

Het bestrijden van discriminerende hulpverlening, door toepassing van project-evaluatie

door A. A. J. M. Beenackers

Inleiding

In een artikel in dit tijdschrift (Beenackers, 1982a) hebben we laten zien dat mensen die bij een instelling voor geestelijke gezondheidszorg om hulp vragen, niet allemaal evenveel kans maken die hulp daadwerkelijk te krijgen: bepaalde hulpvragers maken relatief veel kans, anderen relatief weinig – de ene categorie wordt positief gediscrimineerd, de andere negatief. Aan de hand van eigen onderzoek gaven we daar toen een voorbeeld van: het positief discrimineren van hulpvragers met relatieproblemen. We hebben ons in dat artikel beperkt tot de constatering dat er gediscrimineerd wordt; we zijn niet ingegaan op de vraag hoe discriminatie in de hulpverlening bestreden kan worden. Dat doen we in dit artikel: eerst aan de hand van de literatuur, en daarna op basis van eigen onderzoek. Dit onderzoek is tevens een voorbeeld van toepassing van project-evaluatie: een evaluatiemethode waarbij een project als geheel periodiek wordt geëvalueerd en bijgesteld. Dit gebeurt aan de hand van vooraf vastgestelde toetsingscriteria. In het onderhavige onderzoek hadden deze criteria tot doel de discriminatie, die in voorgaande jaren geconstateerd was – en die we in ons vorige artikel beschreven hebben – te doen verdwijnen. We laten zien hoe dit geschiedde en waar dit toe leidde.

Het bestrijden van discriminerende hulpverlening: een overzicht van de maatregelen die mogelijk zijn

In de literatuur vinden we een scala van maatregelen beschreven, waarmee discriminerende hulpverlening bestreden kan worden.

Schrijver was ten tijde van het onderzoek wetenschappelijk medewerker aan de Universiteit van Amsterdam; thans is hij coördinator van de Utrechtse Stichting voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (USAGG). Adres: Coornhertstraat 16-16bis, 3521 XH Utrecht.

Meestal betreft het suggesties of voorstellen tot maatregelen die zelden daadwerkelijk uitgevoerd zijn. Aan de hand van een viertal categorieën geven we een overzicht van deze maatregelen.

(a) *Maatregelen, die het handelen van de hulpverlener beogen te beïnvloeden.* Een van de mogelijkheden om hulpverleners te beïnvloeden, is hen wijzen op de nadelen die er aan discriminatie verbonden zijn. Dat deed bijvoorbeeld Van Ree (1975) in zijn artikel over de discriminatie die moeilijke patiënten in psychiatrische inrichtingen ondervinden. Men kan hulpverleners er ook op wijzen, dat het hun plicht is om *iedereen* te helpen. Een voorbeeld daarvan is Graff, Kenig en Radoff (1972), die therapeuten uit de hogere sociaal-economische klasse voorhielden, dat ze ook met cliënten uit de lagere klasse een effectieve communicatie tot stand moesten zien te brengen. Uit een iets ander vaasje tapt Vermeeren (1980), die er voor pleit dat hulpverleners zich meer bewust worden van hun weerstanden tegen bepaalde categorieën cliënten; bijvoorbeeld door deze weerstanden met hun supervisors en hun cliënten te bespreken. Adams (1970) doet een soortgelijke suggestie met betrekking tot de vooroordelen bij blanke therapeuten ten opzichte van zwarte cliënten. Voor zover vooroordelen een gevolg zijn van onjuiste of gebrekkige informatie, kunnen ze bestreden worden door juiste of volledige informatie te verstrekken. Dat deed onder andere Powell Lawton (1976), die het vooroordeel dat psychotherapie ongeschikt is voor oudere mensen, bestreed door informatie te verstrekken over het leer- en verandervermogen van oudere mensen.

Een geheel andere aanpak is die waarbij richtlijnen geformuleerd worden, die aangeven hoe de therapeut moet handelen om discriminatie te voorkomen. De 'Guidelines (1978) for therapy with women' kunnen hier als voorbeeld dienen.

Een meer indirecte methode is het beter op de eigenschappen van de gediscrimineerde groep afstemmen van de vaardigheden, methoden en technieken van de hulpverlener. Zo bepleit Adebimpe (1981) diagnostische technieken, die beter op zwarten zijn afgestemd. En Van der Velden en Vreeken (1977) willen, dat er meer aandacht geschonken wordt aan vormen van kortdurende directieve therapie, die beter geschikt zouden zijn voor cliënten uit lagere maatschappelijke regionen. Ook het aantrekken van therapeuten die afkomstig zijn uit de gediscrimineerde groep, bijvoorbeeld zwarte therapeuten (Flaherty en Meaghen, 1980) of leden van etnische minderheden (Cole en Pilisuk, 1976) kan hier uitkomst bieden. Een maatregel tenslotte, die meer preventief van aard is, is het verbeteren van de beroepsopleiding van hulpverleners, door daarin meer aandacht te schenken aan het voorkómen van discriminatie in de hulpverlening (onder andere Jones, Lightfoot, Palmer, Wilkerson en Williams, 1970; Nordholm, 1980; Cole en Pilisuk, 1976).

