer sprake is van "enkelvoudige", "minder zware" en "minder complexe" problemen. Zijn veel psychische problemen met elkaar verweven, of komen ze voort uit een pathologische persoonlijkheidsstructuur dan behoren deze tot het taakgebied van de RIAGG evenals (ernstige) psychische en psychiatrie problematiek die dan niet gepaard kan gaan met psychosociale problemen.

Een enkele maal bestaan afspraken over deelbehandeling of over het overbruggen van de wachtijd bij de RIAGG door het AMW.

Aan de RIAGG's is tevens de lijst met de twaalf in de huisarts-enquête al beschreven activiteiten (zie tabel 4.7) voorgelegd met de vraag aan te geven in hoeverre elke activiteit tot de taak van de huisarts, het AMW en de RIAGG behoort. De mening kon aangegeven worden op een vijf-puntsschaal die loopt van 1 'volledig een taak' tot 5 'totaal geen taak'.

De toelichting bij deze schaal luidde als volgt: "... een activiteit is volledig een taak van een hulpverlener of instantie, wanneer behandeling van dat type problemen, licht en zwaar, altijd tot het takenpakket van de onderhavige hulpverlener/instantie behoort. Iets is totaal geen taak, wanneer nog lichte, noch zware vormen van die problematiek bij betreffende hulpverlener/instantie thuishoort. Iets is deels een taak wanneer men, afhankelijk van de zwaarte, soms wel en soms niet voor die problematiek de aangewezen persoon of instantie is ...."

In tabel 5.2 wordt een overzicht gegeven van de gemiddelde menin per activiteit (een lager gemiddelde betekent dat de activiteit meer als taak van de hulpverlener c.q. instelling wordt gezien).

**Tabel 5.2** Mate waarin activiteiten tot de taak van de huisarts, het AMW en de RIAGG behoren; gemiddelden per activiteit, per hulpverlener c.q. instelling (standaard deviatie tussen haakjes, N =17 - 22)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Activiteit</th>
<th>Huisarts</th>
<th>AMW</th>
<th>RIAGG</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. opvoedingsmoeilijkheden</td>
<td>3.1 (1.0)</td>
<td>2.9 (1.0)</td>
<td>2.8 (0.9)</td>
</tr>
<tr>
<td>2. ex-psychiatrische patiënten</td>
<td>3.3 (0.9)</td>
<td>3.7 (0.7)</td>
<td>1.6 (1.3)*</td>
</tr>
<tr>
<td>3. relatieproblemen</td>
<td>3.3 (1.1)</td>
<td>2.4 (1.1)</td>
<td>2.9 (1.1)**</td>
</tr>
<tr>
<td>4. suïcidale neigingen</td>
<td>3.1 (1.0)</td>
<td>3.6 (1.3)</td>
<td>1.9 (1.4)*</td>
</tr>
<tr>
<td>5. straathomes</td>
<td>3.9 (1.2)</td>
<td>3.5 (1.0)</td>
<td>2.8 (1.2)*</td>
</tr>
<tr>
<td>6. werkproblemen</td>
<td>3.2 (1.0)</td>
<td>2.4 (1.0)</td>
<td>3.3 (1.0)**</td>
</tr>
<tr>
<td>7. spanningsklachten</td>
<td>3.5 (1.3)</td>
<td>2.7 (1.2)</td>
<td>3.4 (0.9)**</td>
</tr>
<tr>
<td>8. hyperventilatie</td>
<td>2.9 (0.9)</td>
<td>3.1 (1.1)</td>
<td>3.0 (1.0)</td>
</tr>
<tr>
<td>9. sexuele problemen</td>
<td>3.0 (0.9)</td>
<td>3.4 (0.8)</td>
<td>2.9 (1.0)*</td>
</tr>
<tr>
<td>10. verslavingsproblematiek</td>
<td>3.1 (0.9)</td>
<td>3.6 (1.2)</td>
<td>3.4 (1.1)</td>
</tr>
<tr>
<td>11. wanen</td>
<td>3.5 (1.1)</td>
<td>4.2 (1.4)</td>
<td>1.8 (1.5)*</td>
</tr>
<tr>
<td>12. chronische moeheid</td>
<td>2.7 (0.9)</td>
<td>3.6 (1.2)</td>
<td>3.4 (1.0)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* = meer een taak voor de RIAGG dan het AMW
** = meer een taak voor het AMW dan de RIAGG
Uit de tabel blijkt dat de RIAGG's met name het begeleiden van cliënten met relatieproblemen en problemen op het werk tot de taak van het AMW vinden behoren. In iets mindere mate zijn ze van mening dat ook cliënten met opvoedingsproblemen, spanningsklachten en hyperventilatie bij het AMW thuis horen. Tot de taak van de huisarts zien ze vooral het behandelen van chronische moeheid en, in mindere mate, hyperventilatie. Zichzelf bedelen ze bij meer problematieken een taak toe: vooral het begeleiden van ex-psychiatrische patiënten, cliënten met wanen en met suicidale neigingen vallen onder het takenpakket van de RIAGG. Ook cliënten met straftvrees, opvoedingsmoeilijkheden, relatieproblemen en sexuele problemen horen echter voor een vrij groot deel bij de RIAGG thuis. De eerstelijnspsycholoog (categorie 'overig': niet in tabel) wordt vrij vaak genoemd bij relatie-, werk- en sexuele problemen, spanningsklachten en straftvrees.

In deze tabel wordt ook zichtbaar dat volgens de RIAGG's vijf van de 12 activiteiten meer tot de taak van de RIAGG dan tot de taak van het AMW behoren. Bij drie activiteiten (relatie- en werkproblemen en spanningsklachten) is men een tegenovergestelde mening toegedaan.

5.3 Algemeen oordeel over huisartsen, AMW en RIAGG

Aan de RIAGG's zijn een aantal uitspraken over huisartsen, het AMW en de RIAGG voorgelegd. Op een vijf-puntsschaal kon aangegeven worden in hoeverre men het met deze uitspraak eens is (1 = helemaal mee eens, 5 = helemaal niet mee eens). In tabel 5.3 wordt een overzicht gegeven van de resultaten. Per stelling worden zowel percentages gegeven als gemiddelden. De categorieën 1 en 2 zijn samengevoegd evenals 4 en 5, categorie 3 (niet in tabel) staat voor 'deels wel, deels niet mee eens'.

Tabel 5.3 De mening van de RIAGG wat betreft een aantal uitspraken over de huisarts, het AMW en de RIAGG (percentages en gemiddelden per uitspraak, standaard deviatie tussen haakjes, N=20-22)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>(helemaal) mee eens</th>
<th>(helemaal) niet mee eens</th>
<th>gemiddelde</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Psychosociale hulpverlening is een wezenlijk onderdeel van</td>
<td>45</td>
<td>25</td>
<td>2.6 (0.6)</td>
</tr>
<tr>
<td>het werk van de huisarts</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Het maatschappelijk werk moet zich vooral met de materiële</td>
<td>25</td>
<td>25</td>
<td>2.9 (0.9)</td>
</tr>
<tr>
<td>problemen van cliënten bezighouden</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Ik acht de gemiddelde huisarts niet competent genoeg om</td>
<td>5</td>
<td>40</td>
<td>3.4 (0.7)</td>
</tr>
<tr>
<td>door een psychosociale problematiek te behandelen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. Veel patiënten die nu bij de RIAGG worden geholpen</td>
<td>5</td>
<td>70</td>
<td>4.0 (0.9)</td>
</tr>
<tr>
<td>kunnen even goed bij het maatschappelijk werk terecht</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. Practische overwegingen, zoals tijdgedreven, maken de</td>
<td>45</td>
<td>20</td>
<td>2.8 (0.9)</td>
</tr>
<tr>
<td>huisarts onmogelijk meer dan nu aan psychosociale hulpverlen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ing te doen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6. Voor psychosociale hulpverlening in de eerste lijn is de</td>
<td>55</td>
<td>5</td>
<td>2.4 (0.8)</td>
</tr>
<tr>
<td>AMW geschikter dan de huisarts</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

-wordt vervolgd -
5 resultaten -3: meningen van riagg's

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>(helemaal) mee eens</th>
<th>(helemaal) niet mee eens</th>
<th>gemiddelde</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>7</td>
<td>De meeste psychische problemen dienen door de RIAGG behandeld te worden</td>
<td>45</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Indicatiestelling voor al dan niet inschakelen van de gespecialiseerde GGZ kan goed door de huisarts geschieden</td>
<td>65</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Een substantieel deel van hetgeen thans naar de RIAGG wordt verwezen, kan afgehandeld worden door de huisarts</td>
<td>--</td>
<td>95</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Een substantieel deel van hetgeen thans naar de RIAGG wordt verwezen, kan afgehandeld worden door de huisarts ondersteund door het AMW</td>
<td>--</td>
<td>75</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Een substantieel deel van hetgeen thans naar de RIAGG wordt verwezen, kan afgehandeld worden door de huisarts ondersteund door vrijgevestigd psycholoog</td>
<td>--</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>Het AMW dient een belangrijke rol te spelen in de indicatiestelling van het al dan niet inschakelen van de gespecialiseerde GGZ</td>
<td>9</td>
<td>64</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* = deze stelling is ook in de huisartsenquête gebruikt

Alle RIAGG's zijn het er (helemaal of deels) over eens dat psychosociale hulpverlening een wezenlijk onderdeel is van het werk van de huisarts, 95% is echter (tenminste deels) van mening dat het AMW hiervoor geschikter is dan de huisarts. Iets meer dan de helft zegt de huisarts (deels) niet competent genoeg te vinden om de doorsnee psychosociale problematiek te behandelen en volgens veel RIAGG's belemmert ook het tijdgebrek van de huisarts een eventuele uitbreiden van de taak van de huisarts op dit gebied. De meningen over of het AMW zich voornamelijk dient te richten op materiële problematiek, liggen wat in het midden: een kwart is het hier mee eens, een kwart niet en de helft ten dele.

