

## Discriminerende hulpverlening: een voorkeur voor relatieproblemen

door A. A. J. M. Beenackers

### Inleiding

Mensen die bij een instelling voor geestelijke gezondheidszorg om hulp vragen, maken niet allemaal evenveel kans die hulp daadwerkelijk te krijgen: bepaalde hulpvragers maken relatief veel kans, anderen relatief weinig. De hulpvrager die veel kans maakt noemen we de populaire cliënt; de hulpvrager die weinig kans maakt, de impopulaire. De populaire cliënt wordt over het algemeen aangeduid als intelligent, verbaal begaafd, gemotiveerd en coöperatief. De impopulaire cliënt is de cliënt die deze eigenschappen niet bezit (onder andere Vermeeren, 1980; Van Oosten, 1980; Giel, 1979; Schudel, 1979a; Van der Velden en Vreeken, 1977; Van Ree, 1975).

Dat bepaalde cliënten bij hulpverleners impopulair zijn, en anderen juist populair, wordt door de meeste auteurs vooral verklaard uit wat Giel (1979), 'de keerzijde van het therapeutisch klimaat' heeft genoemd: het feit dat hulpverleners niet langer genoeg nemen met het geven van aandacht, steun en verzorging (Van Oosten, 1980), onderdak, bescherming en verpleging (Horst, 1979); maar de voorkeur geven aan het oplossen van problemen, het veranderen van persoonlijkheden, het verbeteren of verbreken van relaties, enzovoorts (Van Oosten, 1980). De voorkeur voor een dergelijke — therapeutische — werkwijze, gaat gepaard met een voorkeur voor cliënten die daar het meest geschikt voor geacht worden: waarbij de meeste vooruitgang wordt verwacht en waarbij men zich tot het gebruik van populaire middelen kan beperken (onder andere Van Oosten, 1980; Giel, 1979; Van Ree, 1975). Daar tegenover staat de cliënt die weinig therapeutisch succes belooft en waarbij vaak impopulaire middelen gehanteerd moeten worden (dwangmiddelen bijv.). We hebben hier uiteraard niet te maken met twee elkaar geheel uitsluitende categorieën, maar met de polen van een door iedereen weer anders benoemd continuüm: Schudel (1979a) b.v. spreekt van 'relatief gezonde cliënten' versus 'chronische patiënten', Van Oosten (1980) van 'mensen met

---

*Schrijver is psycholoog, wetenschappelijk medewerker aan de Universiteit van Amsterdam en coördinator van de Onderzoeksgroep Krisiscentrum Utrecht; adres: Cornhartstraat 16-16bis, 3521 XH Utrecht.*

minder ernstige problemen' versus 'mensen met relatief zware stoornissen', Van Ree (1975) over mensen die 'minder ernstig emotioneel ontregeld zijn' versus mensen die 'sterk emotioneel ontregeld zijn', enzovoorts. De laatste jaren komen vooral de meest extreme categorieën — aan de uiteinden van het continuüm populair-impopulair — steeds beter uit de verf: aan de ene kant zien we een zeer populaire categorie — waarnaar ieders voorkeur schijnt uit te gaan — de cliënten met relatieproblemen (de Jonge, 1980; Schudel, 1979b; Beenackers, 1979); aan de andere kant een zeer impopulaire groep — waarmee niemand iets te maken schijnt te willen hebben — de zgn. SGA-patiënten (SGA = Sterk Gedragsgestoord en/of Agressief. Hardeman, 1980; v.d. Bovenkamp e.a., 1980; Beyaert, 1980; Giel, 1979; Horst, 1979). In de literatuur wordt vooral aandacht geschonken aan het discrimineren van impopulaire categorieën; in dit artikel bekijken we de andere kant: het voortrekken van een populaire categorie. In ons onderzoek is dat de cliënt met relatieproblemen.

We geven eerst een korte beschrijving van het experiment, waarbinnen het onderzoek plaatsvond: de crisiscentra van Overvecht en Utrecht. Daarna volgt een gedetailleerd verslag van de resultaten van het onderzoek.

### Het experiment

Ruim tien jaar geleden werd in de geestelijke gezondheidszorg in Nederland een nieuw idee geïntroduceerd: crisisinterventie. Dat gebeurde op een driedaags congres in 1969 (De Smit, 1969; Van Goor, MacGillavry en Roose, 1969). Crisisinterventie werd daarbij gedefinieerd als 'onmiddellijke hulpverlening': iedereen die direct hulp nodig had, moest onmiddellijk geholpen worden. En alhoewel de bestaande hulpverleningsinstanties daar op dat moment niet toe in staat of bereid geacht werden, werd de oprichting van speciale crisiscentra afgewezen. Een dergelijk centrum vond men uitsluitend zinvol, als het een tijdelijk experiment zou zijn, waarin behoeften, werkwijzen en methoden getoetst zouden kunnen worden. Die zouden daarna als voorbeeld kunnen dienen voor andere instellingen, die crisisinterventie in hun programma's wilden opnemen. (Van Goor e.a., 1969). Zo'n tijdelijk experiment kwam er: Crisiscentrum Overvecht (1974-1978). Het had een blauwdruk moeten opleveren van 'de meest wenselijke vorm van crisis-interventie in Nederland en in de provincie Utrecht in het bijzonder' (1). In plaats van in een blauwdruk resulteerde het in een nieuw experiment: het Crisiscentrum Utrecht (1978-1982). Het onderzoek, waarvan we in dit artikel verslag doen, werd uitgevoerd in 1978. Het Overvechtse Crisiscentrum was toen reeds overgegaan in het Crisiscentrum Utrecht, maar werkte nog op de oude — Overvechtse — manier: volgens het psychosociale hulpverleningsmodel: problemen oplossen door er over te praten. Er werden dus geen medicijnen verstrekt of dwangmiddelen gehanteerd. Het team van hulpverleners — dat voornamelijk afkom-

stig was uit de psychosociale hoek — bepaalde autonoom wie er wel en wie er niet geholpen werd. Bestuur en Staf hadden daar geen enkele invloed op. (Voor meer informatie over het experiment: zie Beenackers, 1979).

### Op relatieproblemen selecteren

In plaats van *iedereen*, die onmiddellijk hulp nodig had, onmiddellijk te helpen, werkte het Crisiscentrum als een sorteermachine; als een apparaat met vier zeven, vier selectieniveaus. Na iedere selectieronde bleven er niet alleen minder cliënten over, maar steeg tevens het percentage cliënten dat vooral met relatieproblemen te kampen had: cliënten met andere problemen werden systematisch 'weggezuiverd'. We laten dit zien aan de hand van een steekproef die *alle* aanmeldingen betreft tussen 1 april en 1 oktober 1978.

Van de (naar schatting) 568 mensen die onmiddellijk hulp nodig hadden (potentiële hulpvragers) hebben er maar 452 daadwerkelijk om hulp gevraagd. De rest heeft er van afgezien als gevolg van de door het Crisiscentrum gegeven voorlichting aan het publiek. We noemen dit selectieniveau I: de P.R.-selectie (van Public Relations). Van de 452 mensen die wel om hulp gevraagd hebben, werden er maar 286 als cliënt ingeschreven. De rest werd telefonisch gescreend en afgevoerd. We noemen dit selectieniveau II: de voorselectie.

Van de 286 cliënten die ingeschreven werden — d.w.z. waarmee wél face-to-face contact plaatsvond — werden er maar 134 in behandeling genomen. De rest werd verwezen (of liet het afweten) voordat er ook maar iets aan de problematiek was gedaan. We noemen dit selectieniveau III: de vervolselectie.

Van de 134 cliënten die wél behandeld werden, waarbij wél iets aan de problematiek werd gedaan, werden er maar 82 afdoende geholpen. De rest werd naar andere instellingen verwezen om daar verder van hun problemen afgeholpen te worden. We noemen dit selectieniveau IV: de voortgezette selectie.

Na de eerste selectieronde was het aantal hulpvragers teruggebracht tot 80%, na de tweede ronde tot 50%, na de derde ronde tot 24% en na de vierde ronde tot 14%. Na iedere selectieronde bleven er bovendien relatief steeds meer cliënten over met relatieproblemen en steeds minder met andere problemen. We laten dat in de nu volgende paragrafen — per selectieniveau — zien. We maken daarbij een verdeling tussen cliënten met relatieproblemen en cliënten met andere problemen, op basis van wat door de hulpverleners als het belangrijkste probleem van hun cliënt werd gezien: een relatieprobleem of een probleem van niet-relatieve aard. Voor een operationele definitie verwijzen we naar noot 2.