(b) *Maatregelen, die de organisatie van de hulpverlening moeten*

veranderen. Er zijn ook hier weer verschillende mogelijkheden. Zo pleit Horst (1979) er voor, om het probleem van de moeilijke patiënten die in psychiatrische ziekenhuizen geweerd worden, op te lossen *binnen* de bestaande voorzieningen. Daarvoor zouden speciale teams geformeerd moeten worden van hulpverleners die met moeilijke patiënten kunnen en willen omgaan. De Werkgroep SGA-patiënten (1980) stelt daarentegen voor, om voor deze categorie patiënten *extra* voorzieningen in het leven te roepen – speciale afdelingen voor sterk gedragsgestoorde en/of agressieve patiënten (zie ook Hardeman, 1980). In plaats van extra voorzieningen voor de gediscrimineerde groep, kan men ook overwegen om de gediscrimineerde groep tijdelijk extra aandacht te geven, zoals Di Bella (1979) dat deed met gezinstherapie voor homoseksuelen. Wie tenslotte meer preventief te werk wil gaan, kan proberen het hulpaanbod beter af te stemmen op de te verwachten hulpvraag. In dat geval zou men voor het in kaart brengen van de hulpvraag, gebruik kunnen maken van een informatiesysteem zoals dat is ontwikkeld door Giel en Ten Horn (1981).

(c) *Overheidsmaatregelen, die discriminatie onmogelijk moeten maken.* Met de onder a en b beschreven maatregelen wordt een beroep gedaan op hulpverleners en hun instellingen en organisaties om iets aan de discriminatie te doen. Men kan ook aan deze instanties voorbij gaan en een direct beroep doen op de overheid. Voor wat het weren van moeilijke patiënten door psychiatrische ziekenhuizen betreft, heeft Beyaert (1979) er bijvoorbeeld voor gepleit dat de bestaande psychiatrische ziekenhuizen verplicht worden om alle psychiatrische patiënten uit hun regio op te nemen. Dit op straffe van consequenties voor de financiering van het ziekenhuis als geheel.

Overheidsmaatregelen, die discriminatie verbieden, beogen de hulpverleners en de hulpverlenende instellingen te dwingen hun discriminatief handelen op te geven – hoe dan ook.

(d) *De 'nationale aanpak'.* Met een 'nationale aanpak' bedoelen we een aanpak waarbij een beroep op alle betrokkenen wordt gedaan (hulpverleners, instellingen, organisaties en overheid), om met alle beschikbare middelen op alle mogelijke plaatsen een maximale verandering tot stand te brengen. Butler (1975) bepleit een dergelijke aanpak bijvoorbeeld met betrekking tot de discriminatie van de oudere cliënt. Sabshin, Diesenhaus en Wilkerson (1970) doen hetzelfde met betrekking tot de discriminatie van kleurlingen. Bij een 'nationale aanpak' worden alle mogelijkheden dus gelijktijdig aangewend.

Tot zover ons overzicht van de maatregelen die zoal mogelijk zijn. Hoe effectief al die maatregelen zijn, is onmogelijk te zeggen: enerzijds omdat de meeste maatregelen slechts suggesties zijn – ze zijn zelden echt uitgevoerd; anderzijds omdat die maatregelen, die wel uitgevoerd zijn, niet op hun effect zijn gecontroleerd. Ons zijn dergelijke effectstudies althans niet bekend. Ons eigen onderzoek, dat we nu gaan beschrijven, vormt daarop een uitzondering.

Het bestrijden van discriminerende hulpverlening: verslag van een experiment

Ons experiment betreft de crisiscentra van Overvecht (1974-1978) en Utrecht (1978-1982): twee verschillende centra maar te beschouwen als één experiment. In de jaren 1974-1976 bleek uit onderzoek dat er in het Overvechtse crisiscentrum sterk werd gediscrimineerd: er werd veel tijd en energie gestoken in het binnenhalen van bepaalde categorieën cliënten, met name mensen met relatieproblemen; en er werd eveneens veel tijd en energie gestoken in het weren van andere categorieën, zoals mensen met intrapsychische problemen, mensen met verslavingsproblemen en mensen met materiële problemen. Mede vanwege dit discrimineren werd de financiering van het crisiscentrum gestopt. Er kwam een nieuw experiment, waarbij een van de financieringsvoorwaarden was dat er niet gediscrimineerd zou worden: iedere hulpvrager moest geholpen worden.

In ons vorige artikel (Beenackers, 1982a) hebben we laten zien op welke wijze er in de jaren 1974-1978 in Overvecht gediscrimineerd werd. In dit artikel herhalen we dat in een paar woorden (par. 1). Vervolgens laten we zien hoe in de daarop volgende jaren de discriminatie bestreden werd (par. 2), en met welke resultaten dat gebeurde (par. 3).

1. *De wijze waarop er in Overvecht gediscrimineerd werd.* Uit het onderzoek dat in de jaren 1974-1976 werd verricht, bleek dat er op een viertal momenten in het hulpverleningsproces discriminatie optrad. We kunnen ons deze discriminatie voorstellen als drempels die opgeworpen werden om ongewenste hulpvragers te weren. We zullen ze hier beknopt beschrijven.