Een ruime meerderheid is van mening dat bij de indicatiestelling voor het al dan niet inschakelen van de gespecialiseerde GGZ een rol is weggelegd voor de huisarts. Men is echter niet overtuigd van de rol die het AMW hier kan vervullen; 64% geeft aan het niet eens te zijn met de stelling dat het AMW in deze een belangrijke rol dient te spelen. Ook zijn de RIAGG's het voor het grootste deel niet eens met de stelling dat veel van hun patiënten evengoed bij het AMW terecht kunnen. Nog minder is men van mening dat een substantieel deel van de cliënten dat naar de RIAGG wordt verwezen, door de huisarts behandeld kunnen worden. Iets positiever zijn de meningen als de huisarts wordt ondersteund door het AMW en nog positiever als dit door de eerstelijnspsycholoog gebeurde. Gemiddeld is men het echter nog steeds meer niet dan wel eens met het idee cliënten van de RIAGG te laten behandelen door de huisarts in samenwerking met de eerstelijnspsycholoog.
5.4 Samenvatting

De meeste RIAGG's hebben regelmatig overleg met het AMW, de frequentie van dit overleg varieert van twee keer per maand tot twee keer per jaar. Ook het aantal verwijzingen door het AMW naar de RIAGG verschilt per instelling en lijkt gemiddeld niet zo hoog. Vooral cliënten met psychiatrische, emsige psychische en/of psychosociale problemen, worden door het AMW naar de RIAGG verwezen. De RIAGG's zijn over het algemeen tevreden over de kwaliteit van de indicatiestelling van het AMW. Met name cliënten met financiële, praktische, materiële en/of (eenvoudige) relatieproblemen, worden door de RIAGG naar het AMW verwezen. Het aantal verwijzingen na indicatiestelling verschilt sterk per RIAGG en is gemiddeld vrij laag; het aantal cliënten dat bij telefonische aanmelding al naar het AMW wordt doorverwezen, ligt hoogstwaarschijnlijk beduidend hoger. Hierop hebben we echter geen systematisch zicht gekregen. Het aantal verwijzingen over en weer lijkt nauwelijks samen te hangen met de grootte van de RIAGG.


De RIAGG's vinden dat psychosociale hulpverlening een wezenlijk onderdeel is van het werk van de huisarts, wel achten ze niet alle huisartsen competent genoeg om deze problemen te behandelen en zien ze tijdgebrek van de huisarts als een belemmering om deze taak uit te breiden. Het AMW vindt men over het algemeen meer geschikt dan de huisarts voor de behandeling van psychosociale problematiek. Evenveel RIAGG's zijn het eens als oneens met de stelling dat het AMW zich vooral met materiële problematiek dient bezig te houden.

De indicatiestelling voor het al dan niet inschakelen van de gespecialiseerde GGZ wordt echter met name toebedeeld aan de huisarts en niet aan het AMW of zoals een RIAGG het verwoordde: "Wij zien de huisarts als toegangsspoort - bij uitstek - voor de tweede lijn GGZ".

Men is het er niet mee eens dat een substantieel deel van de cliënten die nu door de RIAGG worden behandeld, evengoed door de huisarts, al dan niet ondersteund door het AMW, kunnen worden behandeld. Het meest positief, maar nog steeds overwegend negatief, zijn de RIAGG's over het 'overdragen' van een deel van hun cliënten naar de huisarts wanneer deze zou worden ondersteund door de eerstelijnspsycholoog.
Sinds begin 1989 is het Algemeen Maatschappelijk Werk gedecentraliseerd en wordt het volledig gefinancierd door de gemeenten. In principe kan sindsdien elke gemeente zelf beslissen welke plaats en functie aan het AMW wordt toegekend. Vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ontstond de behoefte aan meer inzicht in de ontwikkelingen die het AMW onder invloed van deze decentralisatie heeft doorgemaakt. Tevens wilde men informatie over de (ondersteunende) rol die het AMW in de huidige positie- ring kan spelen bij het versterken van de 'GGZ-poortwachtersfunctie' van de huisarts.

Het doel en de vraagstellingen van dit onderzoek zijn dan ook tweeledig. Allereerst is nagegaan in hoeverre de plaats en functie van het AMW in de afgelopen vijf jaar zijn veranderd. Meer specifiek zijn gegevens verzameld om inzicht te verschaffen over de mate waarin er beleidswijzigingen hebben plaatsgevonden, over de mate waarin hulpvraag en hulpaanbod zijn veranderd en of verwijserelaties van het AMW met de eerstelijnsgezond- heidszorg en de geestelijke gezondheidszorg zijn gewijzigd. Hierbij is gebruik gemaakt van de AMW-cliëntregistratie, de VOG-enquête en een aanvullende enquête van het NIVEL.

In het tweede deel van het onderzoek staat de vraag centraal in welke context (samenwerkingsrelaties, aanwezigheid van GGZ-voorzieningen) en voor welke categorieën cliënten het AMW geschikt is om een rol als poortwachter te vervullen. Voor het beantwoorden van deze vraag zijn twee andere belangrijke participaten, huisartsen en RIAGG's, schriftelijk naar hun mening gevraagd.

Bij de beschrijving van de resultaten uit de huisarts-enquête wordt de mening van de huisarts weergegeven over een aantal aspecten van (hun relatie met) het AMW, in hoeverre veranderingen zijn opgetreden ten opzichte van vijf jaar geleden en worden de meningen over het AMW vergeleken met die over de RIAGG, de eerstelijnspsycholoog en de psychiater. Vervolgens wordt een vergelijking gemaakt tussen huisartsen uit diverse praktijkvormen en uit gebieden met een verschillende urbanisatiegraad. Tenslotte worden de meningen van huisartsen uit regio's waar de AMW-instellingen op een aantal kenmerken van elkaar verschillen met elkaar vergeleken. Wat betreft deze kenmerken wordt onderscheid gemaakt naar regio's waar het AMW wel en niet te maken heeft gehad met beleidswijzigingen sinds de decentralisatie, gebieden waar het AMW relatief veel en weinig cliënten via de huisarts binnenkrijgt en regio's waar het AMW relatief veel verwijst naar (georiënteerd is op) de GGZ respectievelijk de welzijnsector. Tenslotte wordt nagegaan in hoeverre de meningen van de huisartsen uit gebieden met een groot aanbod aan GGZ- voorzieningen verschillen van de meningen van huisartsen uit gebieden met een klein GGZ-aanbod.

Bij de resultaten van de RIAGG-enquête wordt, vanwege de kleine aantallen, geen vergelijking gemaakt tussen regio's met verschillende AMW-kenmerken.

### 6.1 De plaats en functie van het AMW

De vraag naar en het aanbod van het maatschappelijk werk blijken ten opzichte van vijf jaar geleden voornamelijk in kwantitatieve zin te zijn veranderd. Het aantal in behandeling zijnde cliëntssystemen is toegenomen doordat minder systemen worden afgesloten dan aangenomen en doordat jaarlijks zowel het aantal afgesloten als het aantal nieuwe cliëntssystemen toenemen. Doordat de duur van de behandeling en het aantal zittingen niet
zijn veranderd en het aantal formatieplaatsen nauwelijks is toegenomen, is de caseload toegenomen. Alle activiteiten (met uitzondering van 'concrete dienstverlening') van het AMW zijn sinds 1989 toegenomen. Er wordt geen verschuiving zichtbaar in de accenten die in de hulpverlening worden gelegd; zowel de percentuele verdeling tussen soorten problematiek die worden behandeld als de verhouding tussen diverse toegepaste behandelmethoden zijn in de afgelopen vijf jaar nauwelijks veranderd. Ten opzichte van 1985 valt wel een verandering te bespeuren: een relatieve afname van cliënten met materiële problemen en een toename van cliënten met psychosociale problematiek (JOINT, 1985). Samenvattend kan geconcludeerd worden dat sinds de decentralisatie van het AMW geen wazenele, inhoudelijke, veranderingen zijn opgetreden met betrekking tot vraag en aanbod.

Dit beeld verandert nauwelijks wanneer een onderscheid wordt gemaakt tussen instellingen waar sinds 1989 beleidswijzigingen hebben plaatsgevonden en instellingen waar dit niet het geval is. Tweederde van de AMW-instellingen hebben te maken (gehad) met beleidswijzigingen. Deze betreffen meestal: meer aandacht voor specifieke doelgroepen aan de ‘onderkant van de samenleving’, bezuinigingen en budgetfinanciering, fusies met andere AMW-instellingen, sociaal raadslieden of jongeren/ouderwerk en veranderingen in de werkvoering (productgericht, wijkgericht werken). Bij instellingen waar geen beleidswijzigingen hebben plaatsgevonden is de proportie cliënten met materiële problematiek wat verminderd en de proportie psychische problematiek wat toegenomen. In overeenstemming hiermee is de materiële hulpverlening afgenomen en de psychische hulpverlening toegenomen. Bij instellingen waar wel beleidswijzigingen zijn doorgevoerd, is de percentuele verdeling van cliënt-problematiek gelijk gebleven, is een deel van de materiële hulpverlening gelijk gebleven (informatie en advisering) en een deel afgenomen (concrete dienstverlening en bemiddeling). In 1989 werd verwacht (en gevreesd) dat onder invloed van de gemeenten veranderingen zouden optreden in de activiteiten van het AMW. Men verwachtte met name een afname van de psychosociale hulpverlening ten gunste van de materiële hulp- en dienstverlening. Deze verwachting wordt echter door dit onderzoek nauwelijks bevestigd.