### Selectieniveau I: P.R.-selectie

Met selectieniveau I — de P.R.-selectie — bedoelen we de selectie die voortvloeit uit de Relatie die het Centrum opbouwt met het Publiek.

Dat gebeurt op twee manieren: enerzijds in de vorm van voorlichting en propaganda; anderzijds in het directe contact tussen Centrum en cliënt/verwijzer. Door in voorlichtingscampagnes e.d. altijd maar weer relatieproblematiek als voorbeeld te nemen en andere problemen buiten beschouwing te laten; en door jaar-na-jaar hulpvragers met relatieproblemen te accepteren en hulpvragers met andere problemen af te wijzen, bewerkstelligt men dat de eerste groep blijft komen terwijl de rest het steeds meer laat afweten. Het effect daarvan is dat het percentage hulpvragers met relatieproblemen stijgt. Hoe sterk dit percentage in de periode 1974-1978 is gestegen weten we niet. We beschikken namelijk niet over de daarvoor noodzakelijke gegevens van vóór 1978. Wel kunnen we laten zien hoe sterk dit percentage is gaan dalen nadat vanaf 1 oktober 1978 de propaganda ook op andere categorieën hulpvragers werd gericht en tegelijk de voorkeur voor deze hulpvragers steeds verder werd open gezet. In de periode 1 april-1 oktober 1978 had 46,46% van alle aanmeldingen betrekking op mensen die vooral met relatieproblemen te kampen hadden. In april 1980 — anderhalf jaar later — was dat nog maar 37%. We gaan er voorlopig (tot we meer gegevens hebben) van uit dat dit verschil de omvang van de P.R.-selectie aangeeft: dat door de P.R.-selectie het percentage hulpvragers met relatieproblemen is gestegen van 37% (van de potentiële hulpvragers) tot 46,46% (van de feitelijke hulpvragers). De 452 mensen die in de onderzochte periode hulp gevraagd hebben, zouden er dan — zonder de P.R.-selectie — ongeveer  $(452:37) \times 46,46 = 568$  zijn geweest.

### Selectieniveau II: voorselectie

Niet alle mensen die om hulp vragen, worden als cliënt ingeschreven: iemand wordt pas cliënt als er sprake is van face-to-face contact. Meldt een hulpvragers zich persoonlijk dan wordt hij direct — face-to-face — gescreend en daardoor automatisch cliënt. Meldt hij zich evenwel telefonisch dan wordt hij à la minute — telefonisch — gescreend en vervolgens al dan niet uitgenodigd voor een persoonlijk gesprek. Pas als dat gesprek plaats vindt, wordt hij cliënt. Van de 452 mensen die in de periode 1 april-1 oktober 1978 om hulp gevraagd hebben — zich als cliënt aangemeld hebben — werden er maar 286 als cliënt ingeschreven: 63%. Er wordt aan de telefoon dus behoorlijk geselecteerd. We noemen dit selectieniveau II: de voorselectie.

We laten eerst zien hoe de groep mensen, die om hulp vroeg ( $n = 452$ ), was samengesteld (tabel 1); vervolgens hoe de voorselectie

Tabel 1: als cliënt aangemeld

	persoonlijk	telefonisch	totaal	
relatieproblemen	95	115	210	46%
overige problemen	107	135	242	54%
	202	250	452	100%

tie uitpakte (tabel 2); en daarna wat het effect daarvan was op de samenstelling van de cliënten-populatie ( $n = 286$ ; tabel 3).

Van alle hulpvragers had 46% vooral met relatieproblemen te kampen. Er was wat dit betreft geen verschil tussen de groep die zich persoonlijk bij het Crisiscentrum vervoegde ( $n = 202$ ) en de groep die zich telefonisch meldde ( $n = 250$ ). De voorselectie vindt alleen plaats bij de telefonische aanmeldingen ( $n = 250$ ).

Tabel 2: voorselectie telefonische aanmeldingen

	aantal telefonische aanmeldingen	waarvan uitge- nodigd	waarvan gekomen	
relatieproblemen	115	95	51	61%
overige problemen	135	53	33	39%
	250	148	84	100%

Van de 115 aanmeldingen die betrekking hadden op relatieproblemen, werden er 95 uitgenodigd voor een persoonlijk gesprek: dat is 83%. Van de 135 aanmeldingen die op andere problemen betrekking hadden, werden er maar 53 uitgenodigd: 39%. Hulpvragers met relatieproblemen hadden derhalve een veel grotere kans om uitgenodigd te worden dan hulpvragers met andere problemen.

Niet iedere hulpvrager die uitgenodigd wordt, neemt die uitnodiging aan. Van de 95 uitgenodigde hulpvragers met relatieproblemen, kwamen er 51 opdagen: dat is 54%. Van de 53 hulpvragers met overige problemen 33: dat is 62%. En alhoewel het verschil niet zo groot is, wijst het er op dat de uitgenodigde hulpvragers met relatieproblemen minder gemotiveerd waren dan de uitgenodigde hulpvragers met overige problemen. Ook dit is een aanwijzing dat er voor hulpvragers met relatieproblemen een lagere drempel wordt gehanteerd dan voor hulpvragers met andere problemen.

Van alle telefonische aanmeldingen ( $n = 250$ ) bestaat 46% uit hulpvragers met relatieproblemen. Na de voorselectie ( $n = 84$ ) is dit percentage opgevoerd tot 61%. Een groot verschil dus. Maar het effect daarvan op de samenstelling van de totale cliëntenpopulatie is minder groot omdat van alle ingeschreven cliënten ( $n = 286$ ) slechts 29% ( $n = 84$ ) via de telefoon binnenkomt. We laten dat zien in tabel 3.

Tabel 3: als cliënt ingeschreven

	persoonlijke aanmeldingen	(voorgeselec- teerde) tele- fonische aan- meldingen	totaal	
relatieproblemen	95	51	146	51%
overige problemen	107	33	140	49%
	202	84	286	100%

Als we de gegevens van tabel 3 vergelijken met die van tabel 1, dan zien we dat als gevolg van de voorselectie het percentage cliënten met relatieproblemen is gestegen van 46% (van de feitelijke hulpvragers) tot 51% (van de ingeschreven cliënten).

### Selectieniveau II: vervolgsselectie

Niet alle hulpvragers die als cliënt worden ingeschreven, worden ook in behandeling genomen. Zij die door zich persoonlijk te melden ingeschreven werden ( $n = 202$ ) moeten eerst nog gescreend worden. Zij die reeds telefonisch gescreend werden ( $n = 84$ ) moeten voor een gedeelte ook nog face-to-face gescreend worden. De uitkomst van veel screenings is dat 'de cliënt beter elders behandeld kan worden'. In dat geval wordt hij verwezen. Van de 286 cliënten die in de periode 1 april-1 oktober 1978 ingeschreven werden, zijn er tenslotte maar 134 in behandeling genomen: 47%. We noemen dit selectieniveau III: de vervolgsselectie. Het effect van deze selectie op de samenstelling van het cliëntenbestand is weergegeven in tabel 4.

Tabel 4: vervolgsselectie

	ingeschreven	waarvan in behandeling genomen	
relatieproblemen	146	93	69%
overige problemen	140	41	31%
	286	134	100%

Van de 146 ingeschreven cliënten met relatieproblemen, werden er 93 in behandeling genomen: 64%. Van de 140 ingeschreven cliënten met overige problemen werden er slechts 41 in behandeling genomen: 29%. Mensen met relatieproblemen hadden dus veel meer kans om in behandeling genomen te worden dan mensen met andere problemen. Het effect van de vervolgsselectie is dat het percentage cliënten met relatieproblemen stijgt van 51% (van alle ingeschreven cliënten) tot 69% (van alle in behandeling genomen cliënten).

### Selectieniveau IV: voortgezette selectie

Crisisinterventie is — in de Overvechtse gedachtengang — een preventieve methode: door in de crisisfase in te grijpen, wordt professionele hulp (in een later stadium) overbodig. Vanuit het onderzoek hebben we dit vertaald in een evaluatiecriterium: de interventie is alleen dan geslaagd indien daarna geen hulp meer nodig is (Beenackers, 1977). In de praktijk bleek echter dat veel cliënten tijdens of na de behandeling naar andere hulpverlenende instellingen verwezen werden. Van de 134 in behandeling genomen cliënten werden er 82 niet verder verwezen: 61%. We noemen dit selectie-

niveau IV: de voortgezette selectie. De resultaten zijn weergegeven in tabel 5.

Tabel 5: voortgezette selectie

	in behandeling genomen	waarvan niet verwezen	
relatieproblemen	93	64	78%
overige problemen	41	18	22%
	134	82	100%

Van de 93 cliënten met relatieproblemen werden er 64 afdoende geholpen: 69%. Van de 41 cliënten met andere problemen slechts 18: 44%. Cliënten met relatieproblemen hebben dus meer kans om afdoende geholpen te worden dan cliënten met andere problemen. (3) Als gevolg van de voortgezette selectie steeg het percentage cliënten met relatieproblemen van 69% (van de in behandeling genomen cliënten) tot 78% (van de afdoende behandelde cliënten).

### Selectieniveaus I t/m IV

In voorgaande paragrafen hebben we gezien hoe sterk het Crisiscentrum selecteerde. In onderstaande tabel vatten we de resultaten nog eens samen.

Tabel 6: op relatieproblemen selecteren

	selectieniveaus				
	O	I	II	III	IV
relatieproblemen	37%	46%	51%	69%	78%
overige problemen	63%	54%	49%	31%	22%
	100%	100%	100%	100%	100%
n =	568	452	286	134	82
	100%	80%	50%	24%	14%

Tabel 6 laat zich zien hoe sterk de verhouding tussen het percentage cliënten met relatieproblemen en dat met overige problemen zich wijzigt naarmate het hulpverleningsproces vordert. In iedere 'behandelingsfase' hebben cliënten met relatieproblemen een grotere kans om naar de volgende fase door te stromen dan cliënten met andere problemen. Van de 210 cliënten met relatieproblemen (op niveau 0) haalden er 64 de eindstreep (niveau IV): dat is 30%. Van de 358 cliënten met overige problemen (op niveau 0) haalden er slechts 18 de eindstreep (niveau IV): 5%. Cliënten met relatieproblemen had-

den derhalve aanzienlijk meer kans om afdoende geholpen te worden dan cliënten met andere problemen.

De voorkeur voor relatieproblemen kwam niet alleen in de selectie tot uitdrukking, maar ook in de manier waarop de problematiek werd geïdentificeerd en aangepakt: men *keek* ook relatiegericht en men *werkte* relatiegericht. We laten dat zien in de volgende paragrafen.

### Relatiegericht kijken

Tot nu toe hebben we een verdeling gemaakt tussen cliënten met relatieproblemen en cliënten met andere problemen op basis van wat door de hulpverleners als het *belangrijkste* probleem van hun cliënt werd gezien. Per cliëntensysteem konden de hulpverleners bij de screening — bij het benoemen van de problematiek — echter meerdere problemen signaleren. Men moest dan wel een volgorde van belangrijkheid aangeven: 1e probleem (het belangrijkste probleem); 2e probleem; 3e probleem (zie noot 2). Tabel 7 laat zien hoe men daarbij te werk ging. De steekproef bestaat uit alle tussen 1 april en 1 oktober 1978 ingeschreven cliënten ( $n = 286$ ).

Tabel 7: relatiegericht kijken

	1e	2e	3e
relatieproblemen	51%	41%	29%
overige problemen	49%	59%	71%
	100%	100%	100%
n =	286	202	106

De resultaten laten zien dat relatieproblemen naar verhouding vaker als belangrijkste probleem werden genoemd: de overige problemen vaker als minder belangrijk. De hulpverleners vonden relatieproblemen blijkbaar belangrijker dan andere problemen.

### Relatiegericht werken

Na afloop van iedere behandeling werd door de desbetreffende hulpverlener aangegeven aan welke problemen hij had gewerkt. Ook hier kon hij per cliënt(systeem) meerdere problemen opgeven; en ook hier moest in dat geval een volgorde van belangrijkheid aangegeven worden. (4) De resultaten zijn weergegeven in tabel 8. De steekproef bestaat uit alle tussen 1 april en 1 oktober 1978 in behandeling genomen cliënten ( $n = 134$ ).

De resultaten laten zien dat relatieproblemen naar verhouding vaker werden genoemd als het belangrijkste probleem waaraan was gewerkt. De overige problemen werden vaker als minder belangrijk genoemd. De hulpverleners vonden het werken aan relatieproblemen kennelijk belangrijker dan het werken aan andere problemen.



Tabel 8: relatiegericht werken

	1e	2e	3e
relatieproblemen	72%	52%	26%
overige problemen	28%	48%	74%
	100%	100%	100%
n =	134	61	31

Indien er vooral een relatieproblemen werd gewerkt (in 72% van de gevallen), werden er per cliënt(systeem) gemiddeld 6,35 face-to-face gesprekken gevoerd. Indien er vooral aan andere problemen werd gewerkt (in 28% van de gevallen), werden er per cliënt(systeem) gemiddeld 4,78 gesprekken gevoerd. Dat betekent dat bijna 80% van alle behandelingscontacten over relatieproblemen ging.

### Verklaring van de resultaten

De voorkeur voor relatieproblemen is mogelijk als volgt te verklaren:

#### (1) *Relatiegericht kijken*

De opvatting dat — zoals Dijkhuis (1980) het uitdrukt — psychische problemen communicatiestoornissen zijn, lijkt steeds meer veld te winnen. 'Oorspronkelijk', zo stelt Dijkhuis, 'zijn psychische problemen altijd gebed in interactionele relaties die mensen met elkaar hebben. Later kunnen ze wel een eigen leven gaan leiden, maar hun functie en betekenis ontlene ze aan interacties.' In de praktijk (zoals wij die hebben leren kennen) betekent dit dat psychosociale problematiek — van welke aard dan ook — bij voorkeur herleid wordt tot relatieproblematiek: bijna ieder probleem wordt door hulpverleners gezien als een direct of indirect gevolg van problematische relaties. Dat problemen (mede) een andere oorsprong hebben, of los van de oorspronkelijke context een eigen leven kunnen leiden, wordt nauwelijks onderkend.

#### (2) *Relatiegericht werken*

'Als psychische problemen van oorsprong altijd gebed zijn in interactionele relaties die mensen met elkaar hebben, dan moet het verbeteren (of verbreken) van die relaties uiteindelijk tot verlichting van de problemen leiden', zo luidt — naar we veronderstellen — ongeveer de redenering van veel hulpverleners. Vanuit een dergelijke redenering is er mogelijk een bepaald automatisme ontstaan in het benaderen van psychosociale problemen. We zien althans maar al te vaak dat men zonder een behoorlijke probleemanalyse te maken, het hele cliëntsysteem optrommelt en aan de relaties gaat sleutelen. Dat gebeurt óók indien de hulpvrager zijn problemen niet als relatieproblemen ervaart.

#### (3) *Op relatieproblemen selecteren*

De meest geschikte cliënten voor een op het verbeteren (of verbreken) van relaties gerichte behandeling, zijn uiteraard de mensen met relatieproblemen. Mensen met andere problemen zullen wat va-

ker doorgestuurd worden, of zich minder begrepen voelen en daarvoor eerder afhaken. Het relatiegericht werken bewerkstelligt aldus een selectie op relatieproblemen.

### Slotheschouwing

Het discrimineren van de impopulaire cliënt betekent dat de maatschappelijke behoeften niet meer vertaald worden in hulpverleningsdoelstellingen (o.a. Giel, 1979). Een sterk voorbeeld daarvan wordt gegeven door v. d. Bovenkamp e.a. (1980), die met een cliënte, die na het begaan van een delict psychiatrisch behandeld moest worden, bij 21 instellingen moesten aankloppen alvorens een opname geregeld te krijgen. Aan de andere kant, waar het het voortrekken van de populaire cliënt betreft, wordt het omgekeerde nagestreefd, wordt getracht hulpverleningsdoeleinden te vertalen in maatschappelijke behoeften, het aanbod om te zetten in een vraag (o.a. Beenackers, 1979). Dit laatste gebeurt door mensen bewust te maken van bepaalde problemen en de verwachting te wekken dat de professionele hulpverlening er een oplossing voor heeft. Aan de ene kant worden hulpvragen genegeerd, aan de andere kant worden ze gegenereerd. Een en ander heeft tot gevolg dat de hulpverlening, in wat ze te bieden heeft, steeds meer afgestemd raakt op de behoefte van de hulpverlener en steeds minder op de behoefte van de hulpvrager. Gezien de voordelen die dit voor de hulpverlener oplevert en gegeven de autonomie van veel behandelingssteams, verwachten we dat dit proces zich voorlopig wel voort zal zetten.

### Noten

1 Nota S.P. 3.31.13 van de adviescommissie van de sociaal-psychiatrische diensten aan de Ziekenfondsraad, 1973

2 Operationele definitie van 'relatieproblemen' en 'andere problemen':

We gaan ervan uit dat als een hulpverlener beweert dat zijn cliënt probleem X heeft, deze cliënt ook inderdaad probleem X heeft. De hulpverlener is dus ons meetinstrument. Hij tekent alle hulpverleningsactiviteiten per cliëntstelsel aan in een dossier. Zo'n dossier bestaat uit een rapportagedeelte en een set geprecodeerde vragen. Het rapportagedeelte bevat een probleemanalyse, een interventieplan, interventieverslagen en een afrondend evaluatieverslag. De set geprecodeerde vragen loopt parallel aan het rapportagedeelte en wordt gelijktijdig en door dezelfde hulpverlener ingevuld.

Voor het onderzoek, dat we in dit artikel beschrijven, is gebruik gemaakt van de geprecodeerde vragen. De versie, die in 1978 gehanteerd is, is in de daaraan voorafgaande jaren ontwikkeld: gestart in 1974 en steeds verder verbeterd. Er is veel onderzoek aan vooraf gegaan; niet alleen met behulp van geprecodeerde vragen maar ook in de vorm van gevalsstudies, follow-up interviews met cliënten, goal attainment schalen, enzovoorts (zie onder andere Beenackers, 1976).

Het onderscheid tussen cliënten met relatieproblemen en cliënten met andere problemen, zoals we dat in dit artikel maken, is gebaseerd op de volgende vraag:

*Problematiek cliënt(systeem)?*

- 1 relatieproblematiek, partnersituaties
- 2 relatieproblematiek, ouders-kinderen
- 3 relatieproblematiek, anders, nl:
- 4 rouwproblematiek
- 5 problemen met bestaand zorgkader
- 6 verslavingsproblematiek (alcohol, drugs)
- 7 lichamelijke problemen
- 8 levensfase problemen, nl:
- 9 innerlijke problemen, nl:
- 10 studieproblemen
- 11 arbeidsproblemen
- 12 financiële problemen
- 13 strafrechterlijke problemen
- 14 huisvestingsproblemen
- 15 anders, nl:

De vraag werd direct na de screening ingevuld. Men mocht daarbij meer dan één probleem aankruisen. Indien er meerdere problemen aangekruist werden, moest men een volgorde van belangrijkheid aangeven: 1e probleem, 2e probleem, 3e probleem. Overal waar we in dit artikel de selectie van het Crisiscentrum beschrijven (in de tabellen 1 t/m 6), maken we onderscheid tussen cliënten met relatieproblemen en cliënten met andere problemen, op basis van wat door de hulpverleners het belangrijkste probleem werd genoemd. Alleen in de paragraaf 'relatiegericht kijken' (in tabel 7), laten we zien hoe vaak er behalve een 1e ook een 2e en 3e probleem werd aangekruist, en hoe daarbij de verdeling was tussen 'relatieproblemen' en 'andere problemen'.

Bij het onderscheid tussen relatieproblemen en andere problemen, hebben we de antwoordcategorieën 1 t/m 4 als 'relatieproblematiek' gedefinieerd, en de categorieën 5 t/m 15 als 'overige problemen'.

Wat aldus door de hulpverleners als relatieproblematiek werd aange-merkt, waren over het algemeen problemen in de interactie tussen 2 of meer mensen die emotioneel (en vaak ook materieel) van elkaar afhankelijk waren: man-vrouw e.d. (in 80% van de gevallen), ouders-kinderen (10%) of anderszins (10%). Meestal was er sprake van een min of meer hechte emotionele band welke verbroken werd of dreigde te worden: een (echt)scheiding, een sterfgeval, weglopen van huis, hooglopende ruzie e.d. Een en ander ging veelal gepaard met zodanige emoties dat de gewone gang van zaken daardoor (in ernstige mate) werd verstoord: slecht slapen, te weinig eten, teveel drinken en onregelmatig werken.

De 'overige problemen' bestonden voor ongeveer 15% uit materiële problemen (problemen met geld, werk, huis e.d.: de categorieën 10 t/m 14), voor ongeveer 10% uit verslavingsproblematiek en problemen van lichamelijke aard (de categorieën 6 en 7), voor ongeveer 45% uit intrapsychische problemen (waarbij geen direct verband aanwijsbaar is tussen de problematiek en condities of gebeurtenissen in de omgeving: de categorieën 8 en 9) en voor ongeveer 20% uit diverse andere problemen (de categorieën 5 en 15).

- 3 De selectie op de niveaus I t/m III is een kwestie van keuze: de cliënt wordt wél of niet aangetrokken (niveau I), ingeschreven (niveau II) en behandeld (niveau III). De selectie op niveau IV is behalve een kwestie van kiezen (wél of niet verwijzen) ook een kwestie van effect: de behandeling is wél of niet afdoende geweest.

- 4 De vraag, die hier door de desbetreffende hulpverlener moest worden beantwoord, kende exact dezelfde antwoordcategorieën als de onder noot 2 beschreven vraag naar de aard van de problematiek. Ook hier werden de categorieën 1 t/m 4 als relatieproblemen gedefinieerd, en de categorieën 5 t/m 15 als overige problemen.

## Literatuur

- Beenackers, A. A. J. M. (1976), *Evaluatie Crisiscentrum Overvecht; deel I, II en Supplement*. Praeventiefonds, 's-Gravenhage.
- Beenackers, A. A. J. M. (1977), *Evaluatie Crisiscentrum Utrecht; Rapport II; Evaluatieplan*. Researchteam Crisiscentrum Amsterdam, Amsterdam.
- Beenackers, A. A. J. M. (1979), De crisiscentra van Overvecht en Utrecht, *Maandbl. Geestel. Volksgez.*, 34, 124-131.
- Beenackers, A. A. J. M. en M. C. H. Donker (1981), *Evaluatie Crisiscentrum Utrecht; Rapport V; Eind-Evaluatie*. Onderzoeksgroep Crisiscentrum Utrecht, Utrecht.
- Beyaert, F. H. L. (1980), in een interview met Lex van Almelo in *het Utrechts Universiteitsblad* van 9 mei 1980: 'Lastige patiënten worden niet meer opgenomen.'
- Bovenkamp, C. J. v. d., C. M. Th. Eppings-Eradus, Th. J. F. F. van Iersel, J. G. van Koetsveld, J. A. F. Peeters en A. J. Sloot-Smits (1980), Sterk gedragsgestoorde en/of agressieve patiënten uit het Pieter Baan Centrum, *Maandbl. Geestel. Volksgez.*, 35, 1008-1014.
- Dijkhuis, J. H. (1980), Onbegrip voor de psychische aspecten van menselijk gedrag, *Maandbl. Geestel. Volksgez.*, 35, 3-14.
- Giel, R. (1979), De keerzijde van het therapeutisch klimaat, *Maandbl. Geestel. Volksgez.*, 34, 604-616.
- Ginneken, P. van (1981), Het gevecht buiten de muren: wie krijgt de leuke cliënten?, *Maandbl. Geestel. Volksgez.*, 36, 443-447.
- Goor, C. van, D. H. C. MacGillavry en H. A. Roose (1969), Resultaten van de conferentie over crisisinterventie, *Maandbl. Geestel. Volksgez.*, 24, 390-395.
- Hardeman, W. J. (1980), Sterk gedragsgestoorde en/of agressieve patiënten; pleidooi voor een speciale voorziening, *Maandbl. Geestel. Volksgez.*, 35, 974-988.
- Horst, R. (1979), Utrechtse inrichtingen weigeren moeilijke patiënten, *Maandbl. Geestel. Volksgez.*, 34, 678-682.
- Jonge, W. de (1980), in een interview met P. van Seeters in *de Volkskrant* van 22 november 1980: 'Jij komt bij ons niet over'; de gevolgen van hard spel in de zachte sector'.
- Oosten, A. van (1980), Vluchtpsychiatrie, luxe-hulp en psychohobby; over de onbeheersbaarheid van de psychosociale hulpverlening, *Maandbl. Geestel. Volksgez.*, 35, 216-228.
- Ree, F. van (1975), Critische psychiatrie of discriminerende psychiatrie?, *Tijdschrift v. Psychiatrie*, 17, 591-599.
- Schudel, W. J. (1979a), Buiten de orde: hoe ambulante is de AGGZ?, *Maandbl. Geestel. Volksgez.*, 34, 706-707.
- Schudel, W. J. (1979b), in een interview met J. Bruinsma in *de Volkskrant* van 22 november 1979: 'Moeilijke patiënten kansarm'.
- Smit, N. W. de (1969), Laat je ontploffen, heus het helpt, *Maandbl. Geestel. Volksgez.*, 24, 383-389.