Drempel I: de PR-selectie:

In voorlichtingscampagnes e.d., die door het Crisiscentrum op grote schaal gehouden werden, werden gewenste categorieën hulpvragers altijd als voorbeeld gegeven, en werden ongewenste categorieën buiten beschouwing gelaten. Hierdoor, en doordat hulpvragers die tot een gewenste categorie behoorden steeds geaccepteerd werden, en andere hulpvragers steeds afgewezen werden, bereikte men dat de hulpvragers die tot een gewenste categorie behoorden bleven komen, terwijl hulpvragers uit andere categorieën het steeds meer lieten afweten. We noemen dit de PR-selectie (van Public Relations): de selectie die voortvloeit uit de relatie die het Centrum opbouwt met het publiek.

Drempel II: de voorselectie:

Niet alle mensen die om hulp vroegen, werden als cliënt ingeschreven: iemand werd pas 'cliënt' genoemd, als er sprake was van face-to-face contact. Meldde een hulpvrager zich persoonlijk dan werd hij direct – face-to-face – gescreeend en daardoor automatisch cliënt. Meldde hij zich evenwel telefonisch dan werd hij à la minute – telefonisch –

gescreend en vervolgens al dan niet uitgenodigd voor een persoonlijk gesprek. Pas als dat gesprek plaatsvond, werd hij cliënt. Door ongewenste hulpvragers, die zich telefonisch aangemeld hadden, niet uit te nodigen voor een persoonlijk gesprek, werden ze buiten de deur gehouden. We noemen dit drempel II: de voorselectie.

Drempel III: de vervolgsselectie:

Niet alle hulpvragers die als cliënt werden ingeschreven, werden ook in behandeling genomen. Zij die door zich persoonlijk te melden ingeschreven werden, moesten eerst nog gescreend worden. Zij die reeds telefonisch gescreend waren, moesten voor een gedeelte ook nog face-to-face gescreend worden. De uitkomst van veel screenings was dat de cliënt 'beter elders behandeld kon worden'. In dat geval werd hij verwezen. Aldus konden ongewenste cliënten weggestuurd worden. We noemen dit drempel III: de vervolgsselectie.

Drempel IV: de voortgezette selectie:

Veel cliënten die in behandeling genomen werden, werden na verloop van tijd alsnog naar andere instellingen verwezen. Ook dit was een manier om ongewenste cliënten kwijt te raken. We noemen dit drempel IV: de voortgezette selectie.

Na iedere drempel bleven er dus relatief meer cliënten over die tot een van de gewenste categorieën behoorden, en relatief minder die tot een van de niet gewenste categorieën behoorden. Voor een beschrijving van de verschillende categorieën, verwijzen we naar ons vorige artikel (Beenackers, 1982a).

2. De wijze waarop in het Utrechtse crisiscentrum de discriminatie bestreden werd. In de jaren 1978-1982 is alles op alles gezet om de in de voorgaande jaren geconstateerde discriminatie op te heffen. In 1977 was daartoe een tweeledig plan opgesteld: een ontwikkelingsplan (Beenackers 1977a), volgens welk de uitvoerders van het experiment – een aantal Utrechtse GGZ-instellingen – het Crisiscentrum stap voor stap zouden opzetten; en een evaluatieplan (Beenackers, 1977b, c), volgens welk een onafhankelijk onderzoeksteam na zou gaan of dit inderdaad gebeurde, en of daarmee de beoogde resultaten werden bereikt. In het ontwikkelingsplan werden de doeleinden gespecificeerd, die het Crisiscentrum waar moest maken, en werden de middelen aangegeven die daartoe aangewend moesten worden. In een draaiboek werd tevens aangegeven in welk tempo dit diende te geschieden. In het evaluatieplan werden de doeleinden vertaald in evaluatiecriteria, en werd tevens aangegeven wanneer aan welke criteria voldaan moest worden.

We zullen eerst in het kort de criteria beschrijven, die in het evaluatieplan geformuleerd werden, en daarna de belangrijkste middelen aangeven, die het Crisiscentrum volgens het ontwikkelingsplan moest aanwenden om aan deze (en andere) criteria te kunnen voldoen. Daarna laten we zien hoe een en ander in de praktijk heeft gewerkt.

De criteria kwamen simpelweg neer op een verbod tot het opwerpen

van de zojuist beschreven drempels:

Criterium I: aangaande PR-selectie:

Het Crisiscentrum mocht niet door middel van propaganda, voorlichting e.d. de hulpvraag aanpassen aan de op het Centrum ontwikkelde methoden; men moest de methoden aanpassen aan de hulpvraag.

Criterium II: aangaande de voorselectie:

Het Crisiscentrum moest iedereen, die onmiddellijk hulp nodig had, tot het Centrum toelaten (d.w.z. als cliënt inschrijven). Of iemand onmiddellijk hulp nodig had bepaalde hij zelf, of zijn verwijzer, maar *niet* uitsluitend de hulpverlener van het crisiscentrum.

Criterium III: aangaande de vervolselectie:

Het Crisiscentrum diende *alle* hulp te verlenen, die nodig was om de urgentie van de hulpvraag weg te nemen. Men mocht dat niet op andere instanties afschuiven. Mensen die onmiddellijk hulp nodig hadden, dienden derhalve onverwijld in behandeling genomen te worden.

Criterium IV: aangaande de voortgezette selectie:

Het Crisiscentrum diende zijn cliënten afdoende te behandelen, dat wil zeggen zó, dat ze na de behandeling niet meer afhankelijk waren van professionele hulp.