De verwijrsrelaties en de contacten van het AMW met de eerstelijnsgezondheidszorg, de geestelijke gezondheidszorg en de welzijnssector zijn ten opzichte van 1989 nauwelijks veranderd. Alleen het aantal verwijzingen naar het AMW door de GGZ en door de huisarts is in de afgelopen vijf jaar toegenomen. Ook hier dus wel een verandering in kwantitatieve maar niet in kwalitatieve zin. Opmerkelijk is dat de mate van contact met de huisarts veel lager is dan het percentage door de huisarts verwezen cliënten. Bij de andere hulpverleners komen deze wel met elkaar overeen. AMW-instellingen waar het beleid is gewijzigd, verschillen alleen van instellingen waar dit niet het geval is wat betreft verwijzingen door het AMW. Bij de eerstgenoemde instellingen wordt eerst een toename van de uitstroom naar de GGZ zichtbaar, gevolgd door een afname. Ook het aantal verwijzingen naar de welzijnssector en justitie is verminderd in vergelijking met 1989. Instellingen waar het beleid niet is gewijzigd, verwijzen in toenemende mate naar de GGZ, de verwijzingen naar overige instanties blijven constant. De verschillen zijn gering maar lijken in de (verwachte) richting te gaan dat het maatschappelijk werk zich onzer invloed van het gemeentelijk beleid iets meer is gaan richten op de welzijnssector. Instellingen waar de gemeente het beleid niet heeft gewijzigd, richten zich naar verhouding iets meer op de GGZ.
6.2 De mening van de huisartsen over het AMW en de GGZ

Alle huisartsen
Ruim driekwart van de huisartsen heeft, al dan niet regelmatig, overleg met het maatschappelijk werk. Dit betreft vaker overleg over cliënten dan over andere zaken. De huisarts verwijst meer cliënten naar het AMW en de RIAGG dan naar de eerstelijnspsycholoog en de psychiater. Ook worden deze instellingen vaker door de huisarts geconsulteerd. De mate waarin het AMW wordt geconsulteerd is in de afgelopen vijf jaar niet veranderd. Het aantal verwijzingen naar het AMW is wel iets toegenomen evenals de wachtijd. In het algemeen is de wachtijd voor het AMW het kortst en die voor de RIAGG het langst. Gemiddeld bezien is de wachtijd voor het AMW ten opzichte van die voor de GGZ-voorzieningen in vergelijking tot vijf jaar geleden niet veranderd waaruit geconcludeerd kan worden dat ook de wachtijd voor de GGZ is toegenomen.

Lang niet alle huisartsen hebben, als dat nodig is, informatie bij de hand over hulpverleningsaanbod, spreekuurthuizen en namen van hulpverleners van het AMW, de RIAGG en de vrijgevestigd psycholoog. Het meest is men nog voorzien van informatie over het AMW, het minst van informatie over de RIAGG.

 Slechts een klein percentage huisartsen is van mening dat het AMW zich voornamelijk met materiële problematiek dient bezig te houden. De meningen over het onderscheid tussen (de cliënten van) de RIAGG en het AMW zijn wat verdeeld; evenveel huisartsen zijn wel en niet van mening dat patiënten die nu bij de RIAGG worden geholpen even goed bij het AMW terecht kunnen. Tussen het AMW en de eerstelijnspsycholoog wordt meer onderscheid gemaakt. Per problematiek bezien blijkt dat vooral cliënten met werk- en relatieproblemen vaak door de huisarts naar het AMW worden verwezen. Bij werkproblematiek neemt het AMW een monopoliepositie in; bij relatieproblemen wordt ook vrij veel naar de RIAGG en de eerstelijnspsycholoog verwezen. De overlap in verwezen problematieken tussen AMW en RIAGG en AMW en eerstelijnspsycholoog, is in grote lijnen identiek en betreft verder de verwijzing van opvoedingsmoeilijkheden, straatvrees, spanningsklachten, hyperventilatie en chronische moeheid. De samenhang tussen het percentage verwezen problematieken en de baat die volgens de huisarts van de verwijzing valt te verwachten, zijn vrij sterk bij het AMW en de RIAGG en iets minder sterk bij de eerstelijnspsycholoog.

Over het algemeen waardeert men de hulpverlening door de RIAGG en door de eerstelijnspsycholoog gelijk, tussen de hulpverlening van de laatste en het AMW wordt iets vaker een verschil aangegeven ten gunste van de eerstelijnspsycholoog. Meer specifiek gevraagd zijn huisartsen even tevreden over het AMW als over de eerstelijnspsycholoog en minder tevreden over de RIAGG wat betreft wachtjden, de adequaatheid van de behandeling, de mate waarin gebruik wordt gemaakt van de inbreng van de huisarts en het gemak waarmee cliënten voor verwijzing zijn te motiveren. Het AMW wordt het meest positief beoordeeld qua inzichtelijkheid van de organisatiestructuur en geografische bereikbaarheid. De eerstelijnspsycholoog is nummer één wat betreft berichtgeving naar de huisarts over cliënten. Gevraagd naar sterke en zwakke kanten van de instanties, blijken vooral de toegankelijkheid van het AMW en het brede hulpaanbod van de RIAGG vaak als sterk punt te worden genoemd. De lange wachtjden voor de RIAGG en de kosten van de vrijgevestigde psycholoog worden vaak als zwak punt naar voren gebracht. Bij het AMW worden in totaal de meeste sterke kanten genoemd, bij de RIAGG de meeste zwakke kanten.

Onderscheid naar praktijkvorm
Huisartsen uit gezondheidscentra werken duidelijk nauwer samen met het AMW dan huisartsen uit andere praktijkvormen. Dit komt zowel naar voren in de mate waarin ze over
informatie van het AMW beschikken als in het aantal overleggesituaties, consultaties en verwijzingen. De twee laatstgenoemde zijn de afgelopen vijf jaar nog toegenomen. De toename van het aantal verwijzingen verklaart mogelijk het feit dat de wachttijd voor het AMW in gezondheidscentra meer is toegenomen dan elders. In groepspraktijken zijn daarentegen zowel het aantal consultaties van als het aantal verwijzingen naar het AMW afgenomen. De nauwere samenwerking van huisartsen uit gezondheidscentra met het AMW lijkt ten koste te gaan van de samenwerking met de RIAGG wat betreft consultatie en met alle GGZ-voorzieningen wat betreft het aantal verwijzingen. Meer specifiek bezien verwijzen huisartsen uit gezondheidscentra bij de meeste problematieken vaker naar het AMW dan huisartsen uit andere praktijkvormen. In de helft van de gevallen gaat dit gepaard met minder verwijzingen naar de RIAGG en soms ook met minder verwijzingen naar de eerstelijnspsycholoog. Tevens zijn deze huisartsen meestal positiever over de baat die een cliënt met een bepaalde problematiek heeft bij een verwijzing naar het AMW, ook dit gaat in een aantal gevallen samen met een negatiever oordeel over de baat die van een verwijzing naar de RIAGG wordt verwacht.

Niet alleen in het feitelijk gedrag, maar ook in de evaluatie van het AMW en de GGZ-voorzieningen verschillen huisartsen uit gezondheidscentra duidelijk van hun collega's uit andere praktijkvormen. Op het merendeel van de acht eerder genoemde aspecten (adequaatheid van de behandeling, berichtgeving over cliënten e.d.) wordt het AMW positiever en de RIAGG negatiever beoordeeld door huisartsen uit gezondheidscentra. Huisartsen uit diverse praktijkvormen verschillen in veel mindere mate van elkaar wat betreft hun waardering van de eerstelijnspsycholoog. Wel zijn huisartsen uit gezondheidscentra vaker van mening dat veel patiënten van deze hulpverlener evengoed door het AMW behandeld kunnen worden en zijn ze minder vaak van mening dat de hulpverlening door de eerstelijnspsycholoog beter is dan die door het AMW.

**Onderscheid naar wel/geen beleidswisseling**

In overeenstemming met de gegevens uit het onderzoek onder AMW-instellingen, blijken beleidswisselingen bij het AMW nauwelijks van invloed op het feitelijk gedrag van de huisarts en de mening over het AMW en de GGZ-voorzieningen. Huisartsen gaan zich niet meer op de GGZ richten, verwijzen dezelfde problematieken in dezelfde mate door en evalueren het AMW (en de GGZ) niet anders dan hun collega's uit gebieden waar geen beleidswisseling heeft plaatsgevonden.

**Onderscheid naar huisartsverwijscijfer**

In regio's waar relatief veel cliënten van het AMW via de huisarts binnenkomen, werken de huisartsen nauwer samen met het AMW. Dit betekent beter geïnformeerd zijn over het AMW, vaker overleg en consultatie en gemiddeld meer verwijzingen. Per problematiek bezien wordt echter niet vaker naar het AMW verwezen. De wachttijd voor het AMW is in deze regio's meer toegenomen dan in andere gebieden maar die voor de GGZ-voorzieningen (met name voor de RIAGG) zijn volgens de huisartsen nog meer toegenomen. In regio's waar het AMW relatief gezien weinig cliënten via de huisarts krijgt, consulteert de huisarts de RIAGG vaker en verwijst zowel gemiddeld als bij vijf van de twaalf problematiek vaker naar de RIAGG. De nauwere samenwerking met het AMW of de GGZ, lijkt weinig invloed te hebben op de beoordeling van de instanties.

**Onderscheid naar GGZ/MD-oriëntatie**

In gebieden waar het AMW zich meer op de GGZ oriënteert, lijkt de huisarts zich meer op het AMW (en in iets mindere mate op de eerstelijnspsycholoog) te richten. Het AMW en de eerstelijnspsycholoog worden vaker geconsulteerd en de huisarts is beter geïnformeerd.
over het AMW. Gemiddeld en bij vier problematieken wordt vaker naar het AMW verwezen. Ook naar de eerste-lijnpsycholoog wordt bij een derde van de problematieken vaker verwezen. Dit gaat overigens niet gepaard met een positievere oordeel over de baat die betreffende cliënten bij een verwijzing hebben. Wel zijn deze huisartsen minder vaak van mening dat het AMW zich vooral tot materiële problematiek moet beperken en vaker dat een deel van de cliënten van de RIAGG of de eerste-lijnpsycholoog evengoed bij het AMW terecht kunnen. De bereikbaarheid van het AMW ten opzichte van die van de RIAGG wordt hier positiever beoordeeld en men is vaker van mening dat de wachtijd van het AMW ten opzichte van die voor de GGZ in de afgelopen vijf jaar is verbeterd. Als het AMW daarentegen meer op de welzijnssector is georiënteerd, richt de huisarts zich meer op de RIAGG. Ze hebben vaker geen overleg met het AMW, ze consulteren de RIAGG vaker en zijn vaker op de hoogte van de spreekuurttijden aldaar. Tevens verwijzen ze zowel gemiddeld als bij vijf specifieke problematieken vaker naar de RIAGG en zijn ze bij ruim de helft van de problematieken vaker van mening dat de cliënt baat heeft bij de verwijzing.

Ook de oriëntatie van het AMW heeft weinig invloed op de beoordeling van AMW en GGZ door de huisarts. Huisartsen uit regio's waar het AMW meer op de GGZ is georiënteerd, geven geen andere beoordeling van het AMW op de acht algemene aspecten dan huisartsen uit gebieden waar het AMW op de welzijnssector is georiënteerd. De RIAGG wordt op één aspect (wachtijd) negatiever beoordeeld en de eerste-lijnpsycholoog krijgt op drie aspecten (wachtijden, behandeling, berichtgeving) een positievere beoordeling.

Onderscheid naar grootte GGZ-aanbod

Wanneer weinig eerste-lijnpsychologen in de regio zijn gevestigd, overlegt de huisarts vaker met het AMW, heeft hij vaker informatie over het AMW bij de hand en wordt de bereikbaarheid van het AMW ten opzichte van die van de eerste-lijnpsycholoog (en de RIAGG) positiever beoordeeld. In gebieden met veel eerste-lijnspsychologen kent de huisarts deze hulpverleners vaker persoonlijk, worden ze vaker geconsulteerd en verwijst de huisarts zowel gemiddeld als bij vijf problematieken vaker naar de eerste-lijnpsycholoog. Dit gaat echter niet gepaard met minder verwijzingen naar het AMW waaruit geconcludeerd kan worden dat er weinig sprake lijkt van concurrentie. In gebieden zonder spreekuurpunt van de RIAGG wordt vaker met het AMW overlegd, is men vaker van mening dat veel cliënten van de RIAGG evengoed bij het AMW terecht kunnen en worden gemiddeld meer cliënten naar het AMW verwezen. Tegenstrijdig genoeg wordt in gebieden waar wel een spreekuurpunt is gevestigd, juist minder cliënten naar de RIAGG verwezen en meer naar de eerste-lijnpsycholoog (en de psychiater) en is men minder te spreken over de adequaatheid van de behandeling door de RIAGG. Ook is volgens de huisarts de wachtijd voor het AMW hier langer en in de afgelopen vijf jaar meer toegenomen dan in gebieden zonder spreekuurpunt. Het aanbod aan GGZ-voorzieningen in de regio heeft geen invloed op het oordeel van de huisarts wat betreft de baat die cliënten hebben bij een verwijzing naar het AMW of de GGZ. In gebieden met veel eerste-lijnpsychologen en in gebieden met een RIAGG-spreekuurpunt, wordt het AMW op twee algemene aspecten (wachtijd en inzichtelijkheid van de organisatiestructuur) negatiever beoordeeld.

6.3 De mening van de RIAGG over de huisarts, het AMW en de RIAGG

Het merendeel van de RIAGG's heeft regelmatig overleg met het AMW maar gemiddeld veel minder vaak dan de huisartsen. Zowel het aantal verwijzingen door het AMW naar de RIAGG als vice versa, verschilt sterk
per RIAGG en is gemiddeld niet zo hoog. Beide hangen niet samen met de grootte van de afdeling volwassenenzorg van de RIAGG. De RIAGG’s zijn over het algemeen tevreden over de indicatiestelling van de door het AMW naar hen verwezen cliënten. De RIAGG’s zijn het vaker dan de huisartsen eens met de stelling dat het AMW zich vooral met materiële problemen dient bezig te houden. Vooral cliënten met praktische (financiële/materiële) problemen en/of eenvoudige relatieproblemen worden door de RIAGG naar het AMW verwezen. Volgens de RIAGG’s behoort ook met name de behandeling van cliënten met relatie- en werkproblemen tot het takenpakket van het AMW en in iets mindere mate de behandeling van cliënten met opvoedingsmoeilijkheden, spanningsklachten en hyperventilatie. Dit komt in grote lijnen overeen met het verwijsgedrag van de huisarts die deze cliënten ook vaak tot vrij vaak naar het AMW verwijst. Huisartsen verwijzen daarnaast ook vrij veel cliënten met chronische moeheid naar het AMW terwijl de behandeling van deze cliënten volgens de RIAGG’s nauwelijks tot het takenpakket van het AMW behoren. Ook het percentage door de huisarts naar de RIAGG verwezen problematiek komt vrij goed overeen met de mate waarin deze cliënten volgens de RIAGG bij deze instantie thuis horen. Alleen lijken de RIAGG’s de huisarts een groter aandeel toe te bedelen in de behandeling van zevan de twaalf typen problemen dan de huisarts zelf. Het betreft hier opvoedingsmoeilijkheden, het begeleiden van ex-psychiatrische patiënten, relatieproblemen, suicidaal neigingen, seksuele problemen, wanen en verslavingsproblematiek; slechts een klein percentage van deze cliënten wordt 'noot' door de huisarts doorverwezen.

Volgens de RIAGG’s bestaat de overlap in takenpakket van RIAGG en AMW vooral bij de behandeling van relatieproblemen en opvoedingsmoeilijkheden en in mindere mate bij straatvrees, spanningsklachten en hyperventilatie. Dit komt overeen met het verwijsgedrag van de huisarts die bij genoemde problematieken respectievelijk vaak en redelijk vaak naar zowel AMW als RIAGG verwijst.

De RIAGG’s zijn van mening dat psychosociale hulpverlening een wezenlijk onderdeel is van het werk van de huisarts, wel zien ze onvoldoende competentie en de werkelasting van de huisarts als een belemmering voor het uitbreiden van deze taak. Het AMW vindt men over het algemeen (nog) meer geschikt voor het behandelen van psychosociale problematiek. Men is het er echter niet mee eens dat een substantieel deel van de cliënten van de RIAGG, even goed door de huisarts (al dan niet ondersteund door het AMW) behandeld kunnen worden. Het meest positief, maar nog steeds overwegend negatief, zijn de RIAGG’s over deze 'overdracht' van cliënten wanneer de huisarts door de eerstelijnspsycholoog wordt ondersteund. De indicatiestelling voor het al dan niet inschakelen van de gespecialiseerde GGZ, wordt met name aan de huisarts toevertrouwd. Men is het er overwegend niet mee eens dat het AMW hier een belangrijke rol dient te spelen.

6.4 De veranderende plaats en functie van het AMW

In hoeverre is het beleid van AMW-instellingen en gemeentes aangaande de functie van het AMW gewijzigd?

veranderingen met betrekking tot de uitvoering van het werk (produk- en wijkgericht werken). De genoemde beleidswijzigingen komen overeen met de verwachtingen: de gemeentes stimuleren samenwerking met het sociaal cultureel werk en lijken het AMW iets meer naar de welzijnskant te trekken.

Wat is er sinds de decentralisatie met vraag, aanbod en caseload binnen het Algemeen Maatschappelijk Werk gebeurd?

Sinds de decentralisatie van het AMW zijn er geen kwalitatieve, inhoudelijke, veranderingen opgetreden in de hulpverlening van het AMW. Zowel de verhouding tussen de typen problematieken die behandeld worden, als de verhouding in toegepaste behandelmethodes verschillen niet ten opzichte van vijf jaar geleden. Kwantitatief is er weinig verandering: het aantal in behandeling zijnde cliëntensystemen, de caseload en de werkbelasting zijn nog steeds de meeste cliënten naar het AMW. Ook de verdeling van het aantal cliënten naar diverse hulpverleners c.q instanties is in grote lijnen identiek gebleven. Vooral de GGZ (en andere AMW-instellingen) zijn van belang als instantie om naar door te verwijzen. De welzijnssector blijft in de verwijsrelaties van het AMW een bescheiden rol spelen.

Wat betreft dit onderwerp is een kleiner verschil zichtbaar tussen AMW-instellingen waar het beleid is veranderd en instellingen waar dit niet het geval is. Bij de laatstgenoemde is een kleine tendens te bespeuren in de richting van een verhoogde oriëntatie op (meer uitstroom naar de GGZ). Bij instellingen waar op aandringen van de gemeente het beleid wel is veranderd, is de oriëntatie iets meer op de welzijnssector gelegen.

Wat zijn de verwachtingen met betrekking tot het beschikbare hulpverleningsvolume voor de komende jaren?

De meest zichtbare ontwikkeling die in dit onderzoek naar voren komt, is de continue stijging van het aantal in behandeling zijnde cliënten. Hiertegenover staat slechts een licht stijging van het aantal formatieplaatsen voor uitvoerenden van het AMW. De toegenomen werkbelasting die hieruit voorkomt, lijkt niet opgevangen te worden door de behandelingsduur te verkorten of het aantal zittingen te verminderen. Wel blijkt uit de huisartsen enquête dat de wacht tijd toeneemt. Wellicht worden ook de contacten op zich in tijd gekort. Verder is het mogelijk dat het werk dan niet op individuele cliënten is gericht afneemt. Dergelijke ontwikkelingen lijken niet gewenst en het verdient aanbeveling dat een extra functie voor het AMW gepaard gaat met een reële groei van het hulpverleningsvolume.
Welke rol kan het AMW spelen in versterken van de poortwachtersfunctie van de huisarts?

*In welke context (wat betreft de aanwezigheid van samenwerkingsrelaties, aanbod van GGZ-functies) kan het AMW een rol vervullen bij de opvang van GGZ-problemen in de eerstelijn?*

Een nauwe samenwerking tussen huisartsen en AMW; mate van consultatie, overleg en bekendheid met het AMW, gaat gepaard met meer verwijzingen naar het AMW en meestal met minder verwijzingen naar de RIAGG. Dit verband is zichtbaar bij huisartsen in gezondheidscentra en in regio's met een hoog huisartsenverwijscijfer. Deze contexten lijken de rol van het AMW in het versterken van de poortwachtersfunctie van de huisarts te bevorderen. Ook verschillen in de oriëntatie van het AMW hebben verband met de mate waarin AMW en huisartsen samenwerken en het verwijsgedrag van de huisarts. De huisarts werkt nauwer samen met en richt zich meer op het AMW (en de eerstelijnspsycholoog) naarmate het AMW meer op de GGZ is georiënteerd. Is het AMW daarentegen meer op de welzijnssector georiënteerd, dan wendt de huisarts zich vaker tot de RIAGG. De mate waarin het AMW contacten onderhoudt met de GGZ, lijkt dus een voorwaarde voor een goede samenwerkingsrelatie tussen huisartsen en AMW wat betreft het vervullen van de poortwachtersfunctie. De tendens die in lichte mate zichtbaar werd bij AMW-instellingen waar op instigatie van de gemeenten beleidswijzigingen hebben plaatsgevonden, zou, als deze zich doorzet, een belemmerende factor kunnen zijn voor deze samenwerkingsrelatie.