Tot zover de criteria, zoals deze in 1977 geformuleerd werden.

De belangrijkste middelen die volgens het ontwikkelingsplan aangewend moesten worden om aan deze criteria te kunnen voldoen, waren: versterking van het management, versterking van de consulentenpool (psychiaters, artsen en psychologen – zowel overdag aanwezig als 's avonds, 's nachts en in het weekend als achterwacht beschikbaar); versterking van het hulpverlenersteam, onder andere door daarin meer psychiatrisch geschoolden op te nemen; afspraken met andere instellingen over een verdeling van de cliëntenpopulatie; uitbreiding van de nacht- en weekenddienst; een noodbeddenregeling; en tenslotte uitbreiding van de hulpverleningsmogelijkheden zoals het verstrekken van medicatie, het uitschrijven van in-bewaring-stellingen en rechterlijke machtigingen, de beschikking over zogenaamde crisisbedden en de mogelijkheid om cliënten ook thuis of elders op te zoeken. Uit deze maatregelen kan men opmaken, dat het tekortschieten van het Overvechtse crisiscentrum vooral werd toegeschreven aan gemis aan medisch-psychiatrische hulpverleningsmogelijkheden.

In de jaren 1978-1980 zijn de zojuist genoemde middelen geleidelijk steeds meer aangewend. Tot 1978 werden er bijvoorbeeld geen in-bewaringstelingen en rechterlijke machtigingen uitgeschreven, in 1980 gebeurde dat bij bijna 8% van de ingeschreven cliënten. Tot 1978 beschikte men niet over crisisbedden, in 1980 werd door 7% van de ingeschreven cliënten van een crisisbed gebruik gemaakt. De hulpverleners konden tot 1978 cliënten niet thuis of elders bezoeken; in 1980 werd 16% van de cliënten thuis of elders bezocht. Tot 1978 werd er geen medicatie verstrekt, in 1980 werd aan 16% van de ingeschreven

cliënten medicatie verstrekt.

In de Overvechtse periode werd door hulpverleners slechts bij 13% der ingeschreven cliënten een consultant of achterwacht geraadpleegd, in de Utrechtse periode steeg dat gestaag tot 46% in 1980. Enzovoorts.

In dezelfde periode 1978-1980 werd er door ons – verspreid over deze jaren – een viertal evaluaties uitgevoerd. Bij deze evaluaties werd nagegaan in hoeverre de middelen daadwerkelijk aangewend werden, en in hoeverre er inmiddels (daardoor) aan de criteria werd voldaan. Voor wat dat laatste betreft werd bij de eerste evaluatie, in 1978, gekeken naar de criteria zoals deze in 1977 geformuleerd waren. Waar het Crisiscentrum niet aan de criteria voldeed, werd nagegaan voor welke categorieën cliënten dat het geval was. In de besprekingen die aan het betreffende onderzoeksrapport gewijd werden – zowel intern als extern (waaronder met de Zickenfondsraad) – werd bekeken in hoeverre het Crisiscentrum *op goede gronden* van de criteria was afgeweken. Voor zover dat inderdaad het geval was, werden de criteria vervolgens bijgesteld; en voor zover dat niet het geval was, stelde het Crisiscentrum zijn praktijk bij. Bij de volgende evaluatie werd er getoetst aan de hand van de inmiddels bijgestelde criteria. Enzovoorts. Dit leidde enerzijds tot een steeds verdere verfijning en operationalisatie van de criteria, anderzijds tot een steeds verdere bijstelling van de praktijk in de richting van die criteria. Aldus werd het gat tussen criteria en praktijk steeds kleiner. Een en ander is uitvoerig beschreven in de diverse evaluatierapporten (Beenackers en Donker, 1978, 1979 en 1981).

3. *De resultaten* – We hebben zojuist gezien dat het handelen van de hulpverleners voor zover dit het selecteren van hun cliënten betreft, stap voor stap onder controle gebracht werd van expliciet gehanteerde criteria. Omdat deze criteria niet discriminatief waren – dat wil in ons geval zeggen: geen onderscheid maakten naar de aard van het probleem van de cliënt – moest als gevolg hiervan de discriminatie minder worden. In deze paragraaf bekijken we eerst in hoeverre het uiteindelijk gelukt is het handelen van de hulpverleners in overeenstemming te brengen met de gehanteerde criteria, en vervolgens in hoeverre de discriminatie daardoor inderdaad verminderde.

In par. 2 hebben we gezien dat de criteria in de loop der jaren steeds verder genuanceerd werden. Een beschrijving van de criteria, zoals deze er in 1980 uitzagen, zou erg veel ruimte vergen en is in het kader van dit artikel ook niet relevant. We volstaan wat dit betreft daarom met een verwijzing naar Beenackers en Donker (1981). Wèl presenteren we de resultaten van de laatste meting. De steekproef bestaat uit alle hulpvragers die zich tussen 1 februari en 1 mei 1980 aangemeld hebben.