In iets mindere mate bestaat er ook een verband tussen de omvang van het aanbod aan GGZ-voorzieningen de mate waarin huisartsen en AMW samenwerken. Hiertoe kan geconcludeerd worden dat het AMW met name een rol als poortwachter zou kunnen vervullen in gebieden met een klein GGZ-aanbod.

Wat betreft de filterfunctie van de poortwachter (indicatiestelling en al dan niet verwijzen naar de gespecialiseerde GGZ), is de mening van de RIAGG's over een (onderstunende) rol door het AMW overwegend negatief. Deze taak wordt "bij uitstek" aan de huisarts toevertrouwd. Tegenstrijdig hierin is overigens dat de RIAGG's wel tevreden zijn over de kwaliteit van de indicatiestelling van cliënten die door het AMW worden doorverwezen. Een aantal RIAGG's geven hierbij de toevoeging "na overleg en consultatie". Hiertoe kan afgeleid worden dat het AMW in deze mogelijk op haar beurt ondersteund dient te worden door de GGZ. Te denken valt bijvoorbeeld aan een structureel ingesteld consultatiespeekuur bij RIAGG en/of eerstelijnspsycholoog waar het AMW zo nodig advies kan vragen over indicatiestelling en verwijzing. In dit kader zijn samenwerkingsafspraken tussen AMW en RIAGG op het gebied van indicatiestelling, zoals die in verschillende regio's gemaakt zijn (vgl. Visser en van Ginkel, 1995) toe te juichen.

*Voor welke categorieën cliënten is het AMW geschikt om een rol te vervullen bij de opvang van GGZ-problemen in de eerstelijn?*

 Cliënten die door de huisarts relatief vaak naar het AMW worden verwezen en wier behandeling volgens de RIAGG's tot het takenpakket van het AMW behoren, zijn cliënten met werkproblemen, relatieproblemen, opvoedingsmoeilijkheden, spanningsklasten en hyperventilatie. Hier lijkt dus met name de expertise van het AMW te liggen en deze cliënten zou het AMW in de eerstelijn in behandeling kunnen nemen.
De RIAGG’s lijken positief te staan tegenover ondersteuning van de huisarts door het AMW met betrekking tot het deel van de poortwachtersfunctie waarin de eerstelijns-hulpverlening centraal staat. Er wordt echter duidelijk onderscheid gemaakt tussen (minder complexe) psychosociale problematiek en materiële/praktische problematiek, die in de eerstelijns thuishoren, en (complexe) psychosociale, psychische en psychiatrische problematiek die door de gespecialiseerde GGZ dient te worden behandeld. In eerder onderzoek (Friese en Verhaak, 1991, 1992) is gebleken dat dit onderscheid niet onprobleematisch is. In feite bleek er weinig verschil te zijn in het succes van AMW-behandeling van cliënten met enkelvoudige of meervoudige problematiek en onderscheidden cliënten van AMW en RIAGG zich ook niet van elkaar op dit kenmerk. Het zou een belangrijke vraagstelling van nadere experimenten met AMW als opvang voor GGZ-problematiek in de eerstelijns zijn in hoeverre de genoemde problematieken binnen het AMW even succesvol behandeld worden als binnen de RIAGG.

Wat zijn de consequenties van het vervullen van zo’n rol voor de organisatie van het AMW?

In ieder geval voor de genoemde vijf categorieën cliënten en onder bepaalde omstandigheden lijkt het ondersteunen van de huisarts in zijn GGZ-poortwachtersfunctie door het AMW een goede optie. De eerste omstandigheid houdt in een regelmatig overleg tussen AMW en de GGZ (met name met de RIAGG) waarin ruim aandacht wordt besteed aan consultatie rond verwijzing en behandeling. De tweede omstandigheid betreft de inbedding van het AMW in een structuur waarin veel met de huisarts wordt samengewerkt zoals bijvoorbeeld in gezondheidscentra en home-teams* het geval is. Anno 1996 zijn 308 AMW-ers werkzaam in 148 gezondheidscentra (Harmsen en Hoekstra, 1996), een aantal dat min of meer stabiel gebleven is sinds 1990. Home-teams worden sinds 1992 niet meer geregistreerd; op dat moment was er sprake van ruim 800 AMW-ers die in 604 van dergelijke samenwerkingsvormen participeerden; sinds twee jaar was er sprake van een afname in aantal hometeams (Hingstman en Harmsen, 1994; de Veer, 1992). Dit pleit ervoor het detacheringsbeleid in gezondheidscentra weer op te nemen daar waar het AMW de het behandelend aspect van de poortwachtersfunctie (als eerste) krijgt toebedeeld.

Gezien de al verhoogde werkbelasting van het AMW lijkt het niet reëel zonder meer het takenpakket uit te breiden. Er zal nagedacht moeten worden over een extra financiering c.q. een hervordering van de beschikbare gelden. Eerstelijns-GGZ behandeling zou uit dezelfde pot betaald moeten worden als behandeling binnen de RIAGG of psychotherapie. Op termijn kunnen deze gelden mogelijk terugverdiend worden doordat, wanneer tevens de advies- en consultatiefunctie van de RIAGG wordt uitgebreid, waarschijnlijk een scherper indicatiebeleid in de eerstelijns ontstaat en meer cliënten (langer) behandeld kunnen worden in de goedkopere eerstelijnsgezondheidszorg. Ook hierover zouden nader te formuleren experimenten uitsluitelijk kunnen verschaffen.

---

* Een gezondheidscentrum is een multidisciplinair samenwerkingsverband met gemeenschappelijke huisvesting met tenminste één huisarts, één wijkverpleegkundige en één maatschappelijk werker.

Een hometeam is een multidisciplinair samenwerkingsverband zonder gemeenschappelijke huisvesting dat op gezette tijden onderling overleg voert dat onder andere op de hulpverlening aan individuele patiënten of cliënten gericht is.
LITERATUUR


LAFFRÉÉ, Chr.R. Huisarts en maatschappelijk werker: een paar apart? Infoos: 17, 1989, 1/2, p. 23-26

LIESHOUT, P. VAN. Het bijzondere van het algemeen maatschappelijk werk. Infoos: 17, 1989, 1/2, p. 5-11

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIÈNE. Structuurrota Gezondheidszorg. Leidschendam: 1974

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIÈNE. Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg. Rijswijk: 1980

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota Eerstelijnssorg. Rijswijk: 1983

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota Geestelijke Volksgezondheid. Rijswijk: 1984

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Onder Anderen. Geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg in maatschappelijk perspectief. Rijswijk

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT. Rapportage arbeidsmarkt zorgsector. Rijswijk: 1996


Bijlage A  Regionale verschillen in het aanbod aan GGZ-voorzieningen

Het aanbod aan GGZ-voorzieningen in de op de NIVEL-enquête ressorterende AMW-instellingen is als volgt gespreid:

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Spreekuurpunten</th>
<th>Vrijevestigd psycholoog</th>
<th>Psychiater</th>
<th>Polikliniek psychiatrie</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>RIAGG</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Geen:</td>
<td>22%</td>
<td>8%</td>
<td>37%</td>
<td>29%</td>
</tr>
<tr>
<td>1:</td>
<td>56%</td>
<td>5%</td>
<td>19%</td>
<td>44%</td>
</tr>
<tr>
<td>2:</td>
<td>11%</td>
<td>22%</td>
<td>11%</td>
<td>17%</td>
</tr>
<tr>
<td>3:</td>
<td>9%</td>
<td>11%</td>
<td>9%</td>
<td>8%</td>
</tr>
<tr>
<td>4-9:</td>
<td>3%</td>
<td>29%</td>
<td>15%</td>
<td>3%</td>
</tr>
<tr>
<td>10-:</td>
<td>-</td>
<td>25%</td>
<td>8%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>?</td>
<td>7</td>
<td>25</td>
<td>43</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Gemiddeld:</td>
<td>1.2</td>
<td>6.9</td>
<td>3.0</td>
<td>1.1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Deze spreiding was voor instellingen waarop ten slotte de huisartsen- en RIAGG steekproef op gebaseerd is als volgt:

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Spreekuurpunten</th>
<th>Vrijevestigd psycholoog</th>
<th>Psychiater</th>
<th>Polikliniek psychiatrie</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>RIAGG</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Geen:</td>
<td>33%</td>
<td>11%</td>
<td>38%</td>
<td>33%</td>
</tr>
<tr>
<td>1:</td>
<td>52%</td>
<td>7%</td>
<td>10%</td>
<td>45%</td>
</tr>
<tr>
<td>2:</td>
<td>9%</td>
<td>15%</td>
<td>19%</td>
<td>15%</td>
</tr>
<tr>
<td>3:</td>
<td>3%</td>
<td>11%</td>
<td>5%</td>
<td>3%</td>
</tr>
<tr>
<td>4-9:</td>
<td>3%</td>
<td>34%</td>
<td>24%</td>
<td>3%</td>
</tr>
<tr>
<td>10-:</td>
<td>22%</td>
<td>5%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>?</td>
<td>3</td>
<td>9</td>
<td>15</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Gemiddeld:</td>
<td>0.9</td>
<td>8.1</td>
<td>2.3</td>
<td>1.0</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Bijlage B  Tabellen betreffende de referentiegroep

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabel 3.2b</th>
<th>Gemiddeld aantal cliëntsystemen van de referentiegroep (n=42).</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Jaar</td>
<td>aantal instellingen</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------</td>
<td>---------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>1990</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>1991</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>1992</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>1993</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>1994</td>
<td>42</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabel 3.3b</th>
<th>Veranderingen in het gemiddeld aantal cliëntsystemen per jaar. Weergegeven is het percentage instellingen uit de referentiegroep dat een toe- dan wel afname kende van het aantal cliëntsystemen. Tussen haakjes staat de range van het aantal cliëntsystemen dat is afgenomen/toegenomen.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>periode</td>
<td>n</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>1990/91</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>1991/92</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>1992/93</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>1993/94</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>1990/94</td>
<td>42</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabel 3.4b</th>
<th>Gemiddeld aantal nieuw in behandeling genomen cliëntsystemen van instellingen uit de referentiegroep (n=42).</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Jaar</td>
<td>aantal instellingen</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------</td>
<td>---------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>1990</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>1991</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>1992</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>1993</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>1994</td>
<td>42</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Tabel 3.5b
Veranderingen in het gemiddeld aantal nieuw in behandeling genomen cliëntssystemen per jaar. Weergegeven is het percentage instellingen uit de referentiegroep dat een toe- dan wel afname kende van het aantal nieuw in behandeling genomen cliëntssystemen. Tussen haakjes staat de range van het aantal nieuw in behandeling genomen cliëntssystemen dat is afgenomen/toegenomen.