Tabel 1 laat zien dat de praktijk voor 100% in overeenstemming was met criterium I; dat wil zeggen dat het Crisiscentrum op geen enkele

Tabel 1: Criteriumtoetsing 1980

	criteria			
	I	II	III	IV
mate waarin de praktijk in overeenstemming was met het criterium:	100%	92%	70%	56%
n =	987	507	238	121

wijze geprobeerd heeft om door middel van propaganda, voorlichting, en dergelijke de aantrekkelijke cliënten naar zich toe te halen en de onaantrekkelijke van zich af te stoten. De selectie op drempel II was voor 92% in overeenstemming met criterium II; dat wil zeggen dat van alle hulpvragers ($n = 987$) 92% terecht werd toegelaten (als cliënt werd ingeschreven) of terecht werd afgewezen (niet als cliënt werd ingeschreven). De selectie op drempel III was voor 70% in overeenstemming met criterium III; dat wil zeggen dat van alle ingeschreven cliënten ($n = 507$) 70% terecht in behandeling genomen werd, of terecht niet in behandeling genomen werd. De selectie op drempel IV was slechts voor 56% in overeenstemming met criterium IV; dat wil zeggen dat van alle in behandeling genomen cliënten ($n = 238$) slechts 56% afdoende behandeld werd. Als we de resultaten op de verschillende drempels met elkaar vergelijken, dan zien we dat naarmate de drempel verder naar achteren ligt, het minder goed gelukt is om de selectie in overeenstemming te brengen met het gehanteerde criterium.

De discriminatie zoals die in de jaren 1974-1978 werd toegepast, bestond uit een positieve discriminatie van hulpvragers met relatieproblemen. Voor ieder van de genoemde drempels gold, dat hulpvragers met relatieproblemen er in grotere getale overheen kwamen dan hulpvragers met andere problemen. We hebben dat in ons vorige artikel (Beenackers, 1982a) uitvoerig beschreven. We vergelijken nu de resultaten van 1978 (vóórdat de bijstellingsmaatregelen ingevoerd werden) met die van 1980 (ná invoering van de bijstellingsmaatregelen). In tabel

Tabel 2: Op relatieproblemen selecteren, 1978

	selectieniveaus (drempels)				
	0	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

2 laten we zien hoe in 1978 na iedere drempel de verdeling tussen cliënten met relatieproblemen en cliënten met andere problemen was, en in tabel 3 laten we zien hoe die verdeling er in 1980 uitzag¹.

Van alle potentiële hulpvragers had in 1978 37% vooral met relatieproblemen te kampen; van alle hulpvragers die zich aangemeld hadden 46%; van alle aangemelde hulpvragers die als cliënt ingeschreven werden 51%; van alle ingeschreven cliënten die in behandeling genomen werden 69%; en van alle in behandeling genomen cliënten die afdoende behandeld werden 78%. In iedere behandelingsfase hadden cliënten met relatieproblemen dus een grotere kans om naar de volgende fase door te stoten.

Tabel 3: Op relatieproblemen selecteren, 1980

	selectieniveaus (drempels)				
	0	I	II	III	IV
relatieproblemen	37%	37%	35%	41%	61%
overige problemen	63%	63%	65%	59%	39%
	100%	100%	100%	100%	100%
n =	987	987	507	238	121

Als we de resultaten over 1980 vergelijken met die over 1978, dan zien we dat het selecteren op relatieproblemen sterk is afgenomen: in 1978 hadden hulpvragers met relatieproblemen 6 keer zoveel kans om de eindstreep te halen (over drempel IV te komen), in 1980 was dat nog maar 2,7 keer zoveel. Tot en met de IIIe drempel is de discriminatie nagenoeg verdwenen; pas bij de IVe drempel gaat het mis. Als we de resultaten vergelijken met de criteriumtoetsing (tabel 1), dan zien we dat – globaal genomen – naarmate de handelwijze van de hulpverleners méér in overeenstemming was met het gestelde criterium (tabel 1), de positieve discriminatie van cliënten met relatieproblemen geringer was (tabel 3). Discriminatie kan dus inderdaad bestreden worden door de handelwijze van de hulpverleners onder controle te brengen van expliciet gehanteerde selectiecriteria. Dit klinkt weliswaar als een open deur, maar het is toch verrassend om te zien dat het werkt; vooral ook omdat de criteria zelf nooit geformuleerd zijn in termen van problemen van cliënten, maar in termen als acuitheid van de hulpvraag, wèl of niet reeds elders in zorg, wèl of niet in de regio woonachtig, en dergelijke². Zoals we in ons vorige artikel al opmerkten (Beenackers, 1982a, noot 3), is de selectie op de niveaus I t&m III voor de hulpverleners een kwestie van keuze: de cliënt wordt wèl of niet aangetrokken (niveau I), ingeschreven (niveau II) en in behandeling genomen (niveau

III). De selectie op niveau IV is behalve een kwestie van kiezen (wèl of niet verwijzen) ook een kwestie van effect: de behandeling is wèl of niet afdoende geweest. De resultaten wijzen er op, dat cliënten met relatieproblemen vaker *afdoende* behandeld werden. Dit kan betekenen dat cliënten met relatieproblemen gemakkelijker te behandelen zijn. Het kan tevens betekenen dat (juist daarom) deze cliënten langer aangehouden worden, en dat (om dezelfde redenen) cliënten met andere problemen eerder naar andere instellingen verwezen worden. Het feit dat met cliënten met relatieproblemen gemiddeld meer gesprekken gevoerd worden dan met cliënten met overige problemen, wijst er op dat het laatste tenminste ten dele waar is.