<table>
<thead>
<tr>
<th>periode</th>
<th>n</th>
<th>afname cliëntssystemen</th>
<th>toename cliëntssystemen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1990/91</td>
<td>42</td>
<td>36% (480-7)</td>
<td>64% (1-218)</td>
</tr>
<tr>
<td>1991/92</td>
<td>42</td>
<td>26% (457-1)</td>
<td>74% (7-1525)</td>
</tr>
<tr>
<td>1992/93</td>
<td>42</td>
<td>33% (1436-9)</td>
<td>67% (1-964)</td>
</tr>
<tr>
<td>1993/94</td>
<td>42</td>
<td>38% (756-3)</td>
<td>62% (9-1413)</td>
</tr>
<tr>
<td>1990/94</td>
<td>42</td>
<td>24% (550-23)</td>
<td>76% (7-1515)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Tabel 3.6b
Gemiddeld aantal afgesloten cliëntssystemen van de referentiegroep.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Jaar</th>
<th>aantal instellingen</th>
<th>gemiddeld</th>
<th>minimum</th>
<th>maximum</th>
<th>st. dev.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1990</td>
<td>42</td>
<td>733</td>
<td>146</td>
<td>1745</td>
<td>359</td>
</tr>
<tr>
<td>1991</td>
<td>42</td>
<td>740</td>
<td>168</td>
<td>1698</td>
<td>378</td>
</tr>
<tr>
<td>1992</td>
<td>42</td>
<td>881</td>
<td>153</td>
<td>1723</td>
<td>410</td>
</tr>
<tr>
<td>1993</td>
<td>42</td>
<td>904</td>
<td>203</td>
<td>1826</td>
<td>441</td>
</tr>
<tr>
<td>1994</td>
<td>42</td>
<td>1027</td>
<td>215</td>
<td>2348</td>
<td>551</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Tabel 3.7b
Veranderingen in het gemiddeld aantal afgesloten cliëntssystemen per jaar. Weergegeven is het percentage instellingen uit de referentiegroep dat een toe- dan wel afname kende van het aantal afgesloten cliëntssystemen. Tussen haakjes staat de range van het aantal afgesloten cliëntssystemen dat is afgenomen/toegenomen.

<table>
<thead>
<tr>
<th>periode</th>
<th>n</th>
<th>afname cliëntssystemen</th>
<th>toename cliëntssystemen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1990/91</td>
<td>42</td>
<td>33% (509-1)</td>
<td>67% (2-507)</td>
</tr>
<tr>
<td>1991/92</td>
<td>42</td>
<td>17% (432-15)</td>
<td>83% (5-501)</td>
</tr>
<tr>
<td>1992/93</td>
<td>42</td>
<td>52% (1361-28)</td>
<td>48% (10-937)</td>
</tr>
<tr>
<td>1993/94</td>
<td>42</td>
<td>26% (744-22)</td>
<td>74% (8-1502)</td>
</tr>
<tr>
<td>1990/94</td>
<td>42</td>
<td>28% (695-4)</td>
<td>72% (5-1621)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Tabel 3.8b  Gemiddeld aantal cliëntssystemen per tijdscategorie/duur van de behandeling voor de referentiegroep.

<table>
<thead>
<tr>
<th>duur</th>
<th>1990 n (%)</th>
<th>1991 n (%)</th>
<th>1992 n (%)</th>
<th>1993 n (%)</th>
<th>1994 n (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>&lt; 1 week</td>
<td>95 (12)</td>
<td>84 (11)</td>
<td>81 (9)</td>
<td>92 (10)</td>
<td>93 (9)</td>
</tr>
<tr>
<td>1-4 weken</td>
<td>96 (13)</td>
<td>95 (13)</td>
<td>109 (12)</td>
<td>121 (13)</td>
<td>133 (13)</td>
</tr>
<tr>
<td>1-2 maanden</td>
<td>109 (15)</td>
<td>109 (15)</td>
<td>135 (16)</td>
<td>146 (16)</td>
<td>167 (16)</td>
</tr>
<tr>
<td>2-3 maanden</td>
<td>86 (12)</td>
<td>88 (12)</td>
<td>109 (13)</td>
<td>122 (13)</td>
<td>139 (13)</td>
</tr>
<tr>
<td>3-4 maanden</td>
<td>67 (9)</td>
<td>69 (9)</td>
<td>88 (10)</td>
<td>89 (10)</td>
<td>108 (10)</td>
</tr>
<tr>
<td>4-5 maanden</td>
<td>50 (7)</td>
<td>49 (7)</td>
<td>60 (7)</td>
<td>64 (7)</td>
<td>72 (7)</td>
</tr>
<tr>
<td>5-6 maanden</td>
<td>41 (5)</td>
<td>40 (5)</td>
<td>50 (6)</td>
<td>52 (6)</td>
<td>57 (5)</td>
</tr>
<tr>
<td>6-7 maanden</td>
<td>28 (4)</td>
<td>30 (4)</td>
<td>38 (4)</td>
<td>37 (4)</td>
<td>44 (4)</td>
</tr>
<tr>
<td>7-8 maanden</td>
<td>25 (3)</td>
<td>26 (3)</td>
<td>30 (3)</td>
<td>32 (4)</td>
<td>35 (3)</td>
</tr>
<tr>
<td>8-9 maanden</td>
<td>21 (3)</td>
<td>21 (3)</td>
<td>27 (3)</td>
<td>25 (3)</td>
<td>27 (3)</td>
</tr>
<tr>
<td>9-10 maanden</td>
<td>16 (2)</td>
<td>18 (2)</td>
<td>20 (2)</td>
<td>19 (2)</td>
<td>22 (2)</td>
</tr>
<tr>
<td>10-11 maanden</td>
<td>13 (2)</td>
<td>14 (2)</td>
<td>15 (2)</td>
<td>14 (2)</td>
<td>17 (2)</td>
</tr>
<tr>
<td>11-12 maanden</td>
<td>10 (1)</td>
<td>13 (2)</td>
<td>14 (2)</td>
<td>14 (2)</td>
<td>16 (2)</td>
</tr>
<tr>
<td>1-2 jaar</td>
<td>54 (8)</td>
<td>61 (8)</td>
<td>69 (8)</td>
<td>60 (7)</td>
<td>71 (7)</td>
</tr>
<tr>
<td>2-4 jaar</td>
<td>17 (2)</td>
<td>20 (3)</td>
<td>27 (3)</td>
<td>17 (2)</td>
<td>22 (2)</td>
</tr>
<tr>
<td>&gt; 4 jaar</td>
<td>5 (1)</td>
<td>4 (0)</td>
<td>8 (1)</td>
<td>4 (0)</td>
<td>4 (0)</td>
</tr>
<tr>
<td>onbekend</td>
<td>0 (0)</td>
<td>0 (0)</td>
<td>0 (0)</td>
<td>1 (0)</td>
<td>0 (0)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Gemiddeld aantal dagen

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>162</td>
<td>169</td>
<td>179</td>
<td>155</td>
<td>159</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Tabel 3.9b  Gemiddeld aantal contacten met cliëntssysteem naar plaats van contact met de referentiegroep.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1990 n=42</th>
<th>1991 n=42</th>
<th>1992 n=42</th>
<th>1993 n=42</th>
<th>1994 n=42</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Op het bureau</td>
<td>3.6</td>
<td>3.8</td>
<td>3.9</td>
<td>3.8</td>
<td>4.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Huisbezoek/elders</td>
<td>2.2</td>
<td>2.2</td>
<td>2.1</td>
<td>1.7</td>
<td>1.9</td>
</tr>
<tr>
<td>Telefonisch/schriftelijk</td>
<td>2.9</td>
<td>2.9</td>
<td>3.1</td>
<td>3.0</td>
<td>3.5</td>
</tr>
<tr>
<td>In groepswerk</td>
<td>0.3</td>
<td>0.4</td>
<td>0.4</td>
<td>0.4</td>
<td>0.4</td>
</tr>
<tr>
<td>Totaal</td>
<td>9.0</td>
<td>9.3</td>
<td>9.5</td>
<td>8.9</td>
<td>10.3</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Tabel 3.10b  Gemiddeld aantal cliëntystemen per problematiek voor de referentiegroep.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1990 n=42</th>
<th>1991 n=42</th>
<th>1992 n=42</th>
<th>1993 n=41</th>
<th>1994 n=41</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Materieel</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Inkomen</td>
<td>54 (5%)</td>
<td>47 (4%)</td>
<td>49 (4%)</td>
<td>51 (4%)</td>
<td>63 (4%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Besteding</td>
<td>62 (6%)</td>
<td>60 (5%)</td>
<td>73 (6%)</td>
<td>81 (6%)</td>
<td>104 (7%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Huisvesting</td>
<td>129 (11%)</td>
<td>135 (12%)</td>
<td>134 (10%)</td>
<td>120 (9%)</td>
<td>119 (8%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Vorming/opleiding</td>
<td>12 (1%)</td>
<td>11 (1%)</td>
<td>13 (1%)</td>
<td>12 (1%)</td>
<td>11 (1%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbeid</td>
<td>36 (3%)</td>
<td>36 (3%)</td>
<td>40 (3%)</td>
<td>53 (4%)</td>
<td>56 (4%)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Relatieveel</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Echtscheiding</td>
<td>56 (5%)</td>
<td>58 (5%)</td>
<td>69 (5%)</td>
<td>67 (5%)</td>
<td>77 (5%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Relatie partner</td>
<td>127 (11%)</td>
<td>128 (11%)</td>
<td>154 (12%)</td>
<td>148 (11%)</td>
<td>176 (11%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Relatie ouder/kind</td>
<td>105 (9%)</td>
<td>114 (10%)</td>
<td>127 (10%)</td>
<td>123 (9%)</td>
<td>144 (9%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Relatie anderen</td>
<td>65 (6%)</td>
<td>70 (6%)</td>
<td>80 (6%)</td>
<td>76 (6%)</td>
<td>80 (5%)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Psychisch</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Verwerking</td>
<td>122 (11%)</td>
<td>134 (12%)</td>
<td>161 (12%)</td>
<td>151 (11%)</td>
<td>176 (11%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Eenzaamheid</td>
<td>23 (2%)</td>
<td>21 (2%)</td>
<td>23 (2%)</td>
<td>23 (2%)</td>
<td>25 (2%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Identiteit</td>
<td>84 (7%)</td>
<td>85 (7%)</td>
<td>105 (8%)</td>
<td>38 (3%)</td>
<td>50 (3%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Overig Psychiatrisch</td>
<td>92 (8%)</td>
<td>102 (9%)</td>
<td>116 (9%)</td>
<td>159 (12%)</td>
<td>202 (13%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Gezondheid</td>
<td>65 (6%)</td>
<td>60 (5%)</td>
<td>66 (5%)</td>
<td>94 (7%)</td>
<td>98 (6%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Maatsch. org.</td>
<td>63 (6%)</td>
<td>58 (5%)</td>
<td>60 (5%)</td>
<td>36 (3%)</td>
<td>42 (3%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Multi-probl.-gezin</td>
<td>8 (1%)</td>
<td>11 (1%)</td>
<td>13 (1%)</td>
<td>13 (1%)</td>
<td>20 (1%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Cultuurverschil</td>
<td>9 (1%)</td>
<td>10 (1%)</td>
<td>10 (1%)</td>
<td>15 (1%)</td>
<td>16 (1%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Slachtoffer geweld</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>45 (3%)</td>
<td>52 (3%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Verslaving</td>
<td>14 (1%)</td>
<td>14 (1%)</td>
<td>16 (1%)</td>
<td>18 (1%)</td>
<td>20 (1%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Tabel 3.11b  Gemiddeld aantal cliëntystemen van de instellingen uit de referentiegroep per soort hulpverlening per jaar.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1990 n=42</th>
<th>1991 n=42</th>
<th>1992 n=42</th>
<th>1993 n=42</th>
<th>1994 n=42</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Informatie en advisering</strong></td>
<td>135 (18%)</td>
<td>133 (18%)</td>
<td>148 (18%)</td>
<td>152 (19%)</td>
<td>152 (16%)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Concrete dienstverlening</strong></td>
<td>69 (9%)</td>
<td>57 (8%)</td>
<td>54 (6%)</td>
<td>55 (7%)</td>
<td>66 (7%)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Bemiddeling</strong></td>
<td>102 (14%)</td>
<td>99 (13%)</td>
<td>101 (12%)</td>
<td>101 (12%)</td>
<td>112 (12%)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Begeleiding</strong></td>
<td>435 (59%)</td>
<td>467 (62%)</td>
<td>532 (64%)</td>
<td>508 (62%)</td>
<td>626 (65%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Tabel 3.12b Gemiddeld aantal uitvoerenden en leidinggevenden (in f.t.e.) van de referentiegroep per jaar.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Jaar</th>
<th>aantal instellingen</th>
<th>gemiddeld</th>
<th>minimum</th>
<th>maximum</th>
<th>st. dev.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1990</td>
<td>43</td>
<td>14.4</td>
<td>2.1</td>
<td>48.0</td>
<td>8.9</td>
</tr>
<tr>
<td>1991</td>
<td>43</td>
<td>14.4</td>
<td>2.1</td>
<td>50.1</td>
<td>9.2</td>
</tr>
<tr>
<td>1992</td>
<td>43</td>
<td>14.3</td>
<td>2.4</td>
<td>50.1</td>
<td>8.8</td>
</tr>
<tr>
<td>1993</td>
<td>43</td>
<td>14.5</td>
<td>2.4</td>
<td>48.4</td>
<td>9.1</td>
</tr>
<tr>
<td>1994</td>
<td>43</td>
<td>14.7</td>
<td>2.2</td>
<td>47.6</td>
<td>9.3</td>
</tr>
<tr>
<td>1995</td>
<td>43</td>
<td>15.3</td>
<td>2.4</td>
<td>45.6</td>
<td>9.3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Tabel 3.13b Veranderingen in het gemiddeld aantal uitvoerenden en leidinggevenden (in f.t.e.) per jaar. Weergegeven is het percentage instellingen uit de referentiegroep dat een toe- dan wel afname kende van het aantal f.t.e. Tussen haakjes staat de range van de toe- of afname.

<table>
<thead>
<tr>
<th>periode</th>
<th>n</th>
<th>afname f.t.e.</th>
<th>gelijk gebleven</th>
<th>toename f.t.e.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1990/91</td>
<td>43</td>
<td>35% (6.0-0.2)</td>
<td>26%</td>
<td>39% (0.1-3.7)</td>
</tr>
<tr>
<td>1991/92</td>
<td>43</td>
<td>33% (8.3-0.1)</td>
<td>30%</td>
<td>37% (0.1-5.7)</td>
</tr>
<tr>
<td>1992/93</td>
<td>43</td>
<td>49% (4.6-0.1)</td>
<td>12%</td>
<td>39% (0.1-9.3)</td>
</tr>
<tr>
<td>1993/94</td>
<td>43</td>
<td>35% (16.0-0.1)</td>
<td>19%</td>
<td>46% (0.1-10.2)</td>
</tr>
<tr>
<td>1990/94</td>
<td>43</td>
<td>40% (11.6-0.1)</td>
<td>9%</td>
<td>51% (0.1-15.7)</td>
</tr>
<tr>
<td>1994/95</td>
<td>43</td>
<td>42% (3.6-0.1)</td>
<td>9%</td>
<td>49% (0.1-8.1)</td>
</tr>
<tr>
<td>1990/95</td>
<td>43</td>
<td>47% (6.8-0.1)</td>
<td>7%</td>
<td>46% (0.3-13.7)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Tabel 3.14b Gemiddeld aantal uitvoerenden (in f.t.e.) van instelling uit de referentiegroep per jaar.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Jaar</th>
<th>aantal instellingen</th>
<th>gemiddeld</th>
<th>minimum</th>
<th>maximum</th>
<th>st. dev.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1990</td>
<td>43</td>
<td>12.8</td>
<td>2.1</td>
<td>42.5</td>
<td>7.8</td>
</tr>
<tr>
<td>1991</td>
<td>43</td>
<td>12.8</td>
<td>1.9</td>
<td>44.8</td>
<td>8.1</td>
</tr>
<tr>
<td>1992</td>
<td>43</td>
<td>12.7</td>
<td>2.1</td>
<td>44.8</td>
<td>7.7</td>
</tr>
<tr>
<td>1993</td>
<td>43</td>
<td>13.0</td>
<td>1.4</td>
<td>41.7</td>
<td>7.8</td>
</tr>
<tr>
<td>1994</td>
<td>43</td>
<td>13.1</td>
<td>2.0</td>
<td>43.8</td>
<td>8.0</td>
</tr>
<tr>
<td>1995</td>
<td>43</td>
<td>13.7</td>
<td>2.2</td>
<td>39.8</td>
<td>8.1</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Tabel 3.15b Gemiddeld aantal cliëntsystemen per uitvoerende (f.t.e.) per jaar voor instellingen uit de referentiegroep.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Jaar</th>
<th>aantal instellingen</th>
<th>gemiddeld</th>
<th>minimum</th>
<th>maximum</th>
<th>st. dev.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1990</td>
<td>27</td>
<td>98</td>
<td>16</td>
<td>165</td>
<td>34</td>
</tr>
<tr>
<td>1991</td>
<td>27</td>
<td>97</td>
<td>23</td>
<td>158</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>1992</td>
<td>27</td>
<td>131</td>
<td>22</td>
<td>712</td>
<td>121</td>
</tr>
<tr>
<td>1993</td>
<td>27</td>
<td>115</td>
<td>59</td>
<td>159</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>1994</td>
<td>27</td>
<td>128</td>
<td>49</td>
<td>302</td>
<td>43</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Tabel 3.16b Veranderingen in de gemiddelde aantal cliëntsystemen per uitvoerende (f.t.e.) per jaar. Weergegeven is het percentage instellingen uit de referentiegroep dat een toe- dan wel afname kende van het aantal cliëntsystemen. Tussen haakjes staat de range van het aantal cliëntsystemen dat is afgenomen/toegenomen.