In ons vorige artikel hebben we de voorkeur voor relatieproblemen, zoals die bij de selectie tot uitdrukking kwam, verklaard uit een relatiegericht *kijken* en *werken* van de hulpverleners. We hebben dat toen nader toegelicht en met gegevens onderbouwd. Indien deze verklaring juist was, moeten de zojuist gevonden verschillen tussen 1978 en 1980 corresponderen met veranderingen in het relatiegericht kijken en werken van de hulpverleners. Alleen dan zijn we in staat om een betrouwbare eindconclusie te trekken. We bespreken eerst het relatiegericht kijken, en daarna het relatiegericht werken.

In de tabellen 2 en 3 hebben we een onderscheid 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 cliëntstelsel 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: eerste probleem (het belangrijkste probleem); tweede probleem; derde probleem. Tabel 4 laat zien hoe men daarbij in 1978 te werk ging. De steekproef bestaat uit alle tussen 1 april en 1 oktober 1978 aangemelde cliënten, die na hun aanmelding ingeschreven werden; dat wil zeggen drempel II (zie tabel 2) overschreden hadden.

Tabel 4: Relatiegericht kijken, 1978

	eerste probleem	tweede probleem	derde probleem
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 hulpvragers vonden relatieproblemen blijkbaar belangrijker dan andere problemen.

We bekijken nu dezelfde gegevens over 1980. De steekproef bestaat uit alle tussen 1 februari en 1 mei aangemelde hulpvragers, die na hun aanmelding ingeschreven werden; dat wil zeggen drempel II (zie tabel 1 en 3) overschreden hadden.

Tabel 5: Relatiegericht kijken, 1980

	eerste probleem	tweede probleem	derde probleem
relatieproblemen	35%	29%	26%
overige problemen	65%	71%	74%
	100%	100%	100%
n =	507	416	275

Ook nu werden relatieproblemen relatief vaker als het belangrijkste probleem genoemd, en de overige problemen vaker als minder belangrijk. Indien we de uitkomsten evenwel vergelijken met die over 1978, dan zien we dat het relatiegericht kijken sterk verminderd is: het verschil in de verhouding relatieproblemen/overige problemen tussen het eerste en het derde probleem was in 1978 ruim tweemaal zo groot als in 1980. Het onder controle brengen van de selectie heeft dus kennelijk ook invloed op de wijze waarop hulpverleners de problematiek van hun cliënten bekijken.

We gaan nu over naar het relatiegericht werken. Na afloop van iedere behandeling werd door de hulpverlener aangegeven aan welke problemen hij had gewerkt. Ook hier kon hij per cliëntsysteem meerdere problemen opgeven; en ook hier moest in dat geval een volgorde van belangrijkheid aangegeven worden. De resultaten zijn voor wat 1978 betreft weergegeven in tabel 6. De steekproef bestaat uit alle tussen 1

Tabel 6: Relatiegericht werken, 1978

	eerste probleem	tweede probleem	derde probleem
relatieproblemen	72%	52%	26%
overige problemen	28%	48%	74%
	100%	100%	100%
n =	134	61	31

april en 1 oktober 1978 aangemelde hulpvragers, die na hun aanmelding achtereenvolgens ingeschreven en in behandeling genomen werden; dat wil zeggen drempel III (zie tabel 2) overschreden hadden.

De resultaten laten zien dat relatieproblemen 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. Als we tabel 6 vergelijken met tabel 4, dan zien we dat het relatiegericht werken sterker was dan het relatiegericht kijken. De discriminatie die zich bij de behandeling voordeed, was dus groter dan de discriminatie die zich bij de intake voordeed.

We bekijken nu dezelfde gegevens over 1980. De steekproef bestaat uit alle tussen 1 februari en 1 mei aangemelde hulpvragers, die na hun aanmelding achtereenvolgens ingeschreven en in behandeling genomen werden; dat wil zeggen drempel III (zie tabel 1 en 3) overschreden hadden.

Tabel 7: Relatiegericht werken, 1980

	eerste probleem	tweede probleem	derde probleem
relatieproblemen	41%	33%	19%
overige problemen	59%	67%	81%
	100%	100%	100%
n =	238	157	75

Als we de resultaten vergelijken met die uit 1978 (tabel 6), dan zien we dat het relatiegericht werken weliswaar duidelijk minder geworden is, maar toch altijd nog lang niet verdwenen is. Vergelijking met tabel 5 leert ons, dat ook in 1980 het relatiegericht werken sterker was dan het relatiegericht kijken. Ook in 1980 werd er dus sterker gediscrimineerd bij de behandeling dan bij de intake, al was de discriminatie over de hele linie aanmerkelijk geringer dan in 1978.