<table>
<thead>
<tr>
<th>periode</th>
<th>n</th>
<th>afname caseload</th>
<th>toename caseload</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1990/91</td>
<td>27</td>
<td>37% (79-1)</td>
<td>63% (1-34)</td>
</tr>
<tr>
<td>1991/92</td>
<td>27</td>
<td>22% (20-1)</td>
<td>78% (1-600)</td>
</tr>
<tr>
<td>1992/93</td>
<td>27</td>
<td>44% (571-3)</td>
<td>56% (1-84)</td>
</tr>
<tr>
<td>1993/94</td>
<td>27</td>
<td>33% (29-1)</td>
<td>67% (5-227)</td>
</tr>
<tr>
<td>1990/94</td>
<td>27</td>
<td>15% (57-5)</td>
<td>85% (1-226)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Tabel 3.17b Initiatiefnemer tot het contact met de referentiegroep.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1990 n=42</th>
<th>1991 n=42</th>
<th>1992 n=42</th>
<th>1993 n=42</th>
<th>1994 n=42</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Cliënt zelf</td>
<td>460 (44%)</td>
<td>460 (42%)</td>
<td>492 (41%)</td>
<td>586 (44%)</td>
<td>630 (42%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Maatsch. werker</td>
<td>27 (3%)</td>
<td>31 (3%)</td>
<td>34 (3%)</td>
<td>37 (3%)</td>
<td>41 (3%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>68 (6%)</td>
<td>69 (6%)</td>
<td>76 (6%)</td>
<td>31 (2%)</td>
<td>42 (3%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Huisarts</td>
<td>238 (23%)</td>
<td>259 (24%)</td>
<td>299 (25%)</td>
<td>362 (27%)</td>
<td>333 (22%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Gezondheidszorg</td>
<td>30 (3%)</td>
<td>28 (3%)</td>
<td>31 (3%)</td>
<td>39 (3%)</td>
<td>44 (3%)</td>
</tr>
<tr>
<td>GGZ</td>
<td>39 (4%)</td>
<td>40 (4%)</td>
<td>51 (4%)</td>
<td>53 (4%)</td>
<td>60 (4%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Maatsch. werk</td>
<td>39 (4%)</td>
<td>40 (4%)</td>
<td>45 (4%)</td>
<td>73 (5%)</td>
<td>75 (5%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Maatsch. dienst</td>
<td>41 (4%)</td>
<td>43 (4%)</td>
<td>48 (4%)</td>
<td>47 (4%)</td>
<td>50 (3%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Justitie</td>
<td>34 (3%)</td>
<td>36 (3%)</td>
<td>38 (3%)</td>
<td>33 (2%)</td>
<td>37 (2%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Anders</td>
<td>74 (7%)</td>
<td>79 (7%)</td>
<td>83 (7%)</td>
<td>65 (5%)</td>
<td>73 (5%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Onbekend</td>
<td>2 (0%)</td>
<td>3 (0%)</td>
<td>4 (0%)</td>
<td>6 (0%)</td>
<td>106 (7%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

93
### Tabel 3.18b Proportie cliëntsystemen waarover tijdens de behandeling contact is (referentiegroep)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n=42</td>
<td>n=42</td>
<td>n=42</td>
<td>n=42</td>
<td>n=42</td>
</tr>
<tr>
<td>Huisarts</td>
<td>8%</td>
<td>8%</td>
<td>8%</td>
<td>9%</td>
<td>7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Gezondheidszorg</td>
<td>3%</td>
<td>2%</td>
<td>2%</td>
<td>2%</td>
<td>3%</td>
</tr>
<tr>
<td>GGZ</td>
<td>4%</td>
<td>4%</td>
<td>4%</td>
<td>4%</td>
<td>4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Maatsch. werk</td>
<td>4%</td>
<td>4%</td>
<td>4%</td>
<td>5%</td>
<td>5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Maatsch. dienst</td>
<td>4%</td>
<td>4%</td>
<td>4%</td>
<td>4%</td>
<td>4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Justitie</td>
<td>4%</td>
<td>3%</td>
<td>3%</td>
<td>3%</td>
<td>3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Anders</td>
<td>10%</td>
<td>10%</td>
<td>10%</td>
<td>9%</td>
<td>9%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Tabel 3.19b Gemiddeld aantal doorverwezen cliëntsystemen door instellingen uit de referentiegroep naar het soort hulpverlener waarnaar verwezen is.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n=42</td>
<td>n=42</td>
<td>n=42</td>
<td>n=42</td>
<td>n=42</td>
</tr>
<tr>
<td>Niet verwezen</td>
<td>618</td>
<td>624</td>
<td>711</td>
<td>845</td>
<td>982</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(85%)</td>
<td>(84%)</td>
<td>(84%)</td>
<td>(80%)</td>
<td>(80%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Verwezen</td>
<td>113</td>
<td>115</td>
<td>133</td>
<td>215</td>
<td>239</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(15%)</td>
<td>(16%)</td>
<td>(16%)</td>
<td>(20%)</td>
<td>(20%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Huisarts</td>
<td>4 (4%)</td>
<td>2 (2%)</td>
<td>3 (2%)</td>
<td>4 (2%)</td>
<td>3 (1%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Gezondheidszorg</td>
<td>5 (4%)</td>
<td>5 (4%)</td>
<td>5 (4%)</td>
<td>10 (5%)</td>
<td>10 (4%)</td>
</tr>
<tr>
<td>GGZ</td>
<td>41 (36%)</td>
<td>46 (40%)</td>
<td>56 (42%)</td>
<td>68 (32%)</td>
<td>79 (33%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Maatsch. werk</td>
<td>29 (26%)</td>
<td>30 (26%)</td>
<td>38 (29%)</td>
<td>61 (28%)</td>
<td>59 (25%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Maatsch. dienst</td>
<td>12 (11%)</td>
<td>13 (11%)</td>
<td>15 (11%)</td>
<td>19 (9%)</td>
<td>25 (10%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Justitie</td>
<td>11 (10%)</td>
<td>11 (10%)</td>
<td>12 (9%)</td>
<td>20 (9%)</td>
<td>19 (8%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Anders</td>
<td>20 (10%)</td>
<td>21 (18%)</td>
<td>22 (17%)</td>
<td>33 (15%)</td>
<td>35 (15%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
In tabel 4.16 wordt een overzicht gegeven van de gemiddelde scores op de acht uitspraken van alle huisartsen samen en onderverdeeld naar praktijkvorm. Een hoger gemiddelde op uitspraak 1, 2 en 4 betekent een positiever oordeel, bij uitspraak 2, 5, 6, 7 en 8 betekent een hoger gemiddelde een negatiever oordeel.

Tabel 4.15b Het oordeel van de huisartsen over een aantal aspecten van het AMW, de RIAGG en de eerstelijnspsycholoog (gemiddelden van alle huisartsen en onderscheid naar praktijkvorm)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>alle huisartsen (507)</th>
<th>solo praktijk (190)</th>
<th>duo praktijk (164)</th>
<th>groeps praktijk (59)</th>
<th>gez. centr. 93</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Wachtijd is lang</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMW</td>
<td>3.4</td>
<td>3.5</td>
<td>3.4</td>
<td>3.5</td>
<td>3.3</td>
</tr>
<tr>
<td>RIAGG</td>
<td>1.7</td>
<td>1.8</td>
<td>1.7</td>
<td>1.9</td>
<td>1.4*</td>
</tr>
<tr>
<td>ELP</td>
<td>3.4</td>
<td>3.3</td>
<td>3.3</td>
<td>3.4</td>
<td>3.8*</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Makkelijk bereikbaar</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMW</td>
<td>1.5</td>
<td>1.6</td>
<td>1.6</td>
<td>1.7</td>
<td>1.2*</td>
</tr>
<tr>
<td>RIAGG</td>
<td>2.5</td>
<td>2.4</td>
<td>2.5</td>
<td>2.7</td>
<td>2.5</td>
</tr>
<tr>
<td>ELP</td>
<td>2.4</td>
<td>2.3</td>
<td>2.4</td>
<td>2.4</td>
<td>2.3</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Patiënten zijn moeilijk te motiveren</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMW</td>
<td>3.5</td>
<td>3.4</td>
<td>3.3</td>
<td>3.5</td>
<td>3.7</td>
</tr>
<tr>
<td>RIAGG</td>
<td>2.7</td>
<td>2.8</td>
<td>2.7</td>
<td>2.7</td>
<td>2.6</td>
</tr>
<tr>
<td>ELP</td>
<td>3.4</td>
<td>3.4</td>
<td>3.4</td>
<td>3.4</td>
<td>3.3</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Verbale begaafdheid is noodzakelijk</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMW</td>
<td>3.8</td>
<td>3.8</td>
<td>3.8</td>
<td>3.8</td>
<td>3.8</td>
</tr>
<tr>
<td>RIAGG</td>
<td>3.2</td>
<td>3.3</td>
<td>3.1</td>
<td>3.1</td>
<td>3.1</td>
</tr>
<tr>
<td>ELP</td>
<td>2.7</td>
<td>2.9</td>
<td>2.6</td>
<td>2.6</td>
<td>2.5*</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Behandeling is adequaat</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMW</td>
<td>2.3</td>
<td>2.4</td>
<td>2.3</td>
<td>2.4</td>
<td>1.9*</td>
</tr>
<tr>
<td>RIAGG</td>
<td>2.7</td>
<td>2.6</td>
<td>2.7</td>
<td>2.8</td>
<td>2.9*</td>
</tr>
<tr>
<td>ELP</td>
<td>2.2</td>
<td>2.2</td>
<td>2.2</td>
<td>2.2</td>
<td>2.1</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Inbreng huisarts wordt gebruikt</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMW</td>
<td>2.4</td>
<td>2.6</td>
<td>2.6</td>
<td>2.4</td>
<td>1.9*</td>
</tr>
<tr>
<td>RIAGG</td>
<td>3.0</td>
<td>2.5</td>
<td>3.0</td>
<td>3.2</td>
<td>3.3*</td>
</tr>
<tr>
<td>ELP</td>
<td>2.5</td>
<td>2.6</td>
<td>2.4</td>
<td>2.6</td>
<td>2.7*</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Organisatie is inzichtelijk</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMW</td>
<td>2.9</td>
<td>3.0</td>
<td>3.0</td>
<td>3.0</td>
<td>2.4*</td>
</tr>
<tr>
<td>RIAGG</td>
<td>3.5</td>
<td>3.3</td>
<td>3.4</td>
<td>3.4</td>
<td>3.9*</td>
</tr>
<tr>
<td>ELP</td>
<td>--</td>
<td>--</td>
<td>--</td>
<td>--</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Tevreden over berichtgeving</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMW</td>
<td>3.0</td>
<td>3.3</td>
<td>3.1</td>
<td>3.0</td>
<td>2.2*</td>
</tr>
<tr>
<td>RIAGG</td>
<td>3.0</td>
<td>2.8</td>
<td>2.9</td>
<td>2.9</td>
<td>3.6*</td>
</tr>
<tr>
<td>ELP</td>
<td>2.7</td>
<td>2.8</td>
<td>2.5</td>
<td>2.7</td>
<td>2.7</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* = significant verschil tussen praktijkvormen