De bevinding dat het relatiegericht kijken in 1980 vrijwel verdwenen was (tabellen 4 en 5), stemt overeen met de bevinding dat de discriminatie op de drempels I t&m III vrijwel verdwenen was (tabellen 2 en 3), en met het feit dat aan de criteria I t&m III in belangrijke mate werd voldaan (tabel 1). De bevinding dat het relatiegericht werken in 1980 weliswaar beduidend geringer maar nog altijd aanwezig was (tabellen 6 en 7), stemt overeen met de bevinding dat de discriminatie op drempel IV eveneens beduidend geringer maar nog altijd aanwezig

was (tabellen 2 en 3), en met het feit dat aan criterium IV slechts ten dele werd voldaan (tabel 1). Alle gegevens zijn op welhaast wonderbaarlijke wijze met elkaar in overeenstemming. Dat betekent dat we ons een duidelijke eindconclusie kunnen veroorloven; namelijk dat het tamelijk goed gelukt is om in alle fasen van de intake de discriminatie op te heffen, terwijl dit bij de behandeling slechts ten dele gelukt is. Ongewijfeld is het zo, dat er relatief meer cliënten met relatieproblemen gemakkelijk te behandelen zijn dan cliënten met andere problemen. Edoch, uit het feit dat er ook in 1980 nog steeds relatiegericht gewerkt werd, kan geconcludeerd worden dat er bij de behandeling nog steeds van enige discriminatie sprake was.

Slotbeschouwing

Als we het hele experiment overzien, dan is de eerste conclusie toch dat het niet eenvoudig is om zoiets als discriminatie in de hulpverlening volledig ongedaan te maken. Er is in ons geval alles aangedaan, en nog is het resultaat geen honderd procent. Op ieder punt, waarop er veranderingen nodig waren om de discriminatie op te heffen, zijn er gerichte maatregelen genomen. Bijna alle maatregelen, die we in de literatuur als suggestie aantreffen, en waarvan we in paragraaf 2 een overzicht gegeven hebben, zijn hier min of meer in praktijk gebracht. Zo heeft het Crisiscentrum er zelf alles aan gedaan om de weerstanden, die bij veel hulpverleners tegen bepaalde categorieën cliënten bestonden, weg te nemen. Hulpverleners, die het niet eens waren met de noodzakelijke veranderingen, vertrokken geleidelijk en hun plaatsen werden ingenomen door hulpverleners die wel in staat en bereid waren met allerhande cliënten te werken. Aldus werd het hulpverlenersteam aangepast aan de cliëntenpopulatie, en niet – zoals dat voorheen het geval was – precies omgekeerd. Hetzelfde geldt voor de behandelingsmogelijkheden: vroeger werd de populatie aangepast aan de beperkte middelen, nu gebeurde het omgekeerde. Het gevolg hiervan was, dat er uiteindelijk een breed scala van behandelingsmogelijkheden ontstond, waardoor men bijna iedere hulpvrager wel iets te bieden had. En ook de Ziekenfondsraad liet zich niet onbetuigd met zijn eis dat iedere crisiscliënt uit de regio geholpen moest worden – dit op straffe van het niet voortzetten van de financiering na afloop van het experiment. Ook het onderzoek is uiteraard een belangrijke factor geweest. In dit licht bezien zijn suggesties die we in de literatuur aantreffen niet erg indrukwekkend. De meeste van die suggesties hebben betrekking op slechts één schakel in de keten van knelpunten die men in zo'n geval aan moet pakken, terwijl het evident is dat deze keten zo sterk is als de zwakste schakel.

De door ons in dit experiment toegepaste onderzoeksmethode noemen we project-evaluatie. Het is een min of meer wetenschappelijke methode om te bewerkstelligen dat een project na verloop van tijd aan bepaalde normen gaat voldoen. Een van de kenmerken van project-

evaluatie is, dat daarbij niet slechts één aspect van een bepaald project wordt geëvalueerd, maar meerdere aspecten tegelijk en in onderling verband. Daardoor is het mogelijk om een analyse te maken van alle knelpunten, en om de verschillende bijstellingsmaatregelen zo op elkaar af te stemmen dat de positieve effecten ervan elkaar versterken. Elders hebben we uiteengezet hoe project-evaluatie theoretisch in elkaar zit (Beenackers, 1982b), en hoe dit als een systeem van kwaliteitsbewaking en gemeenschapscontrole landelijk toegepast kan worden (Beenackers, 1983). In dit artikel hebben we laten zien hoe project-evaluatie, toegepast op kleine schaal, er in de praktijk uit kan zien.

Noten

1. Voor een operationele definitie van 'relatieproblemen' en 'andere problemen', verwijzen we naar Beenackers (1982a).

2. Alleen de in paragraaf 2 genoemde criteria I t&m IV golden tijdens het experiment als toetsingscriteria. Omdat deze criteria niet geformuleerd waren in termen van problemen van cliënten, waren ze in dit opzicht niet discriminerend. Voor het Crisiscentrum bestonden alleen deze criteria. Men was er tijdens het experiment niet van op de hoogte dat we daarnaast, en geheel los daarvan, na zouden gaan hoe zich de voorkeur voor cliënten met relatieproblemen zou ontwikkelen. We hebben dit laatste onderzoek er aan toegevoegd als een controle op de criteriumtoetsing – om na te gaan of het inderdaad zo is dat als de handelwijze van de hulpverleners onder controle gebracht wordt van expliciet gehanteerde non-discriminatieve selectiecriteria (zie tabel 1), de discriminatie minder wordt (vergelijk tabel 2 met tabel 3). En dat blijkt dus inderdaad het geval te zijn.

Literatuur

- Adams, P. L. (1970), Dealing with racism in biracial psychiatry, *Journ. of the Amer. Academy of Child Psychiatry*, 9, 33-43.
- Adebimpe, V. R. (1981), Overview: white norms and psychiatric diagnosis of black patients, *Am. J. Psychiatry*, 138, 279-285.
- Beenackers, A. A. J. M. (1977a), *Ontwikkelingsplan Krisiscentrum Utrecht*. Een bewerking van de nota 'Raamplan voor de verdere ontwikkeling en integratie van de 7 x 24 uren akute en voortgezette psychiatrische en psycho-sociale hulpverlening in de stad Utrecht en de regio midden-westelijk Utrecht' van de 'Werkkommissie Krisis-Centrum', 1977. Researchteam Krisiscentrum Amsterdam, Amsterdam.
- Beenackers, A. A. J. M. (1977b), *Evaluatie Krisiscentrum Utrecht*; Rapport I; *Aanzet tot de ontwikkeling van een evaluatieplan*, Researchteam Krisiscentrum Amsterdam, Amsterdam.
- Beenackers, A. A. J. M. (1977c), *Evaluatie Krisiscentrum Utrecht*; Rapport II + Supplement; *Evaluatieplan*, Researchteam Krisiscentrum Amsterdam, Amsterdam.
- Beenackers, A. A. J. M., M. C. H. Donker en K. Doets (1978), *Evaluatie Krisiscentrum Utrecht*; Rapport III; *Voorfase*, Onderzoeksgroep Krisiscentrum Utrecht, Utrecht.

- Beenackers, A. A. J. M. en M. C. H. Donker (1979), *Evaluatie Krisiscentrum Utrecht*; Rapport IV: *Eerste en Tweede Fase*, Onderzoeksgroep Krisiscentrum Utrecht, Utrecht.
- Beenackers, A. A. J. M. en M. C. H. Donker (1981), *Evaluatie Krisiscentrum Utrecht*; Rapport V; *Eind-Evaluatie*, Onderzoeksgroep Krisiscentrum Utrecht, Utrecht.
- Beenackers, A. A. J. M. (1982a), Discriminerende hulpverlening: een voorkeur voor relatieproblemen, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 24, 36-48.
- Beenackers, A. A. J. M. (1982b), Project-evaluatie in de geestelijke gezondheidszorg: het Utrechtse model, *Gezondheid en Samenleving*, 3, 251-259.
- Beenackers, A. A. J. M. (1983), Een systeem van gemeenschapscontrole voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg, gebaseerd op project-evaluatie, *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 61, 388-391.
- Beyaert, F. H. L. (1979), Redactioneel, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 21, 547-548.
- Butler, R. N. (1975), Psychiatry and the elderly: an overview. *Am. J. Psychiatry*, 132, 893-900.
- Cole, J. and M. Pilisuk (1976), Differences in the provision of mental health services by race, *Amer. J. Orthopsychiatry*, 46, 510-525.
- Di Bella, G. A. W. (1979), Family psychotherapy with the homosexual family: a community psychiatry approach to homosexuality, *Comm. Ment. Health J.*, 15, 41-46.
- Giel, R. en G. H. M. M. ten Horn (1981), De verhouding tussen hulpvraag en -aanbod: risico-groepen in de GGZ. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 23, 504-521.
- Flaherty, J. A. and R. Meagher (1980), Measuring racial bias in inpatient treatment. *Am. J. Psychiatry*, 137, 679-682.
- Graff, H., L. Kenig and G. Radoff (1972), Prejudice of upper class therapists against lower class patients, *Dig. Neurol. Psychiatry*, 40, 277.
- Guidelines (1978) for therapy with women; task force on sex bias and sex role stereotyping in psychotherapeutic practice. *Amer. Psychologist*, 33, 1122-1123.
- 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 instellingen weigeren moeilijke patiënten, *Maandbl. Geestel. Volksgez.*, 34, 678-682.
- Jones, B. E., O. B. Lightfoot, D. Palmer, R. G. Wilkerson and D. H. Williams (1970), Problems of black psychiatric residents in white training institutes, *Amer. J. Psychiatry*, 127, 798-803.
- Nordholm, L. A. (1980), Beautiful patients are good patients: evidence for the physical attractiveness stereotype in first impression of patients, *Soc. Sci. Med.*, 14A, 81-83.
- Powell Lawton, M. (1976), Geropsychological knowledge as a background for psychotherapy with older people, *Journ. Geriat. Psychiatry*, 2, 221-233.
- Ree, F. van (1975), Kritische psychiatrie of diskriminerende psychiatrie?, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 17, 591-599.
- Sabshin, M., Diefenhaus H. and R. Wilkerson (1970), Dimensions of institutional racism in psychiatry, *Amer. J. Psychiatry*, 127, 787-793.
- Velden, K. van der, en A. Vreeken (1977), Recht op hulp; twee notities over de opzet van een maatschappelijk relevant RIAGG in Rotterdam, *Maandbl.*

Geestel. Volksgezondh., 32, 760-772.

Vermeerden, P. (1980), Weerstanden bij de hulpverlener, *TMW-Welzijnsmaandblad*, 34, 42-46.

Werkgroep sterk gedragsgestoorde en/of agressieve patiënten (1980), *Een systeem voor de behandeling van SGA-patiënten*, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage.