

Begeleiding op maat

Onderzoek en evaluatierapport

Opdrachtgever:

Versa, welzijn en cultuur, Hilversum

4^e Jaars Studenten:

Christian Basie

Marloes Blaak

Karlijn Eijkelkamp

Nanon Elzinga

Opleiding:

Hogeschool van Utrecht

Maatschappelijk Werk en Dienstverlening

Sector: Algemeen Maatschappelijk Werk

Studiejaar 2003-2004

Juni 2004.

INHOUDSOPGAVE

	<u>Samenvatting</u>	3
	<u>Voorwoord</u>	4
1	<u>Inleiding</u>	5
2	<u>Onderzoekskader</u>	7
2.1	<u>Probleemstelling van het project</u>	7
2.2	<u>Projectvraag</u>	7
2.3	<u>Onderzoeksvraag</u>	7
2.4	<u>Deelvragen</u>	8
2.5	<u>Doelstelling</u>	8
2.6	<u>Conceptueel model</u>	9
2.7	<u>Type onderzoek</u>	10
3	<u>Opzet en uitvoering</u>	11
3.1	<u>Landelijke belronde AMW</u>	11
3.2	<u>Mailen naar professionals</u>	13
3.3	<u>Intakevergaderingen bijwonen</u>	14
3.4	<u>Dossiers van afgesloten hulpverleningstrajecten inzien</u>	16
3.5	<u>Semi-gestructureerde interviews met docenten van de HvU</u>	17
3.6	<u>E-mail contact met Roland Philips</u>	19
3.7	<u>Literatuurstudie</u>	20
4	<u>Beleidsaanbevelingen</u>	21
	<u>Literatuurlijst</u>	22
 Bijlagen		
1:	<u>Draaiboek bellen naar AMW-instellingen</u>	23
2:	<u>Landelijke belronde AMW</u>	24
3:	<u>Draaiboek bijwonen intakevergaderingen</u>	31
4:	<u>Bijwonen intakevergaderingen</u>	32
5:	<u>Behandelde dossiers</u>	39
6:	<u>Interviews docenten</u>	47
7:	<u>Literatuurstudie</u>	50
8:	<u>Geheimhouding</u>	55

Samenvatting

Het doel van het *project* is het zodanig verbeteren van het beslismoment rondom de te kiezen begeleidingsvorm. Voor Versa is het volgende voordeel hierbij denkbaar: het optimaliseren van het hulpaanbod.

Het doel van het onderzoek is de aanname dat er geen structureel beslismoment voor de begeleidingsvorm zou zijn, te verifiëren. Het onderzoek maakt deel uit van het afstudeerproject.

De hier opgesomde activiteiten vormen de leidraad van het onderzoek. (zie voor de activiteiten ook: fig.1)

- Inventarisatie onder vergelijkbare AMW-instellingen binnen Nederland.
- Observatie en analyse van intakevergaderingen.
- Analyse van intakeverslagen.
- Interviews met HvU-docenten.
- E-mail contact met diverse professionals.
- Literatuuronderzoek.

Uit de activiteiten is gebleken dat de aanname kloppend was. In 1995 is een beslismoment geïmplementeerd; het NIZW intakemodel werd binnen Versa geïntroduceerd. Bij dit model wordt er over de vorm alleen overleg gepleegd tussen cliënt en hulpverlener. Collegiaal overleg blijft uit. Verder is er op het intakeformulier geen ruimte om de keuze van begeleidingsvorm te motiveren.

Bij het pijlen van de behoeften bij de verschillende teams is gebleken dat er vooral vraag is naar een soort van geheugensteuntje met betrekking tot de drie begeleidingsvormen, te weten: SGH, GMW en IHV. Het product is op de behoefte aangepast.

[→ home](#)

Voorwoord

Voor u ligt het resultaat van de mogelijkheid die de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening biedt om in het vierde studiejaar een onderzoek uit te voeren. De onderzoeksvaardigheden van de studenten en de toekomstig maatschappelijk werkers wordt hierdoor ontwikkeld.

Dit onderzoek was niet mogelijk geweest zonder de medewerking van Versa. Wij willen de medewerkers van Versa bedanken voor hun openheid.

Daarnaast bedanken we alle geïnterviewde medewerkers bij AMW-instellingen in Nederland. Dankzij hun medewerking hebben we een globaal beeld kunnen ontwikkelen over verschillende mogelijkheden betreffende het beslismoment van de begeleidingsvorm. [→ home](#)

HOOFDSTUK 1 INLEIDING

De studie Maatschappelijk Werk en Dienstverlening streeft ernaar om steeds dichter bij het werkveld te staan. Daarvoor is de scriptie ingeruild voor een groepsproject. Hierin wordt een probleem uit het werkveld onderzocht en aangepakt door een groepje studenten. Er wordt als eindresultaat geen dikke scriptie afgeleverd, maar een handzaam product. Het product zal helpen om het geconstateerde probleem aan te pakken.

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden binnen Versa, omdat er al contact was met de instelling. Er was een vermoeden dat er binnen de intakevergaderingen niet structureel werd gediscussieerd over de te hanteren begeleidingsvorm. Er is onderzocht of deze aanname klopte. Met de gegevens uit het onderzoek zijn aanknopingspunten gevonden voor de invulling van het product.

Het onderzoek is in eerste instantie bestemd voor Versa, Welzijn en Cultuur. Het onderzoek is gericht op de huidige werkwijze rondom het beslismoment voor de te bieden begeleidingsvorm binnen Versa. Het onderzoek wordt aangeboden aan de productgroep maatschappelijk werk; aan de uitvoerders en de leidinggevenden daarvan. Het is de bedoeling dat het resultaat vervolgens wordt toegepast binnen de verschillende teams, zodat alle maatschappelijk werkers binnen Versa ermee aan de slag kunnen gaan. Een aantal AMW-instellingen in Nederland hebben interesse getoond in het onderzoek. Zij waren respondent en zodoende op de hoogte van het onderzoek.

Het onderzoek is ook bestemd voor het NIZW; het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn. Wellicht kan er een aanpassing in 'Wegen en Overwegen' gemaakt worden. Dat is een handleiding voor het afnemen van een intake binnen het maatschappelijk werk. Deze aanpassing betreft uitbreiding in het intakeverslag over de motivatie van de begeleidingsvorm.

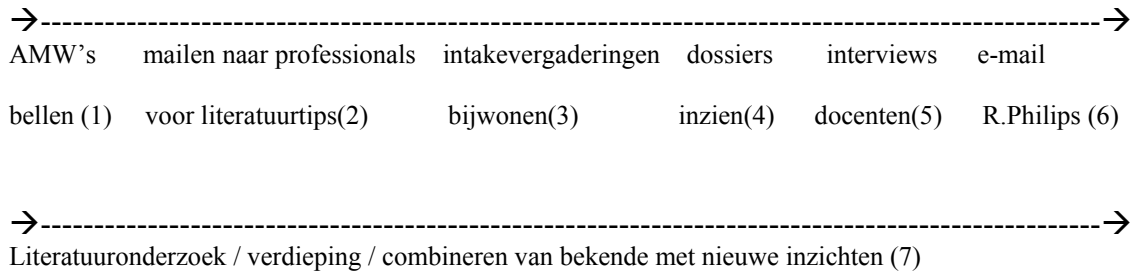
Het onderzoek richt zich op de drie begeleidingsvormen te weten SGH, GMW en IHV. De vraag die daarbij gesteld wordt: Is er een beslismoment tijdens de intakevergadering? En hoe ziet een dergelijk beslismoment eruit? Deze eerste vraag wordt zowel binnen Versa als landelijk onderzocht.

Vanuit de opleiding wordt in het kader van onderzoek doen, gesproken over een voor- en hoofdonderzoek. In dit onderzoek is er geen sprake van een voor- en hoofdonderzoek. De reden hiervoor is dat er geen vooronderzoek nodig was, aangezien er al de nodige voorkennis van de drie begeleidingsvormen aanwezig was. Daardoor konden alle activiteiten afzonderlijk van elkaar en tegelijkertijd worden uitgevoerd. Daarnaast is er gekozen voor een semi-gestructureerde aanpak van alle activiteiten; de nieuwe informatie heeft het onderzoek gestuurd.

Figuur 1.

Verloop tijdspad verschillende onderzoeksactiviteiten.

→---→ = tijdsverloop.



In figuur 1 wordt geschetst hoe de verschillende activiteiten binnen het onderzoek met elkaar in verbinding staan. Het onderzoek heeft twee hoofdlijnen, te weten de activiteiten 1 t/m 6 en daarnaast het continuüm van literatuurverdieping. Steeds wordt er een verband gelegd tussen de bevindingen uit het onderzoek (1t/m 6) en de literatuur, om te kunnen komen tot methodologisch verantwoorde uitspraken over de onderzoeksgegevens.

[→ home](#)

HOOFDSTUK 2 ONDERZOEKSKADER

2.1 Probleemstelling van het project

Er is geen beslismoment geïmplementeerd voor de keuze van een begeleidingsvorm. Daardoor kan het wellicht voorkomen dat er geen professionele keuze wordt gemaakt tussen de drie meest gehanteerde vormen van hulpverlening. Te weten: systeemgerichte hulpverlening, groepsmaatschappelijk werk en individuele hulpverlening. (Respectievelijk: SGH, GMW en IHV).

Hierdoor is het hulpaanbod mogelijk niet altijd het meest effectief voor de cliënt. Tijdens de intakevergaderingen wordt er geen verantwoording afgelegd bij de keuze van de begeleidingsvorm. Met deze signalering en daarbij de toenemende druk vanuit de subsidiegevers om steeds meer te verantwoorden waarom bepaalde keuzes worden gemaakt, komen we tot bovengenoemde probleemstelling.

De huidige visie op het AMW is: “de cliënt moet competenties verwerven naast het oplossen van het aanmeldingsprobleem. In het verlengde hiervan ligt dat een professionele beslissing leidt tot de vorm waarin de cliënt in zijn situatie de meeste competenties kan verwerven.” (www.amw-vangnet.nl) Dit betekent dat dit de meest effectieve begeleidingsvorm is voor de desbetreffende cliënt met diens betreffende probleem. → [home](#)

2.2 Projectvraag

Welke acties moet Versa ondernemen, om haar medewerkers een professionele keuze te laten maken uit de drie begeleidingsvormen op basis van sociaal wetenschappelijke theorieën?

Het verbeteren van het beslismoment houdt in dat er op methodologisch onderbouwde wijze keuzes moeten worden gemaakt tussen verschillende begeleidingsvormen. Het onderzoek richt zich op de drie meest gehanteerde vormen van hulpverlening. Te weten SGH, GMW en IHV.

Professioneel:

Het beroep maatschappelijk werker heeft als basistaak: het bevorderen van het optimaal tot zijn recht laten komen van de persoon in wisselwerking met zijn omgeving.

(Beroepscode, N.V.M.W. 1999)

Dit betekent voor het maken van een professionele keuze uit de begeleidingsvormen, dat de cliënt het meest tot zijn recht komt en deze vorm is dan het meest effectief te noemen.

→ [home](#)

2.3 Onderzoeksvraag

Op welke manier wordt er binnen Versa AMW na een intake gekozen voor de in te zetten begeleidingsvorm? → [home](#)

2.4 Deelvragen

- Wat zijn de indicaties en de contra-indicaties van SGH?
- Wat zijn de indicaties en de contra-indicaties van GMW?
- Wat zijn de indicaties en de contra-indicaties van IHV?
- Op welke wijze worden de keuzes van begeleidingsvormen beargumenteerd alvorens ze worden toegepast?
- Hoe is er in het verleden binnen Versa beleidsmatig omgegaan met de aangeboden begeleidingsvormen?
- Op welke wijze wordt er bij vergelijkbare instellingen gewerkt met een beslismoment rondom de keuze van de begeleidingsvorm? → [home](#)

2.5 Doelstelling

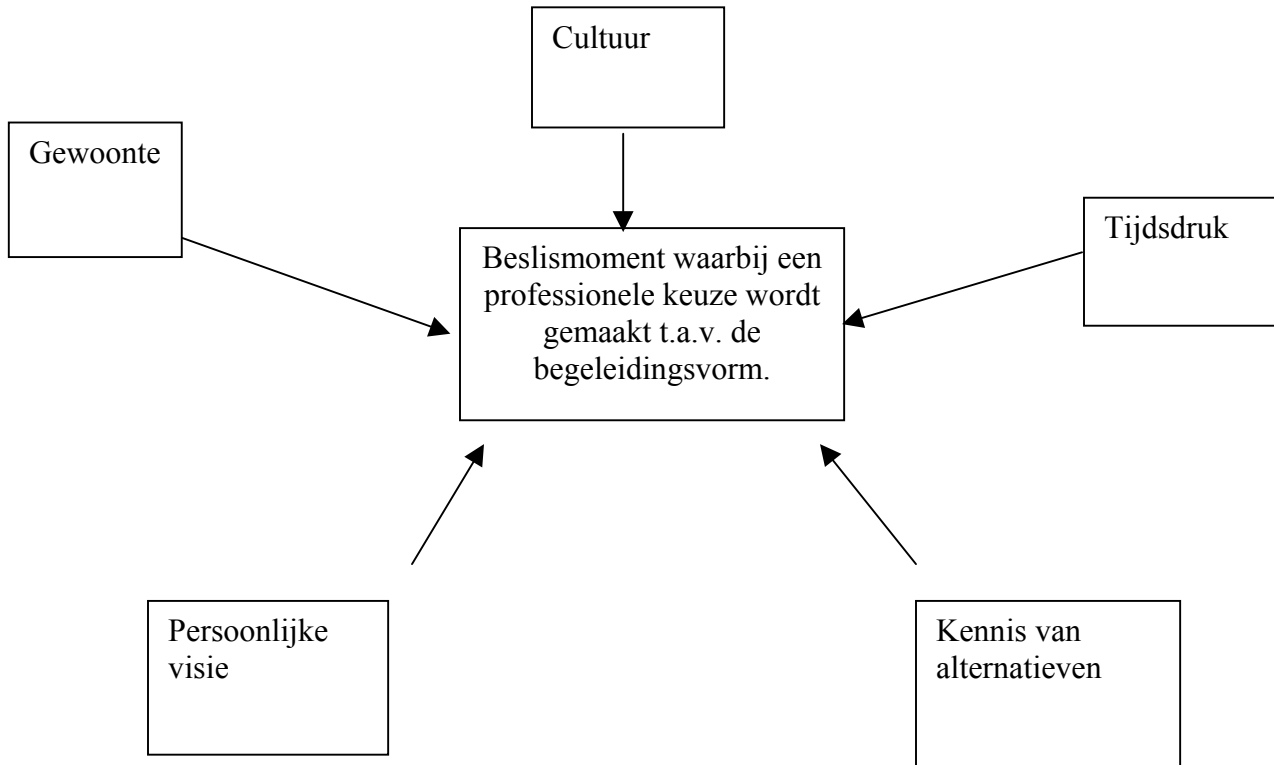
Het doel van het *project* is het zodanig verbeteren van het beslismoment (er zal een professionele methodologisch onderbouwde keuze moeten worden gemaakt) rondom de te kiezen begeleidingsvorm. Dit komt ten goede aan Versa; het totale hulpaanbod wordt zo optimaal mogelijk gebruikt. Daarnaast heeft de cliënt er ook voordeel aan; hij krijgt de meest effectieve hulpverlening waardoor de cliënt het best tot zijn recht komt.

In het project wordt er gewerkt vanuit een probleemstelling. De probleemstelling is gebaseerd op een aanname, namelijk dat er geen beslismoment geïmplementeerd is voor de keuze van een begeleidingsvorm.

De doelstelling van het *onderzoek* is deze aanname te legitimeren en antwoord te vinden op de deelvragen die hierboven beschreven zijn. Het onderzoek maakt deel uit van het totale project. → [home](#)

2.6 Conceptueel model

Er zijn veel verschillende factoren die *mogelijk kunnen* meespelen in de keuze van de begeleidingsvorm; cultuur, persoonlijke visie, tijdsdruk, gewoonte en kennis van alternatieven (t.a.v. de begeleidingsvormen). Deze factoren worden nader uiteen gezet in het conceptueel model.



Uitleg bij conceptueel model

- **Gewoonte:** Er is een intakeoverleg waarbij de vorm al jaren onveranderd wordt gehanteerd. In het intakeoverleg ontbreekt een beslismoment.
- **Cultuur:** Op het intakeformulier wordt zelden aangegeven voor welke vorm van hulpverlening wordt gekozen bij de desbetreffende cliënt. Een motivatie blijft regelmatig achterwege. Medewerkers van Versa bevestigen dit.
- **Tijdsdruk:** Voordat de hulpverlening aan een cliënt begint, is er een wachttijd van ongeveer twee maanden. Het is denkbaar dat vergaderingen ingekort worden om zo de AMW-ers meer tijd voor het daadwerkelijk hulpverlenen te geven. Een duidelijk beslismoment t.a.v. de keuze van de hulpverleningsvorm blijft achterwege.
- **Persoonlijke visie:** Als het klikt tussen hulpvrager en AMW-er dan zal de AMW-er geneigd zijn te kiezen voor een begeleidingsvorm waar de AMW-er zelf het meest mee is begaan.
- **Kennis van alternatieven bij de AMW-ers:** uit de registratiecijfers blijkt dat verreweg de meeste cliënten een individueel hulpverleningsaanbod krijgen. → [home](#)

2.7 Type onderzoek

Het onderzoek is van inventariserende aard. De volgende activiteiten vormen het onderzoek:

- Observatie en analyse van de huidige gang van zaken tijdens intakevergaderingen.
- Analyse van intakeverslagen van verschillende afdelingen binnen Versa AMW.
- Literatuuronderzoek naar SGH, GMW en IHV.
- Inventarisatie onder vergelijkbare AMW-instellingen binnen Nederland, zodat duidelijk is hoe het beslismoment t.a.v. de begeleidingsvorm daar is vorm gegeven.
- Inventariserende interviews met HvU-docenten voor een lijst met aandachtspunten betreffende literatuur over SGH, GMW en IHV.
- Mailcontact met professionals over SGH, GWM en IHV. → [home](#)

HOOFDSTUK 3 OPZET EN UITVOERING

3.1 Landelijke belronde AMW

Opzet van onderzoeksactiviteit:

Om een beeld te krijgen hoe bij andere instellingen in Nederland de beslismomenten van begeleidingsvorm in elkaar zitten, is er een landelijke belronde geweest. Het doel van deze activiteit is om de aanname, waarop het onderzoek is gebaseerd, te verstevigen. De steekproef wordt ingezet om een globaal beeld te krijgen van het doel. Te weten het beslismoment waarop de keuze van de behandelingsvorm plaatsvindt. Er worden geen harde uitspraken gedaan n.a.v. deze belronde. Het ging enkel om een inventarisatie. Daarnaast was het doel om tips te krijgen van andere AMW instellingen omtrent het beslismoment.

Er is gekozen om verspreid over Nederland enkele AMW-instellingen te benaderen en een werker/ manager/ teamleider telefonisch te interviewen. In totaal zijn er 11 interviews afgenomen; het is enkel en alleen een steekproef. De gegevens werden verzameld op een semi-gestructureerde manier. Leidraad voor de gesprekken is het draaiboek ‘bellen naar AMW instellingen’. Dit draaiboek is bijgevoegd als [bijlage nummer 1](#).

Het contact leggen met de instellingen leverde soms problemen op. De respons komt neer op 80%. De overige 20% staan voor: niet teruggebeld worden of geen contact kunnen leggen met de desbetreffende persoon.

Interpretatie van onderzoeksgegevens:

De onderzoeksgegevens van de activiteit van de landelijke AMW belronde zijn opgenomen als [bijlage 2](#).

Een paar punten die dienen als leidraad voor de interpretatie:

- Intakes worden standaard individueel afgenomen. Tenzij een systeem zich aanmeldt als cliënteenschap.

Wellicht valt hieruit af te leiden dat het AMW vanaf de intake al uitgaat van een individueel aanbod. Immers stelt de SGH voor om de intake zoveel mogelijk met het hele systeem te houden.

- Bij de benaderde instellingen is er geen protocol voor de intakevergaderingen waarin de begeleidingsvormen ter sprake komen. De intakevergadering wordt wel gebruikt als overlegmoment wanneer de hulpverlener er in z'n eentje niet uitkomt.

Doordat er geen vastgesteld moment is in de vorm van een protocol, om de begeleidingsvorm te bespreken en tot een beslissing te komen, schiet dit bespreken er vaak bij in. Een aannemelijke oorzaak hiervoor is de tijdsdruk die de wachtlijsten kunnen opleveren. Er zijn hierdoor per vergadering een groot aantal intakes te bespreken. Het bespreken van de begeleidingsvormen kost extra tijd in de vergadering en die wordt er

niet voor vrijgemaakt. Er is mogelijk niet zoveel draagvlak onder de maatschappelijk werkers om een protocol over het beslismoment in te voeren. De werkers gaven aan op de hoogte te zijn van alle begeleidingsvormen. Het ontbreken van een beslismoment wordt niet als probleem ervaren. Een niet te onderschatten valkuil hierbij is dat de keuze nu niet elke keer verantwoord moet worden. Daardoor dreigt de keuze voor IHV een vanzelfsprekendheid te worden, waarbij het risico bestaat dat de overige vormen wat wegzakken in het parate geheugen van de werkers.

- GMW wordt vrijwel altijd aangeboden als aanvulling op IHV. Als GMW qua problematiek geïndiceerd is, kan het aanbod toch individueel zijn omdat de cliënt zelf geen GMW wil. Of omdat er op dat moment geen passende groep wordt gegeven voor de desbetreffende cliënt.

GMW wordt gezien als een behandelingsvorm, die een welkome aanvulling op het hoofdtraject, de IHV, kan betekenen. Tijdens de belrondes blijkt dat er zelden een GMW aanbod wordt gedaan zonder dat er eerst een IHV traject is afgerond met die cliënt. Dit geeft voor het product de volgende voorwaarde: kennelijk is het niet duidelijk dat het GMW een opzichzelfstaande begeleidingsvorm kan zijn.

De cliënt heeft ook wat te zeggen over de begeleidingsvorm. De taak van de maatschappelijk werker bestaat uit het kiezen van de meest geschikte begeleidingsvorm. Daarna wordt deze voorgesteld aan de cliënt, daarbij is de taak van de maatschappelijk werker het informeren en motiveren van de cliënt voor de desbetreffende begeleidingsvorm. Per instelling is er een verschil in de mate van overtuigen van de cliënt voor de behandeling. In dit project wordt er voornamelijk gekeken naar het beslismoment. De mate van het overtuigen van de cliënt hangt af van de visie die er wordt aangehangen binnen de instelling. Voor ons product is dit relevant vanwege de kennis die de maatschappelijk werkers nodig hebben van de begeleidingsvormen. Om cliënten te kunnen overtuigen moeten de maatschappelijk werkers éérst de juiste informatie paraat hebben en zélf het nut inzien van de verschillende begeleidingsvormen, voordat ze aan het overtuigen van de cliënt zullen gaan beginnen.

- SGH wordt vaak aangeboden als onderdeel binnen de IHV; er kunnen systeemgesprekken binnen een individueel traject worden ingelast.

Wederom valt vast te stellen dat er standaard wordt uitgegaan van een individueel hulpverleningsaanbod. De SGH wordt weleens ingevoegd, voornamelijk als aanvulling. Net als bij het GMW wordt ook de SGH niet gezien als een opzichzelfstaand aanbod. Er wordt meer gebruik gemaakt van technieken uit de SGH, die dan worden ingezet als aanvulling op het IHV-traject. Voor het product betekent deze informatie dat het een bijdrage moet leveren aan het opfrissen van de verschillende begeleidingsvormen. Hierdoor zou de keuze voor de begeleidingsvorm met het product worden vergemakkelijkt en geprofessionaliseerd.

Sterke en zwakke kanten van deze activiteit:

Sterke kanten:

- De activiteit is verspreid over heel Nederland uitgevoerd.
- Er is gesproken met medewerkers binnen het maatschappelijk werk die op verschillende niveaus werkzaam zijn (uitvoerende werkers, managers en teamleiders). Zo ontstaat een volledig beeld van hoe het maatschappelijk werk omgaat met het beslismoment rondom de te kiezen begeleidingsvorm.
- De geïnterviewde medewerkers werd van tevoren verteld dat alle informatie zou worden geanonimiseerd. Hierdoor is het aannemelijk dat de verkregen informatie ook overeenkomt met de werkelijkheid binnen de desbetreffende instelling.

Zwakke kanten:

- Er is gesproken met medewerkers binnen het maatschappelijk werk die op verschillende niveaus werkzaam zijn (uitvoerende werkers, managers en teamleiders). Een manager is bijvoorbeeld niet (altijd) aanwezig bij de intakevergaderingen. Men kan zich daarom afvragen of deze activiteit wel een representatief beeld geeft. → [home](#)

3.2 Mailen naar professionals voor literatuurtips

Opzet van onderzoeksactiviteit:

Er is een mail de verstuurd naar verschillende mensen die iets te maken hebben met het AMW. Zo zijn Geert van der Laan, Nora van Riet, Wim Goossens en enkele minder bekende docenten en medewerkers in het veld benaderd.

Er werd gekozen voor een mail, zodat het kader van het onderzoek als attachment kon worden bijgevoegd. Daarnaast kon de respondent antwoorden op een moment dat het voor diegene schikte, een voordeel van e-mail.

De respondenten zijn gevonden op het internet. Uitgeverijen, zoektips van docenten en auteurs van vakliteratuur werden geraadpleegd om zo te komen tot de uiteindelijke mailinglijst. Over de populatie valt te zeggen dat iedereen die geschikt leek, werd opgenomen in de mailinglijst.

De centrale vraag in de mail was: "Heeft u zoektips voor ons, zodat we passende literatuur kunnen vinden bij het project, waarvan het kader als bijlage bij deze mail is toegevoegd." De vraag is vrij open, omdat de mailing in een beginfase plaatsvond. In deze oriënterende fase is alle informatie in principe bruikbaar.

De respons was heel erg groot. Iedereen liet iets van zich horen per mail. Iedereen kwam met de ons al bekende literatuur, die tijdens de opleiding wordt gebruikt. Han Baeten, de werkbegeleider vanuit Versa, kwam met een artikel over groepswork, geschreven door Wim Goossens. Er is niet zoveel over de representativiteit te zeggen, gezien de geringe resultaten betreft de aanwezige literatuur. Het artikel echter bood wel een literaire basis; een kapstok voor verdere inzichten.

Interpretatie van onderzoeksgegevens:

Bij deze activiteit zijn de literatuurtips opgenomen in de literatuurlijst en de daarbij behorende literatuurstudie. Er zijn aandachtspunten uit gedestilleerd die zijn meegenomen voor het totale project.

Sterke en zwakke kanten van deze activiteit:

Sterke kanten:

- Er zijn verschillende professionals benaderd die ook actief zijn in het werkveld en dus weten waar ze het over hebben.
- De respondent kan antwoorden wanneer het hem/ haar uitkomt.

Zwakke kanten:

- E-mail is een vrij informele manier van contact leggen met iemand; het is redelijk vrijblijvend. Hierdoor kan het voorkomen dat er geen of weinig reactie volgt. Of dat het erg lang duurt eer er een reactie volgt. → [home](#)

3.3 Intakevergadering bijwonen;

Semi-gestructureerde interviews met medewerkers van Versa

Opzet van onderzoeksactiviteit

Voor de legitimatie van het project zijn alle 8 teams binnen Versa AMW benaderd voor het bijwonen van een intakevergadering. Op deze manier werd duidelijk hoe de situatie op dit moment met betrekking tot het beslismoment in elkaar steekt, conform het doel. Dat is namelijk: te weten komen hoe het er aan toe gaat bij het beslismoment van de geboden begeleidingsvormen.

Samen met de projectbegeleider is het volgende stappenplan bedacht om de medewerking van de teams te krijgen:

1. Han Baeten neemt telefonisch contact op met alle P&C-ers(Planning en Controle) (aanwezig bij vergadering) betreft het bijwonen van vergaderingen in tweetallen. Han geeft beknopt uitleg over het onderzoek.
2. Ter confirmatie stuurt Han ze allemaal nog een mail. Daarin wordt benadrukt dat in het belang van het onderzoek de maatschappelijk werkers niet op de hoogte gebracht moeten worden van het onderzoek.
3. De projectleden nemen contact op met de P&C-ers voor het maken van een concrete afspraak.
4. Per vergadering gaan twee groepsleden naar de desbetreffende locatie en wonen de intakevergadering bij.
5. Na de intake volgt een nabespreking met het team.

In totaal zijn er 8 teams. Nadat er contact was geweest met de P&C-ers, bleek dat het bij twee teams niet mogelijk was om de vergadering bij te wonen. Bij de ene locatie was er geen intakevergadering vanwege gebrek aan personeel. Bij de andere locatie vanwege problemen binnen het team. Er speelden teveel situaties waardoor het team er niet achter stond. De totale respons is dus 6 van de 8 teams, wat neerkomt op 75%.

Tijdens aanvang van iedere vergadering is in het midden gelaten wat de projectleden kwamen doen. Er is iedere keer enkel vermeld dat ze aanwezig waren in het belang van een afstudeerproject omtrent methodiek. Voor deze geringe informatie bij aanvang van de vergadering is gekozen om de maatschappelijk werkers zo min mogelijk te beïnvloeden tijdens de vergadering. Aan het eind van de intakevergadering hebben de projectleden meer uitleg gegeven over het project en de reden van aanwezigheid.

De interviews met de medewerkers zijn er voor extra verklaring en uitleg van de beslismomenten in de vergadering. Om het risico te vermijden een momentopname te krijgen die niet representatief is, is voor deze aanpak gekozen. De projectleden zijn samen met de maatschappelijk werkers nader ingegaan op het beslismoment en de motivaties voor de te kiezen begeleidingsvormen. Hieruit volgt de feedback vanuit de teams op het product.

Er is een draaiboek voor het bijwonen van de vergaderingen opgesteld. Dit draaiboek is bijgevoegd als [bijlage nummer 3](#).

De registratiegegevens van zowel de besproken intakes in de vergadering als de feedback van de teamleden op het product, zijn opgenomen als [bijlage nummer 4](#). Alle delen cursief gedrukte tekst, zijn interpretaties van het geobserveerde.

Voor het bijwonen van de vergadering hebben alle projectleden een contract ondertekend betreft geheimhoudingsplicht. Dit contract is bijgevoegd als bijlage nummer 8.

Interpretatie van onderzoeksgegevens:

Doel van bijzitten intakevergadering houdt in: het beslismoment tijdens de intakevergaderingen helder krijgen. Daarbij dient de uitkomst van dit doel als legitimatie van het project.

Uit de vergaderingen blijkt dat er veel verschil bestaat in intensiteit waarmee intakes worden besproken. De ene keer wordt er zeer uitgebreid gesproken over de te kiezen begeleidingsvorm, terwijl hiervoor bij een andere intake bijna geen aandacht is. Een structurele discussie waarbij alledrie de mogelijkheden worden overwogen, blijft echter uit bij alle bezochte vestigingen van Versa. De lijn die de intaker, vaak ook hulpverlener, uitzet voor de desbetreffende cliënt, wordt over het algemeen gevolgd door de teamleden. Er worden weinig vraagtekens geplaatst bij de keuze van begeleidingsvorm. Daarmee is het project gelegitimeerd.

Het product zal om het doel te dienen een bijdrage moeten leveren aan een verandering van de vergaderstructuur, waar een dergelijk beslismoment met een discussie over de verschillende begeleidingsvormen is ingebed.

Doelen van het nabespreken met de teams:

- Het draagvlak meten voor een product.
- Het voorkomen van manco's in de beeldvorming over het beslismoment.

Uit de feedback vanuit verschillende teams werden verschillende redenen opgegeven om wel of niet over de begeleidingsvorm te vergaderen.

Zo is er binnen een team redelijk veel tijd vrijgemaakt om het te hebben over het waarom van de begeleidingsvorm. Als reden werd opgegeven dat het team nog niet zo lang bestond. De vragen waren vooral bedoeld om inzicht te krijgen in elkaars manier van werken.

Een ander team gaf aan dat het niet nodig was om het te hebben over de gekozen begeleidingsvormen; die waren bij iedereen bekend en discussie was simpelweg overbodig.

Andere teams gaven toe dat de drie vormen niet allemaal even paraat in het geheugen zitten. Deze teams gaven aan behoefte te hebben aan een product in de vorm van een geheugensteuntje om aan alle begeleidingsvormen te denken. Het project werd bij de teams verschillend ontvangen. De reactie varieerde van positief tot afwachtend.

Daarmee is het draagvlak duidelijk geworden.

Uit de feedback is gebleken dat de observaties overeen komen met de gangbare manier van vergaderen. Zodoende is het doel van manco's uitsluiten, behaald.

Sterke en zwakke kanten van deze activiteit:

Sterke kanten:

- Door voorafgaand aan de vergadering geen informatie over het onderzoek te verstrekken, werd de vergadering niet beïnvloed en is het aannemelijk dat de vergadering volgens de normale gang van zaken is verlopen.
- Door na de intakevergadering met de medewerkers te praten over het beslismoment zijn er ideeën ontstaan met betrekking tot het product.

Zwakke kanten:

- De medewerkers zijn vooraf niet geïnformeerd over de nabespreking. Hierdoor kwam het voor dat een aantal medewerkers geen tijd hadden om nog over het beslismoment te praten (in verband met afspraken na de vergadering). → [home](#)

3.4 Dossiers van afgesloten hulpverleningstrajecten inzien:

Opzet van de onderzoeksactiviteit:

Na de vergadering zijn bij 4 van de 6 responderende AMW teams dossiers van afgesloten hulpverleningstrajecten ingekeken, met als doel om naast de vergaderingen extra inzicht te krijgen in de aangeboden begeleidingsvormen. Bij de andere twee teams was dit niet mogelijk omdat ze hier niet op waren voorbereid. Er is gelet op de problematiek, de aangeboden begeleidingsvorm en de verantwoording daarvan. De onderzoeksgegevens zijn opgenomen als [bijlage nummer 5](#).

Interpretatie van gegevens:

Uit de dossiers blijkt dat de keuze van de begeleidingsvorm wordt genoteerd. Hierbij ontbreekt de motivatie. De teams handelen volgens het door het NIZW voorgestelde intake-model. (Scholte, M.& Splunteren, P.van, 2002) Het NIZW intakeformulier heeft bij het kopje "hulpverleningsaanbod" de volgende afvinkmogelijkheden: individueel, (echt)paar, systeem of groepswerk. Er is geen ruimte in het formulier om de motivatie bij de keuze te vermelden.

Hierbij worden er signaleringen gedaan naar het NIZW toe. Voor een structureel ingebed beslismoment zou er op het formulier een dergelijke ruimte moeten worden toegevoegd.

Met deze signaleringen is het doel bereikt: de begeleidingsvorm wordt wel ingevuld, een motivatie ontbreekt. De NIZW zou een bijdrage kunnen leveren aan het implementeren van een beslismoment op landelijk niveau. Iedere keuze voor een begeleidingsvorm moet worden verantwoord door de andere begeleidingsvormen te behandelen en te motiveren waarom deze vormen niet van toepassing zijn voor de hulpverlening van de cliënt.

Sterke en zwakke kanten van deze activiteit:

Sterke kanten:

- Het inzien van dossiers heeft steekproefsgewijs plaatsgevonden. Zodoende is er geen selectie van dossiers geweest; de dossiers zijn niet op bruikbaarheid uitgekozen.

Zwakke kanten:

- Er was van tevoren geen duidelijke afspraak gemaakt met betrekking tot de verslaglegging van de dossiers. Hierdoor is het voorgekomen dat de verslaglegging bij dossier A uitgebreider was dan dossier B etc. → [home](#)

3.5 Semi-structureerd interviews met docenten van de HvU

Opzet van onderzoeksactiviteit:

Om literatuurtips en aandachtspunten met betrekking tot de verschillende begeleidingsvormen (SGH, GMW en IHV) te krijgen, zijn een viertal docenten van de Hogeschool van Utrecht (HvU) via de e-mail benaderd met de vraag mee te willen werken aan een interview. De e-mail bevatte een bijlage waarin kort de probleemstelling en vraagstelling van het project stond beschreven om ze enigszins inzicht te geven in het project.

In de e-mail stonden duidelijk twee hoofdvragen van het interview, zodat de docenten zich konden voorbereiden op het interview;

Hoofdvragen:

- Welke literatuur kunt u ons aanraden met betrekking tot SGH, GMW en IHV?
- Wat ziet u als aandachtspunten met betrekking tot SGH, GMW en IHV?

Van de vier docenten die gevraagd waren mee te werken aan een interview hebben er twee gereageerd. (De respons was 50% en de non-respons was 50%) Met deze twee docenten is een interview gehouden.

Er is gekozen voor een semi-structureerd interview om het geheel zo open mogelijk te houden. Op deze manier zijn er zo veel mogelijk aandachtspunten met betrekking tot SGH, GMW en IHV naar voren gekomen.

Interpretatie van onderzoeksgegevens:

De onderzoeksgegevens zijn opgenomen als [bijlage nummer 6](#).

Het doel van deze activiteit was literatuurtips en aandachtspunten ten aanzien van de drie begeleidingsvormen, verkrijgen.

De interviews hebben de volgende titels opgeleverd:

1. Cuijpers, P.& Reesink, H. (1993). *De methodiek van de ondersteuningsgroep*. Nijkerk: Intro.
2. Lange, A (2001). *Gedragsveranderingen in gezinnen*. Groningen: Nijhoff.
3. Riet, N van (1997). *Groepswork in het maatschappelijk werk*. Assen: van Gorcum.
4. Vries, S de & Bouwkamp, R (1992). *Psychosociale hulpverlening in het maatschappelijk werk*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Uit deze literatuurlijst kan geconstateerd worden dat er weinig literatuur bekend is bij de docenten betreffende de drie begeleidingsvormen.

Voor de interpretatie van de genoemde literatuur wordt er verwezen naar de activiteit literatuurstudie. Er zijn gedurende de literatuurstudie meer titels gebruikt dan de door docenten aanbevolen titels.

De aandachtspunten bij de verschillende begeleidingsvormen vloeien voort uit de literatuurstudie. De uitwerking daarvan zal worden opgenomen bij de activiteit literatuurstudie.

Een paar punten, gebaseerd op de ervaringen en deskundigheid van de desbetreffende docenten in het werkveld van het AMW van henzelf en van collegae:

- Er wordt in het werkveld voornamelijk gesproken, bij andere vormen dan de IHV, over de extra investering die het kost om GMW en SGH toe te passen. Hierbij gaat het dan om de extra energie die het van de hulpverlener vergt, de extra tijd die het kost enz. Over de eventuele winst op de lange termijn wordt niet gesproken.

Voor ons product is hieruit af te leiden dat GWM en SGH worden gezien als een aanvulling op het overwegend individuele aanbod van het AMW.

Het GMW en de SGH worden eerder gezien als extra last of inspanning. Een mogelijke oorzaak daarvan is niet het onvermogen van de maatschappelijk werkers, maar eerder de kennis over de beide vormen, die niet helemaal paraat is.

- Binnen de IHV is er vaak ruimte voor technieken uit de SGH. De grens tussen het IHV en de SGH is dan ook dun. Binnen het AMW wordt er nauwelijks zuiver volgens de SGH gewerkt. (In een zuivere SGH-aanpak zou het hele systeem al vanaf de intake worden gezien door de AMW-er)

De keuze voor een begeleidingsvorm is niet zwart-wit te maken. Met andere woorden, er kan niet gesteld worden dat er per probleem één vaststaande begeleidingsvorm is. Er komt in de praktijk niet zoiets voor als een zuiver SGH, GMW of IHV traject. Het product kan een bijdrage leveren om de werker meer bewust de verschillende vormen te laten

hanteren. De reden dat de verschillende vormen vaak door elkaar lopen kan een gevolg zijn van een procesmatige beslissing; dan is er sprake van een strategische keuze. De oorzaak kan ook liggen bij de verschillende vormen, die toch niet zo duidelijk van elkaar kunnen worden onderscheiden door de maatschappelijk werkers. Op de laatste veronderstelling zal het product zich richten. Om te bereiken dat de vormen door elkaar gebruikt gaan worden bij wijze van strategische keuze. Om te bereiken dat er met de verschillende vormen wordt "gespeeld" zal er per cliënt overleg moeten zijn over de verschillende mogelijkheden wat betreft de te kiezen vorm, of combinatie van begeleidingsvormen.

Sterke en zwakke kanten van deze activiteit:

Sterke kanten:

- De geïnterviewde docenten hebben veel kennis wat betreft de drie begeleidingsvormen.
- Het waren semi-gestructureerde interviews; hierdoor is een uitgebreider beeld verkregen dan wanneer er met vragenlijsten zou zijn gewerkt.

Zwakke kanten:

- Het aantal geïnterviewde docenten is nogal aan de lage kant. Dit hadden er meer kunnen zijn. → [home](#)

3.6 E-mail contact met Roland Philips:

Opzet van onderzoeksactiviteit

Er is contact geweest met de opdrachtgever van het project. Hij werkt al geruime tijd bij Versa en is gezien zijn functie ,P&C-er, op de hoogte van eerder geïmplementeerde veranderingen op beleidsniveau. Er is gekozen om hem een e-mail te sturen met de vraag of er eerder veranderingen binnen Versa hebben plaatsgevonden. E-mail als medium is in dit geval handig, omdat de ontvanger mogelijk moet opzoeken wanneer dergelijke veranderingen hebben plaatsgevonden.

Interpretatie van onderzoeksgegevens:

Het antwoord van Roland Philips luidt als volgt:

” Een eerder beslismoment over een hulpaanbod is in 1995 geïmplementeerd door het toenmalige management. Toen is besloten om het NIZW-intakemodel in te voeren. Zoals bekend hoort in dit intakemodel een moment waarop het hulpaanbod met de cliënt wordt afgesproken. In de handleiding van dit model wordt dan ook gesproken over o.a. individueel-, echtpaar-, gezin- en groepsaanbod.”

Het antwoord laat zien dat er weliswaar een beslismoment is, dit vindt plaats tussen de hulpverlener en de cliënt. Een beslismoment te midden van collega's is niet opgenomen in het NIZW intakemodel. Te concluderen is het volgende: er is nog niet eerder een beslissingsmoment binnen de intakevergaderingen geïmplementeerd.

Sterke en zwakke kanten van deze activiteit:

Sterke kanten:

- Roland werkt op beleidsniveau en is op de hoogte van alle beslissingen die er binnen het AMW op dit gebied worden genomen. Hij kan de informatie verschaffen die er nodig is om een beeld te geven van eerder genomen beslissingen.

Zwakke kanten:

- Er is geen zwakke kant te bedenken, omdat er een betrouwbare bron wordt aangesproken. → [home](#)

3.7 Literatuurstudie:

Opzet van onderzoeksactiviteit

Er is gekozen voor een literatuurstudie op het gebied van SGH, GMW en IHV om zo aandachtspunten en thema's met betrekking tot de drie begeleidingsvormen te verkrijgen.

Er is weinig literatuur voor het maatschappelijk werk te vinden op deze gebieden. De literatuur is gekozen naar aanleiding van interviews met docenten, mailcontact met professionals uit het werkveld en bibliotheekbezoeken. Doordat er zo weinig literatuur over te vinden is, zal de literatuurlijst beperkt zijn.

De literatuur is onderzocht op de (contra-) indicaties en op vaak voorkomende thema's van de drie begeleidingsvormen. Met als doel duidelijk te krijgen wanneer welke begeleidingsvorm geïndiceerd is.

De gegevens van het onderzoek zijn representatief; alle mogelijke kanalen om literatuur te verzamelen zijn aangeboord. Vaak werd verwezen naar dezelfde titels, ook werd verteld dat er weinig te vinden is over de drie begeleidingsvormen. Alle literatuurtips zijn geanalyseerd op de (contra-) indicaties en de vaak voorkomende thema's.

Interpretatie van onderzoeksgegevens:

Alle verkregen gegevens die terug te vinden zijn als [bijlage nummer 7](#), zijn overgenomen aandachtspunten uit de literatuur. De gegevens worden gebruikt gedurende het hele project. Het loopt parallel aan alle andere onderzoeksactiviteiten zie figuur 1.

Gedurende het totale onderzoeksrapport wordt deze volgorde gehanteerd: SGH, GMW en IHV. Deze keuze is gebaseerd op de literatuur, waarin deze volgorde werd gehanteerd en beargumenteerd. Zie de literatuurstudie.

Sterke en zwakke kanten van deze activiteit:

Sterke kanten:

- Alle mogelijke literatuur is onderzocht op bruikbaarheid voor het onderzoek.

Zwakke kanten:

- Er is geen zwakke kant te bedenken, omdat een literatuurstudie altijd bijdraagt aan kennisverbreding! → [home](#)

HOOFDSTUK 4 BELEIDSAANBEVELINGEN

Met dit onderzoek worden aanbevelingen gedaan op verschillende niveaus.

1. Operationeel niveau
Er is een poster ontwikkeld die bestemd is om opgehangen te worden in alle vergaderruimtes van de AMW-teams binnen Versa. Het doel van de poster is een geheugensteun voor de AMW-ers. De drie begeleidingsvormen worden benoemd en een korte uitleg over de vormen worden gegeven.
2. Management niveau
Aan het management van Versa wordt een beleidsaanbeveling gedaan over de structuur van de intakevergadering. Deze aanbeveling is gericht op een ingebed beslismoment over de te bieden begeleidingsvorm. Het doel is dat er structureel aandacht en tijd voor de begeleidingsvorm gemaakt wordt, waarbij de keuze verantwoord moet worden. Er kan pas een keuze gemaakt worden voor een vorm, als de andere twee vormen niet geschikt blijken te zijn voor de desbetreffende cliënt.
3. Operationeel niveau
Een cd-rom of diskette wordt aan de AMW-ers van Versa en aan Margot Scholte van het NIZW overhandigd. Het doel van de diskette is dat de AMW-ers het onderzoeksrapport ten alle tijden kunnen inzien en voor hun relevante informatie eruit kunnen halen. Met name de literatuurstudie zal een belangrijke informatiebron zijn.
4. Landelijk niveau
De onderzoeksresultaten worden gepresenteerd aan het NIZW. Uit de resultaten zijn beleidsaanbevelingen gedestilleerd die van toepassing zijn op het standaard intake model. De aanbeveling betreft de motivatie voor begeleidingsvorm. Op dit moment kunnen AMW-ers die het model gebruiken de keuze voor begeleidingsvorm open laten en is er geen ruimte voor de motivatie van de vorm. Door de aanbevelingen op te volgen, wordt de keuze professioneel en weloverwogen gemaakt.
Daarnaast wordt er een aanbeveling gedaan voor een standaard procedure tijdens de intakevergadering, zodat de keuze van de hulpverlener besproken en getoetst wordt met de andere hulpverleners.

Aanbevelingen voor mogelijk vervolgonderzoek:

Met het huidige onderzoek worden vernieuwingen geboden rondom het beslismoment van de begeleidingsvormen. Een mogelijk vervolgonderzoek heeft te maken met het toetsen van de geboden vernieuwingen. Er spelen verschillende factoren een rol bij het implementeren van nieuw beleid, zoals cultuur binnen een team. Een vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op hoe met cultuur om te gaan bij het implementeren van nieuw beleid. [→ home](#)

LITERATUUR

1. Cuijpers, P. & Reesink, H. (1993). *De methodiek van de ondersteuningsgroep*. Nijkerk: Intro.
2. Goossens, W. (2001). *Groepsmaatschappelijk werk*. In *Werken, leren en leven met groepen*. J.L.M Remmerswaal (Red.)
3. Lange, A (2001). *Gedragsveranderingen in gezinnen*. Groningen: Nijhoff.
4. Monnik, H de (2000). *Verlieskunde*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
5. Oosten, N van & Vlugt, I van der (2002). *Seksespecifieke hulpverlening voor maatschappelijk werkers*. Bussem: Coutinho.
6. Riet, N van (1997). *Groepswork in het maatschappelijk werk*. Assen: van Gorcum.
7. Scholte, M & Splunteren, P van (1995). *Wegen en overwegen*. Utrecht: NIZW uitgeverij.
8. Vries, S de & Bouwkamp, R (1992). *Psychosociale hulpverlening in het maatschappelijk werk*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum. → [home](#)

BIJLAGE 1.

DRAAIBOEK BELLEN NAAR AMW-INSTELLINGEN [→opzet belronde](#)

Je belt op.

Stel je kort voor: ik ben..., student maatschappelijk werk aan de HvU. Ik doe een afstudeeronderzoek naar methodiek binnen het AMW.

Ik ben op zoek naar iemand die mij te woord kan staan voor het beantwoorden van een aantal vragen betreffende de gehanteerde methodiek binnen het algemeen maatschappelijk werk.

Wie gaat hierover?(vraag naar leidinggevende bij geen naam)

Is diegene aanwezig?

Ja → doorverbinden

Nee → wanneer is diegene bereikbaar (zorg dat je de juiste naam hebt)

Bij contactpersoon:

Voorstellen: herhaal bovenstaande intro.

Specificeer: We willen in kaart brengen hoe –binnen het AMW- de keuze wordt gemaakt uit de verschillende begeleidingsvormen. Wij hanteren de indeling: SGH, GMW en IHV.

Kunt u mij daar iets meer over vertellen?

Gesprek voeren met de volgende richtlijnen:

- De gegevens worden anoniem verwerkt; we zullen geen waardeoordeel hangen aan de uitkomst van dit gesprek.
- Hoe verloopt de intakevergadering; wordt er binnen het team gesproken over de keuze van de begeleidingsvorm?
- Wordt er gewerkt met een standaard aanbod?
- Is er soms een specifiek beleid voor bepaalde te hanteren vormen bij bepaalde problemen?
- Heeft u voor ons nog waardevolle informatie, die we nog niet hebben besproken?

[→ home](#)

BIJLAGE 2. **LANDELIJKE BELRONDE AMW** →[opzet belronde](#)

AMW Regio 1

Gesproken is met een maatschappelijk werkster.

Er is geen teamleider op het moment; het team is zelfsturend.

Na de aanmelding volgt een intake deze wordt besproken en verdeeld. Er zijn mensen die beter zijn met bepaalde problemen, maar over het algemeen wordt er recht evenredig verdeeld; zeker de “rotklussen” als bijvoorbeeld schuldhelpverlening. In het intakeverslag staat een hulplan, dat de hulpverlener over het algemeen bedenkt.

Keuze voor de begeleidingsvorm:

Over de gekozen begeleidingsvorm wordt niet standaard gesproken tijdens het intake overleg. Wel denkt het team soms mee met de werker, maar de werker maakt de keuze.

De keuze van de drie hulpverleningsvormen hangt af van het soort probleem.

- Bij relatieproblemen wordt standaard de partner uitgenodigd. Tenzij de cliënt eerst wat gesprekken alleen wil.
- Bij assertiviteitsproblemen wordt er vaak naar de groep verwezen; soms ter ondersteuning van de individuele gesprekken.
- Individuele problemen zoals: depressieve klachten, niet goed in vel zitten en verwerking van echtscheiding worden individueel aangepakt.

Er is geen standaard manier van werken binnen dit AMW.

Er wordt “eclectisch” gewerkt. Ook zullen verschillende werkers eenzelfde probleem op verschillende wijze aanpakken.

AMW Regio 2

Gesproken is met de teamleidster.

Tijdens de intake-overleggen komt de begeleidingsvorm altijd ter sprake. Er is echter niet een vaststaand protocol voor het bespreken ervan.

Er zijn binnen het team een aantal werkers die de systeembenadering erg aanhangen. De cliënt bepaalt echter of de partner/ het systeem mee komt.

Keuze voor de begeleidingsvorm:

De teamleidster vertelt dat de keuze van de begeleidingsvorm een vaak terugkomend onderwerp van discussie is.

Wat vast staat voor de instelling zijn een paar richtlijnen:

- De cliënt is koning.
- De cliënt bepaalt wat hij of zij nodig heeft en wanneer de hulpverlening dus effectief is.

Bovengenoemde punten zijn richtlijnen, de werkers geven wel de grenzen van het mogelijke aan.

AMW Regio 3

Gesproken is met de teamleider.

Er is een duidelijke visie:

In principe wordt er gewerkt met de seksespecifieke hulpverlening.

Belangrijk daarbij zijn de rolpatronen en de socialisatiepatronen. Ook is er oog voor de verschillen tussen mannen en vrouwen.

De insteek van de problematiek is dan ook vooral interrelationeel.

Dit geldt overigens niet voor de meeste materiele problematiek.

Nieuwe medewerkers en stagiaires krijgen een handboek, waarin de werkwijze en de visie staat omschreven. Verder krijgt iedereen een introductie cursus: “hoe te werken vanuit de seksespecifieke benadering.”

Hij weet dat alle 65 AMW-ers die er in totaal werken de visie paraat hebben.

Keuze van de begeleidingsvorm:

Tijdens de wekelijkse intake-overleggen komt de keuze van de begeleidingsvorm ter sprake.

Niet alledrie de behandelingsvormen worden dan besproken. Soms moet er wel even worden gezocht, dan worden wel alledrie de alternatieven doorgenomen.

Het gaat dan vooral om complexere problematiek. Er is geen tijd om van alle intakes alle behandelingsvormen door te nemen.

De werker neemt de situatie van de cliënt als uitgangspunt bij het maken van de keuze.

Als er met een systeem moet worden gewerkt en de aangewezen cliënt zou daar bezwaar tegen hebben dan zal de werker wel zijn best doen om de cliënt te overtuigen van zijn idee hierover. Er wordt niet eerst met een persoon alleen uit het systeem gewerkt; immers er kunnen dan bondjes ontstaan, althans in de ogen van de “laatkomer”.

AMW Regio 4

Gesproken is met een maatschappelijk werkster.

Deze AMW-instelling biedt de volgende vormen van hulpverlening aan:

IHV

SGH

GMW

Taakgerichte hulpverlening

Crisisdienst

Materieel eenvoudige problematiek

Case-management

Elke werker heeft roulerend bureaudienst. Tijdens deze bureaudienst wordt de werker gebeld door mensen die zichzelf willen aanmelden bij het AMW. Na deze aanmelding volgt een intake. De intakes worden op basis van case-load verdeeld over de werkers binnen de instelling.

Tijdens de intake ontstaat er bij de werker een beeld over de problematiek van de desbetreffende cliënt. De werker maakt op basis van zijn/ haar ervaring en gevoel een beslissing over de hulpverleningsvorm die het beste bij deze cliënt past.

Dan volgt de intakevergadering. Tijdens deze intakevergadering wordt elke werker die een intake heeft gehad, uitgenodigd over deze intake te vertellen. Het is in principe de regel dat de werker die de intake heeft gedaan ook met de cliënt verder een hulpverleningstraject zal starten.

Keuze voor de begeleidingsvorm:

Tijdens de intakevergadering staat niet de door de intaker gekozen hulpverleningsvorm ter discussie. Er wordt vanuit gegaan dat iedere werker kundig genoeg is om de goede hulpverleningsvorm te kiezen bij een cliënt. Er wordt meer ingegaan op de inhoud van het intakegesprek dan op de analyses die daaruit vloeien.

De maatschappelijk werkster merkt op dat de intakevergadering op het moment erg rommelig verloopt. Dit komt omdat er wordt gereorganiseerd binnen de instelling. Het is de bedoeling er binnen de instelling multidisciplinair gewerkt gaat worden. Zodra dit multidisciplinair werken van start gaat binnen de instelling, zal ook de intakevergadering een heel andere invulling gaan krijgen. Het is de bedoeling dat er dan meer kritisch zal worden gekeken naar de hulpverleningsvorm die een cliënt zal worden aangeboden n.a.v. de intake. Dit kritischer kijken zal volgens de maatschappelijk werkster automatisch voortvloeien uit het gegeven dat er meerde disciplines naar 1 intake zullen gaan kijken. Meerdere 'brillen' leveren een bredere visie op een intake.

Binnen de instelling is er geen specifiek beleid bij bepaalde problematiek. Het is de bedoeling dat dit door de reorganisatie ook zal gaan veranderen.

AMW Regio 5

Gesproken is met een maatschappelijk werkster

Bij de intake wordt een vaste procedure gevolgd, zoals deze is vastgelegd in de module van het NIZW.

Tijdens en na de intake maakt de werker een analyse op micro-, meso- en macroniveau. De werker maakt ook een hypothese en stelt een globaal en voorlopig behandelplan op. Het behandelplan zal n.a.v. de analyses en hypothese uitkomen op een traject van IHV, SGH of GMW. De analyses, de hypothese en het behandelplan worden op basis van deskundigheid en ervaring gemaakt.

Keuze voor de begeleidingsvorm:

Alle intakeverslagen (inclusief de analyses, hypothese en voorlopig behandelplan) worden door ieder lid van het team gelezen. Dan volgt een uitgebreide bespreking van het hoe en het waarom er voor een bepaald hulpverleningstraject wordt gekozen.

De hulpverleningsvorm is binnen deze instelling dus wel degelijk onderhevig aan een discussie.

Binnen deze instelling werken verschillende teams verdeeld over verschillende locaties. Binnen de meeste teams is het zo dat de werker die de intake heeft gedaan ook verder gaat met die cliënt. Eén team werkt anders; daar wordt tijdens de intakevergadering beslist wie er met de cliënt door gaat. Deze beslissing hangt samen met ieders deskundigheid.

Met betrekking tot het GMW is er een specifiek beleid binnen de instelling. Een ieder die zichzelf voor een groep aanmeldt, wordt eerst uitgenodigd voor een 'gewone' intake. Hier worden voorliggende problemen besproken, om zo de indicaties en contra-indicaties voor GMW vast te stellen.

Als er eenmaal een indicatie voor GMW wordt afgegeven, wordt de cliënt uitgenodigd om doelen voor de desbetreffende groep te formuleren. Vervolgens wordt de cliënt een lijst met groepsdoelen gegeven om deze te bestuderen; om zo te checken of de doelen van de cliënt overeenkomen met de groepsdoelen.

AMW Regio 6

Gesproken is met de manager.

Deze AMW-instelling biedt SGH, GMW en IHV.

Het GMW is in de loop der tijd erg ondergesneeuwd geraakt in deze instelling. Weinig werkers hadden en hebben affiniteit met deze vorm van hulpverlening, waardoor deze vorm vrijwel nooit aan bod komt binnen deze instelling.

In principe wordt er van de werkers verwacht dat zij eclecticisch werken. Zij dienen voldoende kennis te hebben van alle vormen van de hulpverlening en dienen deze ook toe te kunnen passen.

Als een cliënt zich aanmeldt of wordt aangemeld wordt er een intake gepland. De werker die deze intake doet, gaat ook verder met de cliënt.

Keuze voor de begeleidingsvorm:

In de intakevergadering/ cliëntbespreking is geen ruimte ingelast om over de te kiezen hulpverleningsvorm te praten. Er wordt toch al vanuit gegaan dat de intaker zelf doorgaat met de cliënt. En omdat iedere werker voldoende kennis heeft van alle vormen van hulpverlening (eclecticisch werken!), is het ook niet nodig dat hier tijd aan wordt besteed tijdens de intakevergadering.

Toch stellen de medewerkers binnen de instelling steeds meer de vraag aan zichzelf of dit wel een goede manier van werken is. Dit n.a.v. de weinige doorverwijzingen naar het GMW. Als iedere werker kennis heeft van alle hulpverleningsvormen, hoe komt het dan dat er bijna niemand aan het GMW denkt voor een cliënt?

Het is volgens de manager de bedoeling dat er binnenkort een onderzoek binnen de eigen instelling wordt opgestart om te onderzoeken hoe dit (en de intakevergadering) verbeterd kan worden.

AMW Regio 7

Gesproken is met een maatschappelijk werkster.

Bij deze instelling werken ze met twee hulpverleningsvormen, te weten;

- IHV: hieronder valt bij hun ook SGH
- GMW.

Bij de intakevergadering zitten de maatschappelijk werkers en de leidinggevende.

Van iedere intake wordt een verslag gemaakt en in de vergadering ingebracht. De cliënten worden besproken. Er wordt besproken hoe de werker zou kunnen beginnen met de hulpverlening, wat de visie van de werker is en hoe de andere leden van het team erover denken; er wordt dus een soort van plan van aanpak gemaakt.

Blijft de cliënt bij het maatschappelijk werk dan volgt een gesprek. De werker die de intake heeft gedaan houdt de cliënt. Visie daarachter is dat de cliënt zo weinig mogelijk zijn verhaal opnieuw hoeft te vertellen.

Keuze voor de begeleidingsvorm:

Omdat ze bij deze instelling in principe altijd starten met individuele hulpverlening, wordt er tijdens de intakevergadering niet gesproken over de keuze van de begeleidingsvorm.

De werker stuurt de cliënt niet na een gesprek al naar een groep. Ze willen eerst dat de cliënt zijn persoonlijk verhaal kwijt kan bij een hulpverlener en dan wordt er gekeken of de cliënt bij een groep past en of dit nog nodig is.

Als cliënten zich zelf aanmelden voor een groep wordt er eerst een uitgebreide screening gedaan, om te kijken of de cliënt op zijn/haar plaats is in de groep.

AMW Regio 8

Gesproken is met een maatschappelijk werker

Er zijn nu nog geen intakevergaderingen. Er zijn al wel ontwikkelingen in hoe te handelen met aanmeldingen. Hier is ook nog geen protocol voor.

De instelling waarmee gesproken is, is een gezondheidscentrum waar het AMW onder valt. In principe verwijst de huisarts cliënten door naar het AMW.

Keuze voor de begeleidingsvorm:

Wie er ruimte heeft, neemt de cliënt. De werker werkt met het vijf gesprekken model. Na vijf gesprekken wordt de cliënt ingebracht in het team. Er wordt gekeken of de cliënt verdere hulpverlening nodig heeft en waarom. Er wordt begonnen met individuele hulpverlening (hieronder valt ook SGH) wat kan resulteren in GMW.

Als een cliënt zich aanmeldt voor het GMW, krijgt de cliënt een aparte intake om te kijken of de cliënt er op zijn plaats is.

AMW Regio 9

Gesproken met een maatschappelijk werkster.
Het team bestaat uit 3 maatschappelijk werkers. Er is geen leidinggevende.

1 keer per week wordt er een intakevergadering gehouden waarin tussen de 10 en 20 intakes worden behandeld. De intakes worden vrij kort besproken. De hulpvraag wordt besproken en vervolgens wordt er gekeken wie van de hulpverleners er het beste mee verder kan. Er is geen standaard hulpaanbod of begeleidingsvorm bij bepaalde problematieken.

Keuze voor de begeleidingsvorm:

De begeleidingsvormen worden tijdens de intake vergadering niet expliciet genoemd om te verkennen of de begeleidingsvorm gewenst is voor de desbetreffende cliënt.

Centraal staat de vraag wie van de hulpverleners het beste met de hulpvraag over weg kan. ‘De ene is goed in echtpaar gesprekken en de ander richt zich meer op individuele gesprekken’.

Verder wordt er bij intervisie dieper op de casussen ingegaan en dan staan ze dan langer stil bij de hulpvraag en de begeleidingsvorm die daar het beste bij past.

Verder vertelt de maatschappelijk werkster dat er tussendoor veel mondeling overleg is en dan komt de begeleidingsvorm ook vaak aan de orde.

AMW Regio 10

Gesproken met de teamleidster

Tijdens de intakevergadering wordt een aantal intakes besproken. De maatschappelijk werkers moeten zelf van tevoren aangeven of zij een intake hebben die ze besproken willen hebben.

De maatschappelijk werker die de intake heeft gedaan gaat meestal zelf verder met de cliënt.

Keuze voor de begeleidingsvorm:

De verslagen van de intakes worden gelezen in de vergadering. Als er opmerkingen zijn over het plan van aanpak en de daar bijhorende begeleidingsvorm, dan wordt dat besproken. Zijn er geen opmerkingen of vragen, dan wordt de begeleidingsvorm niet besproken.

De hulpverlening start meestal individueel. Alleen als de cliënt zelf aangeeft dat hij gesprekken wil met bijvoorbeeld de partner, dan gebeurt dat.

GMW wordt regelmatig geboden. Dit volgt vrijwel altijd na eerst individuele gesprekken.

AMW Regio 11

Gesproken met de teamleider.

Na een aanmelding volgt de intake die gedaan wordt volgens het NIZW model. De aangemelde cliënt komt alleen, tenzij bij de aanmelding al heel duidelijk is dat de partner ook aanwezig moet zijn. De teams werken vanuit de principes van de taakgerichte hulpverlening. Het systeem (voornamelijk de partners) zijn erg belangrijk volgens de teamleider en na een individuele intake worden die vaak uitgenodigd.

Na de intake volgt binnen een week de cliëntbespreking. Bij deze bespreking zijn de 6 maatschappelijk werkers aanwezig met meestal 2 stagiaires. Daarnaast is er ook een sociaalverpleegkundige van Altrecht aanwezig. Zij zit erbij om samen met de maatschappelijk werkers te bespreken of de cliënten op hun plaats zijn bij het AMW of moeten worden doorverwezen naar Altrecht (RIAGG)

Keuze voor de begeleidingsvorm:

Alle intakes worden kort besproken. De maatschappelijk werkers moeten zelf aangeven als een intake uitgebreider besproken moet worden. Als er intakes zijn waarin geweld een rol speelt, dan wordt die intake wél standaard uitgebreid besproken.

De drie begeleidingsvormen worden niet expliciet vernoemd. In het NIZW model staat wel het kopje: gekozen hulpvorm. Het ligt aan de hulpverlener zelf of hier veel aandacht aan wordt besteed tijdens de bespreking.

Alle werkers dienen op de hoogte te zijn van het GMW aanbod. Het hangt ook van het aanbod af hoeveel doorverwijzingen er zijn. Vrijwel geen enkele cliënt wordt meteen doorverwezen naar een groep. De meeste cliënten krijgen eerst IHV en aan het eind een doorverwijzing naar het GMW. (IHV en GMW wordt vrijwel nooit tegelijkertijd aangeboden).

Van een specifiek aanbod ten aanzien van bepaalde problematieken is geen sprake. Bij schulden wordt vrijwel altijd de partner uitgenodigd en eindigt de hulpverlening met GMW. → [home](#)

BIJLAGE 3.

DRAAIBOEK BIJWONEN INTAKEVERGADERINGEN →[opzet](#) [intakevergaderingen](#)

Jezelf voorstellen:

Ik ben ..., student maatschappelijk werk aan de Hogeschool van Utrecht. We zijn bezig met een afstudeeropdracht over methodiek. De opdracht vindt plaats binnen de hele sector van het algemeen maatschappelijk werk van Versa. We gaan dus ook nog naar de andere locaties.

We zitten bij deze vergadering en we willen die vergadering niet beïnvloeden, vandaar de geringe info.

Graag wil ik na de vergadering even met jullie napraten, dan vertel ik meer over het onderwerp.

*Tijdens de vergadering meelezen met de leesronde (leespauze voor intakeverslag) letten op: eind van het verslag bij kopje: hulpverleningsplan en doelen enz. (laatste blad)
Lees gewoon van a tot z om geen vermoedens te creëren.*

Let op de hulpverleningsvorm en doelen:

Binnen welke begeleidingsvorm valt de gekozen begeleiding?

Is er enige motivatie bij de keuze m.a.w. wordt die benoemd en bediscussieerd?

Na de vergadering:

Vertel iets meer: We doen een onderzoek naar hoe de verschillende begeleidingsvormen worden gekozen en bij welke problemen de verschillende vormen worden toegepast.

We willen ook weten wat de motivatie is bij de gekozen begeleidingsvorm. We maken onderscheid tussen: SGH, GMW en IHV. (leg uit)

- Tijdens de vergadering hebben we gelet op: motivering van die keuze.
- We hebben gezien dat er **wel/ niet** over werd gesproken/ gediscussieerd.
- We willen jullie vragen iets te vertellen hoe je tot een keuze bent gekomen.
- (Welke overwegingen maak je bij het maken van deze keuze?)

Ons dringende verzoek:

Niet over ons bezoek praten met andere teams binnen Versa.

We denken dat het onderzoek wel eens kan mislukken als dit gebeurt. → [home](#)

BIJLAGE 4.

BIJWONEN INTAKEVERGADERINGEN. →[opzet intakevergaderingen](#)

Opmerking vooraf:

De verslaglegging van de intakevergaderingen wordt zo objectief mogelijk beschreven. Om te voorkomen dat er misverstanden ontstaan zijn alle interpretaties *cursief* gedrukt. Hetzelfde geldt voor de feedback die werd ontvangen vanuit de instelling. Er wordt in het verslag onderscheid gemaakt tussen de besproken intakes en de dossier van afgesloten trajecten die werden ingezien.

Registratie intake vergadering: locatie A.

Intake 1

Jonge vrouw, 21 jaar, met dochter (4 maanden)

Aanmeldingsprobleem is dat ze schulden heeft. Op het moment woont ze bij haar ouders, maar binnen 2 maanden moet ze daar weg zijn.

De doelstelling is dat onderdak en inkomen geregeld is.

Prioriteit heeft de opvoeding en de verzorging voor zichzelf en haar kind.

Aangeboden hulpverlening is **IHV** om de eerste crisis op te vangen. Dit betekent dat er onderdak wordt gezocht, in de vorm van een opvanghuis waar ook passende hulpverlening wordt geboden. Er wordt gedacht aan het FIOM. De hulp van het AMW is gericht op het feit dat zo de tijd overbrugd wordt, totdat mevrouw in een opvanghuis zit.

*Er werd voor **IHV** gekozen, zonder dat er aandacht werd besteed aan **SGH** en/of **GMW**.*

Intake 2

Vrouw 50 jaar, heeft een botziekte. In het verleden heeft ze kanker gehad en heeft haar vriendin (partner) zelfmoord gepleegd.

Aanmeldingsprobleem is dat ze graag wil praten met iemand over het verleden en ook wil ze graag haar eigen leven weer op touw zetten.

In het team werd gesproken over **GMW**. De vraag is er waarom ze nooit doorgestuurd is naar een groep voor kankerpatiënten in het ziekenhuis zelf.

Er werd besloten dat er na 5 individuele gesprekken (**IHV**) ze verwezen wordt naar vrijwilligerswerk. Verder wordt er gekeken naar groepen die op haar van toepassing zouden kunnen zijn. Gedacht wordt aan een groep voor vrouwen die te maken hebben gehad met kanker. (**GMW**)

Intake 3

Man 36 is depressief geworden door verlies van zijn baan en is uit zijn huis gezet.

Daardoor heeft hij schulden opgelopen. In het verleden is hij vaker bij het RIAGG

geweest. Daar was hij geïndiceerd voor een dagbehandeling maar de cliënt is daar nooit geweest.

Cliënt zegt dat hij er nu klaar voor is. Als eerste stap is hij naar het AMW gekomen.

In het team wordt besloten dat de cliënt verwezen wordt naar het RIAGG. Het AMW blijft hem in de eerste instantie helpen met zijn schulden.(IHV)

Registratie intake vergadering: locatie B.

Intake 1: (hamerstuk)

Korte omschrijving casus:

Man, ex- gedetineerde, heeft vast gezeten in Spanje. Hij is gescheiden en heeft als compenserende omstandigheden twee vrienden en het contact met zijn moeder. Hij komt met veel praktische vragen; hoe kan hij reïntegreren in de samenleving, welke instanties kunnen hem op weg helpen daarbij. Naast zijn praktische en medische vragen speelt het opgelopen trauma uit de tijd dat meneer gevangen heeft gezeten.

Deze intake werd als hamerstuk ingebracht, dat betekende voor deze casus dat er inhoudelijk niet werd gediscussieerd over de te bieden hulpvorm. Naast hamerstukken zijn er ook bespreekstukken, daarbij wordt er op inhoudelijk en op analytisch niveau besproken welke hulp de desbetreffende cliënt gaat krijgen.

Er werd wel gesignaleerd dat er steeds meer cliënten, die voorheen bij de reclassering voor hulp terecht konden, nu bij het AMW hun heil zoeken. Dit heeft wellicht iets te maken met alle ontslagen bij de reclassering.

Aanbod: **IHV**

De hulp bestaat uit een aantal gesprekken. De insteek van de hulpverlening zal praktisch van aard zijn.

Intake 2: (bespreekstuk)

Korte omschrijving casus:

Het aanmeldingsprobleem betreft een relatieprobleem tussen vader en dochter. Tijdens de intake met het hele gezin bleek dat er veel meer aan de hand was. Het systeem blijkt heel ziek te zijn. De huisarts vertelt dat hij al jaren tevergeefs probeert om het systeem in beweging te krijgen, zonder succes.

De huisarts heeft aangeraden om de dochter uit het systeem te halen, om te redden wat er te redden valt, in wezen.

Tijdens de intakevergadering stelt de intaker de vraag wat hij ermee moet. Er wordt een inventarisatie gemaakt bij de aanwezige AMW-ers. Hierbij wordt uitgebreid gesproken over de verschillende mogelijkheden en de te verwachten resultaten erbij. De groep wordt niet genoemd als optie.

De AMW-ers besluiten dat het bieden van **IHV** aan dochter de beste oplossing is. De hulp zal bestaan uit gesprekken met dochter om zo een traject van zelfstandig wonen op te zetten.

Intake 3: (hamerstuk)

Korte omschrijving casus:

Een vrouw meldt zich aan met verwerkingsproblemen. Haar vader is overleden aan kanker en bij haar schoonvader is de diagnose bloedkanker gesteld. Nu is zij erg onzeker over de toekomst en bang om zelf ook ziek te worden (fobisch). Daarnaast spelen er ook communicatieproblemen tussen haar en haar man.

De AMW-er heeft voor de verwerkingsproblematiek **GMW** voorgesteld. Dit wilde de cliënte niet.

Voor de communicatieproblemen wordt een aanbod tot **SGH** gedaan.

Voor de fobische klachten zal de cliënte naar een psycholoog moeten gaan. “Anders is het dweilen met de kraan open” (de fobische klachten spelen door in de relatieproblemen).

De andere AMW-ers geven aan het eens te zijn met deze werkwijze.

Na afloop van de intakevergadering geven de AMW-ers aan dat de huidige opzet van de intakevergadering enigszins is veranderd t.o.v. de oude werkwijze. Nu wordt er gewerkt met hamerstukken en bespreekstukken. Dit om te voorkomen dat er oeverloze inhoudelijke discussies bij de intakes waar toch al duidelijk is wat de richting van de hulpverlening moet zijn. Nu wordt de tijd efficiënter gebruikt voor de intakes waarbij verdere bespreking noodzakelijk is.

Behoeften vanuit het team:

*Het team geeft aan behoefte te hebben aan een geheugensteuntje met betrekking tot **SGH, GMW en IHV**. Iedere werker heeft kennis van de verschillende begeleidingsvormen en van het aanbod aan groepswork, maar dat wil nog wel eens wegzakken. Bijvoorbeeld: een AMW-er heeft een groep voor mensen met assertiviteitsproblemen gedraaid. Hij zal tijdens de intakevergadering eerder denken aan **GMW** als begeleidingsvorm voor een cliënt dan de AMW-er die een jaar geleden voor het laatst een groep heeft gedraaid.*

Intake vergadering: locatie C.

Voor de intakevergadering worden er intakes verdeeld: “hier is de grabbelton” werd erbij gezegd.

Het viel op dat alle aangemelde problemen een intake en aanbod kregen bij het AMW. Ook problemen waarbij er aan een tweedelijns aanbod gedacht zou kunnen worden, zoals angsten en depressies. Verder zijn er opmerkelijk veel hulpvragen van mensen met schulden, of budgetteerproblemen.

Intake 1

Vrouw

Aanmeldingsprobleem is dat haar zoon kanker heeft.

Ze kan er met niemand over praten. Ze wil er graag met haar zoon en man over praten.

Er wordt in de 1^o instantie gedacht aan **IHV** of **SGH**.

Bij **SGH** wordt gedacht om zowel haar man als haar zoon erbij te betrekken. In de gesprekken zal dan aandacht worden besteed aan hoe verschillend mannen en vrouwen omgaan met dit probleem.

Het moet positief gebracht worden en de nadruk moet worden gelegd op het feit dat de man niet hoeft te veranderen. Er moet gezegd worden dat hij het niet voor de hulpverlener doet maar voor zijn vrouw.

Intake 2

Man

Aanmeldingsprobleem is dat deze man een burn-out heeft.

Er wordt al snel besloten dat er een verlengde intake komt, omdat er nog heel veel informatie mist en om verder te onderzoeken wat er aan de hand is.

Intake 3:

Cliënt, alleenwonend heeft schulden.

Het probleem lijkt alleen de schuld te zijn, dit wordt binnen het team besproken.

Aanbod: **IHV**.

Er wordt niet gediscussieerd over de hulpverleningsvorm.

Intake 4:

Een man is verliefd op zijn collega. Hij woont nu op het moment bij zijn vrouw en kinderen. Hij komt vanwege de chaotische situatie. De man is ex psychiatrisch patiënt. Het aanbod is **IHV**.

Er wordt binnen het team aangeraden om in de gaten te houden of het geen psychiatrisch probleem is. Verder is het doel van de hulpverlening: alles op een rijtje zetten en stappen laten nemen.

De vrouw en kinderen blijven "buiten schot". Terwijl het probleem een systeem probleem lijkt.

Intake 5:

Cliënte meldt zich met verschillende problemen: haar middelste kind werd maar niet zindelijk (5 jaar oud). Oude problemen lijken weer op te spelen, haar man is de baas in huis, maar helpt haar nergens bij. Ze is een paar maanden geleden bevallen en wederom geen hulp van de man.

Het doel van de cliënt voor de hulpverlening: dat het beter tussen mij en mijn man gaat.

Aanbod: **IHV**.

De PC-er wist van ons onderzoek. Het is de vraag of dit van invloed was op de vraag die ze stelde over de reden dat de man niet werd uitgenodigd voor een gesprek. De reden was dat de vrouw helder moet krijgen wat ze wil.

Bedplassen van kinderen en niet zindelijk worden kan duiden op een ziek systeem. Het bedplassen kan dan worden gezien als boodschap.

Wat nog opvalt naar aanleiding van de verslagen: het GMW wordt nooit ingevuld als enige behandelingsvorm. Wel wordt er af en toe een groep voorgesteld aan de cliënt, maar die willen vaak in de eerste instantie niet. Soms wordt er een individueel aanbod gedaan met daarna nog een groepsaanbod.

Registratie locatie D:

Er is geen intakevergadering; we krijgen een aantal intakeverslagen ter inzage. Er wordt ons verteld dat er bij materiele problematiek vaak geen uitgebreide, reguliere intake plaatsvindt. Er volgt bij dergelijke problematiek gelijk actie.

Er is geen ISR (instituut sociaal raadslieden) daarvoor in de plaats is het BIA bureau informatie en advies, hier werken vrijwilligers

Er is geen wachtlijst. De problematiek is overwegend materieel of psychiatrisch van aard. Opgegeven reden hiervoor de RIAGG zit helemaal in Hilversum.

Registratie intakevergadering: locatie E:

Intake 1:

Een vrouw meldt zich aan met relatieproblemen. Zij komt uit Iran en hij uit Egypte. Ze hebben een kindje met hartproblemen, de vrouw staat er alleen voor en voelt zich heel erg eenzaam. De man is altijd weg voor zaken.

Tijdens het overleg werd er gesproken over de achtergrond van de vrouw en de man; er schijnt een groot verschil te zijn wat betreft man-vrouw verhoudingen tussen Egypte en Iran. Er blijkt een verlengde intake nodig te zijn, zo beslist het team.

Er is nog informatie nodig over het volgende:

- De communicatie met haar man.
- De precieze hulpvraag en de gezinssamenstelling.
- De periode van het leven van de vrouw die ze in Irak heeft doorgebracht en de vlucht naar Nederland.

Er wordt in het team besloten om een vervolginname te houden en om daarna terug te koppelen in het team wat voor een hulpaanbod er wordt gedaan. Er werd gesproken om de man mee te vragen als het probleem op het communicatieve vlak zou blijken te liggen.

Ook werd een screening als optie genoemd, omdat mevrouw haar probleembeleving nogal materieel ervaart. Ze benoemde geen enkele emotie in haar verhaal.

Al met al werd er heel zorgvuldig gepraat over deze intake. Naast de hulpverleningsvorm werd ook het culturele aspect van het probleem behandeld. Dit is te danken aan het feit dat er een maatschappelijk werker ervaring heeft bij het werken bij een asielzoekerscentrum.

Intake 2:

De aanmelding van deze intake werd gedaan door een vrouw. Ze heeft relatieproblemen met haar man.

De intake wordt aangeboden aan het echtpaar. **SGH**.

Het blijkt dat er heel slecht wordt gecommuniceerd tussen de twee mensen.

Tijdens de vergadering wordt er zowel over het hulpverleningsplan als over de vorm van de hulpverlening gesproken.

Er wordt gekozen om eerst de man alleen wat psycho-educatie te geven. **IHV**

Dan wordt er **SGH** gestart met beide partners. Dit om de vrouw niet het idee te geven dat er een bondje met de man is gevormd. Er zal begonnen worden met het formuleren van een gezamenlijk probleem.

Intake 3:

Er is een vrouw die naar een assertiviteitsgroep (**GMW**) wil bij deze intake. Ze vertelt dat ze eerst **IHV** wil vanwege een conflict op haar werk. Ze is sinds een paar jaar ziek. Ze wordt goed geholpen door haar "lieve" man.

Tijdens de vergadering wordt de intaker bevraagd op die "lieve" man, ook wordt de hulpverlener aangeraden **SGH** toe te passen. Dit in verband met een mogelijk patroon van ziekte winst, collusies en dergelijke. Met andere woorden: houdt die lieve man het probleem niet juist in stand?

Het aanbod wordt **IHV**

De maatschappelijk werker had nog niet gedacht aan **SGH**. Hij laat zich niet uit over de uiteindelijke plannen.

Dit is een voorbeeld van waar het team duidelijk een andere mening heeft dan de hulpverlener. De hulpverlener hoefde geen verantwoording af te leggen en zijn definitieve plannen te melden. Toch werd duidelijk dat er een verschil was tussen de twee genoemden.

Na afloop geeft het team aan dat het betrekkelijk nieuw is qua "bemanning". Dit is de reden, aldus het team, dat er vrij uitgebreid wordt gesproken over de hulpplannen van elkaar. Verder wordt er benadrukt dat de gekozen behandelingsvorm wel moet passen bij de hulpverlener.

*Er wordt uit de school geklapt dat niet alle intakes worden ingebracht in de vergaderingen. Dit komt door de lange wachtlijsten. Op deze manier is er wel meer tijd om de bespreekstukken echt door te spreken.
Er is ook in dit team geen formeel beslismoment geïmpliceerd.*

Registratie intake vergadering locatie F

Intake 1:

De aangemelde cliënten zijn een echtpaar van rond de 50 jaar. (**SGH**)
Ze hebben drie kinderen; twee dochters en een zoon. De zoon van 23 woont sinds enkele maanden weer thuis (stoornis: ADHD) De andere kinderen wonen op zichzelf. Sinds de zoon weer thuis woont, zijn er meningsverschillen tussen meneer en mevrouw over de aanpak van hun zoon. Ze willen samen op een lijn komen en weten wat ze kunnen doen om hun zoon te helpen.

Er wordt verder gewerkt met het echtpaar. Geen van de kinderen wordt bij de gesprekken betrokken. Er wordt dus **SGH** toegepast.

*Er was tijdens de bespreking van de intake geen aandacht voor een groep. (voor bijvoorbeeld ouders van kinderen met psychische problemen)
De drie hulpverleningvormen werden niet systematisch afgewerkt en/ of benoemd.*

Intake 2:

De aangemelde cliënt is een man van rond de 50. Hij heeft net een relatie achter de rug. Voor deze relatie heeft hij zijn leven in Nederland op stop gezet en is naar het buitenland vertrokken. Het ging daar al snel mis. Er waren problemen met de stiefdochter van zijn partner.

De ouders van de cliënt zijn beiden overleden. Met zijn moeder had hij een goede band en hij vindt het moeilijk om haar dood een plek te geven. Daarnaast heeft hij een klein sociaal netwerk, bestaande uit twee goede vrienden. Dit netwerk wil hij weer uitbreiden. De man wil nu hulp om zijn leven weer op orde te krijgen en wil zijn verhaal kwijt kunnen.

Aanbod: **IHV** om de verbroken relatie een plek te geven, om de dood van zijn moeder een plek te geven en om zijn sociale netwerk uit te breiden.

***SGH** en **GMW** komen niet aan de orde tijdens de bespreking. → [home](#)*

BIJLAGE 5. **BEHANDELDE DOSSIERS** →[opzet dossiers](#)

Hieronder volgt een selectie van de bestudeerde dossiers van afgesloten hulpverleningstrajecten. Er is een selectie gemaakt die een representatief beeld geeft van de gevonden informatie bij deze activiteit. Steeds wordt er een korte omschrijving van de casus gegeven, gevolgd door een korte analyse per hulpverleningsvorm. Die analyse dient als aanzet tot discussie, zoals die tijdens de intakevergadering plaats kan gaan vinden. De volgorde van SGH, GMW en dan pas IHV is een bewuste keuze geweest. Hierbij worden de adviezen van de Vries en Bouwkamp (1992) opgevolgd.

1) Cliënte is erg verdrietig en voelt zich erg down na het verliezen van haar vader en een dierbare vriendin.

Doelen van de hulpverlening zijn:

- Dat ze haar gevoelens uit ten aanzien van verliezen
- Ze haar grenzen aangeeft
- De cliënt en haar partner elkaar steun kunnen geven

Activiteiten daarbij zijn een inzichtelijk gesprek en relatiegesprekken.

Hulpverleningsaanbod is **IHV** en eventueel **SGH**.

SGH: Tijdens een rouwproces is het belangrijk dat partners contact houden.

GMW: Er wordt een lotgenotengroep gegeven vanuit Humanitas.

IHV: Er is een bepaalde ruimte nodig, die het mogelijk maakt het eigen verlies te verwerken. Daarbij speelt psycho-educatie over rouw een belangrijke rol.

2) Alleenstaande cliënt heeft schulden. Het doel van de cliënt is dat hij inzicht krijgt in zijn uitgaven en inkomsten en dat hij kan omgaan met geld.

Doel van de hulpverlening:

- Inzicht geven in uitgaven en leren budgetteren.

Activiteit daarbij is budgetteren

De hulpverlening die geboden wordt is **IHV**.

SGH: Voor een verantwoord inkomsten en uitgaven patroon zijn er duidelijke afspraken nodig tussen de systeemleden. Er is geen sprake van een gezinssysteem.

GMW: Er is een cursus omgaan met geld bij het Nibud.

IHV: Bij een individueel aanbod kan een eventueel verborgen probleem aan het licht komen. Het kan zijn dat er een andere oorzaak aan het probleem ten grondslag ligt.

3) Cliënte heeft huisvestingsproblemen wegens bekkeninstabiliteit na haar zwangerschap. Cliënt wil graag een aangepast huis. Zij is alleenstaande ouder.

Doelen van de hulpverlening:

- Advies geven met betrekking tot huisvesting
- Hulp bij het invullen van een urgentieformulier.

De hulpverlening die geboden wordt is **IHV**.

SGH: Er is geen gezinssysteem.

GMW: Er is geen groep voor deze problematiek.

IHV: Cliënte leert de weg naar de instantie, die haar kunnen bieden waar ze recht op heeft. Daarbij is aandacht voor zelfredzaamheid binnen haar sociale netwerk van belang.

4) Cliënte is depressief geworden na het krijgen van een kind dat niet gewild was. Ook heeft ze lichamelijke klachten.

Ze wil graag hulp bij de verwerking hiervan.

Doel van de hulpverlening:

- Is dat ze zich openstelt voor de gevoelens over de jaren achter haar.
- Evenwicht vinden tussen zorg voor zichzelf en voor het gezin
- Zichzelf zijn naar haar man toe en haar gevoelens met hem delen

Activiteiten hierbij zijn:

- Inzichtgevend en steunend gesprek
- Psycho-educatie
- Afscheidsbrief schrijven aan haar vader (vader is overleden, maar ze heeft dit nooit kunnen verwerken)
- Relatiegesprekken gericht op communicatie

Begeleiding: **IHV**.

SGH: Tijdens een rouwproces is het belangrijk dat partners contact houden. Het is belangrijk om te onderzoeken of beide ouders de ongewenstheid van het kind in dezelfde mate ervaren.

GMW: Er worden groepen gegeven, waar het aanbod meerdere raakvlakken heeft met het probleem. Zo is er een communicatietraining voor paren en een rouwgroep. Psycho-educatie krijgt binnen deze groep ook aandacht.

IHV: Het is belangrijk dat de uniciteit van het rouwproces wordt erkend. Hierbij wordt gedacht aan het verlies van de vader. Daarnaast is psycho-educatie belangrijk voor het begrijpen van de psychosomatische klachten.

5) Cliënt meldt zich met het volgende probleem: hij is snel geïrriteerd en boos. Verder vindt hij dat hij niet meer degene is die hij vroeger was.

Het vertrouwen in anderen is weg door een nare gebeurtenis. Die gebeurtenis is een financiële kwestie, waarbij zijn vertrouwen werd geschonden door een vriend.

Doelen van de hulpverlening:

- Zijn gedachten meer los te laten en zich te ontspannen
- Het gebeurde een plekje te geven
- Gevoelens delen met vrouw

Activiteiten hierbij zijn:

- Brochure omgaan met spanningsklachten geven
- Psycho-educatie
- Communicatieve vaardigheden bijbrengen

Begeleiding: **IHV**

SGH: Als de man zichzelf niet meer is, dan heeft dat grote invloed op het systeem. Het probleem wordt daarmee een systeemprobleem. De communicatieve vaardigheden zullen tussen de beide partners moeten ontstaan. De financiële kwestie gaat beide partners aan.

GMW: Er is een groep omgaan met spanningsklachten.

IHV: De psychoeducatie, waarbij leren relativeren een onderwerp van gesprek zal zijn, kan eventueel individueel worden gegeven.

6) Cliënte heeft twee kinderen van 13 en 15 jaar.

Ze is pas gescheiden en ze zoekt nu hulp bij het vinden van nieuw onderdak en bij haar financiën. Verder heeft ze last van een eetstoornis en een burn-out.

Doel van de hulpverlening:

- Herstellen van haar burn-out.
- Bedenken hoe ze haar nieuwe leven vorm wil geven.

Deze cliënte is doorverwezen naar het AZU voor behandeling op de polikliniek psychiatrie voor haar eetstoornis. Tot ze daar terecht kan, heeft ze **IHV** bij het AMW.

SGH: Om te kunnen schatten hoe ernstig de situatie is en om te kunnen beoordelen hoe het met de kinderen gaat, zal het systeem moeten worden gezien. (ervan uitgaande dat moeder de zorgtaak op zich heeft genomen)

GMW: Ons inziens lijkt het erop dat mevrouw niet in staat lijkt om in een groep iets te brengen.

IHV: Het ontwikkelen van een eetstoornis en een burn-out lijkt op vluchtgedrag; het werkelijke probleem (echtscheiding en de gevolgen daarvan) wordt hierdoor wellicht niet gevoeld. Er is voor dit verschijnsel ruimte in de IHV. Daarbij de kanttekening dat deze problematiek op het grensgebied van de mogelijkheden van het AMW ligt.

7) Cliënte wil structuur in haar leven krijgen en zelf haar inkomen regelen (is nu in beheer van haar moeder).

Verder wil ze ook zelfvertrouwen krijgen.

Doelen van de hulpverlening:

- Een stappenplan maken met daarin wat ze wil bereiken qua beheer van inkomen.
- Structuur in haar leven en de hulp van haar moeder.

De cliënt krijgt **IHV met af en toe SGH**: een driegesprek met de moeder van de cliënt. Verder is er ook samenwerking met het RIAGG, waar de cliënt in het verleden contact heeft gehad met een psychiater.

SGH: Om tot een goede regeling te komen met betrekking tot haar financiën zijn er duidelijke afspraken nodig, waarin vast staat wat de cliënt zelf doet en wat niet. Het stappenplan wordt daarmee een traject van alle betrokkenen. Het is duidelijk voor de dochter wanneer ze van iedereen dezelfde dingen hoort. Daarvoor is het nodig dat de moeder, die een belangrijke rol lijkt te spelen, aanwezig is bij de gesprekken.

GMW: Er bestaat een assertiviteitsgroep voor het krijgen van zelfvertrouwen. Daaraan kan worden gedacht mits ze voldoende sociale en ook intellectuele capaciteiten heeft om het niveau van de groep bij te kunnen benen.

IHV: De praktische hulpverlening kan individueel worden gedaan.

8) Cliënte is samenwonend en heeft 1 kind van 12 jaar.

Aanmeldingsproblemen: problemen met werkgever, ziekte van partner(kanker en hartklachten) en financiële problemen. Verder heeft de cliënt last van slaapproblemen. De cliënt wil haar verhaal kwijt kunnen en ze wil adviezen.

Doel van de hulpverlening:

- Zicht op het hoe en waarom van haar emoties.
- Beter om leren gaan met opmerkingen van collega's.
- Cliënt en partner weten hoe ze elkaar steun kunnen geven.
- Cliënt weet hoe ze haar sociale netwerk kan uitbreiden.

Activiteiten in de hulpverlening:

- psycho-educatie
- lichaamsoefeningen
- communicatie oefeningen
- Informatie en advies geven

De geboden hulpverlening: **IHV en SGH**: 6 gesprekken en ongeveer drie ook met partner. Na 1 gesprek met cliënt en partner is de hulp stop gezet. De cliënt vond het niet meer nodig, het ging goed. Er hebben twee gesprekken plaats gevonden met het bedrijfsmaatschappelijk werk en haar werkgever.

SGH: Mits meneer ertoe in staat is, vanwege de ziekte, lijkt inzicht in de gezamenlijke financiële problemen een eerste vereiste. De communicatie over en de beleving van de ziekte van meneer en de problemen rondom het werk van mevrouw zullen een gezamenlijke aanpak kunnen krijgen. Een belangrijk thema hierbij is het geven en nemen. Er zal gewerkt kunnen worden aan een nieuwe balans op dit gebied.

GMW: Als de financiële problemen het hoofd zijn geboden, zou de Sova training voor mevrouw een grote stap kunnen zijn bij de opbouw van een sociaal netwerk. De rol van de hulpverlener wordt kleiner, bevestiging van eenzaamheid van mevrouw blijft uit in de groep.

IHV: De slaapproblemen kunnen individueel worden aangepakt. NB. Het slaapprobleem lijkt eerder een gevolg van de overige problemen dan een hoofdprobleem.

9) Cliënt meldt zich met: verwerkingsproblematiek en communicatieproblemen met partner. Problemen uit de jeugd spelen opnieuw op. Hierover valt niet te praten met de partner, wat weer leidt tot spanningen tussen beide.

Doelen van de hulpverlening:

- Acceptatie van het verleden.

- Partners hebben inzicht in communicatieproblematiek en weten hoe ermee om te gaan.

Aanbod: voor de verwerkingsproblematiek: **IHV**

Voor de communicatieproblemen: **SGH**

SGH: Voor het omgaan met het verleden, dat nu deel van het heden is geworden door de spanningen die het oplevert, is het een systeemprobleem geworden. Leren communiceren is een basis voor een paar om dit en ook andere problemen het hoofd te kunnen bieden.

GMW: Er is een communicatietraining voor paren.

IHV: Het verleden is individueel aan te pakken. Voor de acceptatie ervan is het denkbaar dat er individuele stappen gezet kunnen worden.

10) Cliënt is overspannen, doordat er op zijn werk steeds meer van hem wordt verwacht. Hij woont samen met zijn vriendin. Hij wil leren om zijn grenzen aan te geven, voornamelijk op zijn werk. Zijn vriendin heeft de aanmelding gedaan.

Aanbod: **IHV**

SGH: Deze begeleidingsvorm is geïndiceerd wanneer de problemen op het werk de relatie tussen meneer en mevrouw gaat beïnvloeden.

GMW: Er is een groep voor stress op het werk. Er wordt in deze groep ook met de RET gewerkt.

IHV: Er kan middels deze vorm worden gewerkt aan het leren aangeven van grenzen.

11) Cliënt heeft een moeilijke relatie met zijn dochter van 13. Hij is ook eenzaam. Hij geeft aan vrijwel geen steun vanuit de omgeving te krijgen.

Aanbod: **IHV**.

SGH: Meneer en dochter kunnen in gezamenlijke gesprekken bepalen wat elkaars verwachtingen zijn en wat er belangrijk is in de relatie.

GMW: het risico bestaat dat de maatschappelijk werker door een individueel aanbod te doen de eenzaamheid van de cliënt zou kunnen bevestigen.

Wellicht is GMW meer effectief voor deze cliënt.

IHV: Meneer krijgt wat handvatten om contact te maken met “vreemde” mensen.

12) Cliënt wil leren grenzen aangeven op zijn werk.

Aanbod: **IHV**.

SGH: n.v.t.

GMW: er wordt een groep gegeven die heet: omgaan met stress op je werk

IHV: n.v.t.

13) Cliënte met relatieproblemen. Wil nee leren zeggen. Minder **bang** zijn voor man en voor zichzelf opkomen. Aanbod: **IHV**.

SGH: gezien de angst voor de partner is de SGH niet geïndiceerd. De relatie lijkt niet machtsvrij.

GMW: De assertiviteitsgroep lijkt geïndiceerd.

IHV: De IHV kan worden ingezet om duidelijk te krijgen wat mevrouw wil met haar situatie.

14) Cliënte kampt met de moeizame verwerking van een auto-ongeluk, waarbij haar man hersenletsel heeft opgelopen. Ze heeft huilbuien.

Aanbod: **GMW**

SGH: De man is -afhankelijk van de ernst van het hersenletsel- niet in staat om mee te komen naar de gesprekken.

GMW: er is een groep voor partners van mensen met een niet aangeboren hersenletsel.

IHV: n.v.t.

15) Vrouw meldt zich met relatieproblemen, die worden veroorzaakt door de ziekte van hun enige kind.

Hulpverleningsdoel: er moet een kluwen worden ontward.

Aanbod: **IHV**.

SGH: Relatieproblemen en de gevolgen van een ziek kind zijn van grote invloed op het systeem. Ook voor praktische zaken rondom de ziekte van het kind is het op zijn minst handig wanneer alle betrokkenen aanwezig zijn bij de gesprekken.

GMW: er is geen groep binnen het AMW, wellicht wordt er een groep gegeven vanuit een ziekenhuis voor ouders van zieke kinderen.

IHV: mevrouw leert prioriteiten stellen, om de verschillende problemen niet allemaal tegelijk aan te hoeven kunnen. Ze kan individueel ondersteund worden in deze, voor haar moeilijke periode.

16) Cliënt komt via huisarts met klachten: overspannen, onverwerkte rouw en nieuwe rouw erbovenop. Er wordt thuis niet over het verlies gepraat. De sfeer is geladen en iedereen doet kortaf tegen elkaar.

Aanbod: **IHV**.

SGH: Het systeem biedt geen ruimte om te rouwen. Het probleem van de aangewezen cliënt(overspannenheid) zou geïnterpreteerd kunnen worden als signaal vanuit het systeem dat er geen ruimte is om binnen dit systeem een rouwproces te hebben. Dit is een probleem dat de overspannenheid van meneer overstijgt.

GMW: er wordt een rouwgroep gegeven.

IHV: Begeleiding bij het rouwproces kan zeker verlichting bieden. De overspannenheid kan ook met een IHV worden gekanaliseerd.

17) Cliënte komt met problemen uit jeugd: verkracht, is nu ziek en heeft moeite met de omgang met de ouders. Voelt zich boos en gespannen.

Aanbod: **IHV**

SGH: n.v.t.

GMW: n.v.t.

IHV: n.v.t.

Kanttekening: het probleem lijkt er een van de tweede lijn te zijn. De problematiek lijkt posttraumatisch te zijn; dit valt op de grens van het kunnen van het AMW.

18) Cliënte (17 jaar) heeft broertje zien verongelukken en heeft nu steeds flashbacks. Ze woont thuis bij haar ouders, daar mag er niet over worden gesproken. De ouders verbieden het praten erover, dat zou Allah's wil in twijfel brengen.

Aanbod: **IHV** doel is om zelfstandig te gaan wonen en om te beginnen aan de rouw.

SGH: Voor een systeemgerichte begeleiding is er een zekere motivatie nodig bij ieder gezinslid. Het lijkt erop dat door de culturele betekenis, die aan de dood van het zoontje wordt gegeven de ouders geen behoefte aan hulp hebben.

GMW: Er is een rouwgroep, hierin zal de cliënte ruimte krijgen om over de dood van haar broertje te kunnen praten. De groep zal dit niet bestempelen als de wil van Allah in twijfel brengen. Een risico hierbij is dat de cliënte indirect wordt gedwongen om disloyaal te zijn aan de ideeën van de ouders.

IHV: kan worden ingezet om de praktische zaken(zelfstandig wonen) te initiëren.

Daarnaast kan er psychoeducatie en steun en begeleiding worden aangeboden aan de cliënte.

19) Man zit overwerkt thuis. Kan aanraking van vrouw niet meer verdragen en vindt drukte van zijn zoon (13) onhoudbaar. Man heeft vader, jongere broer en buurman verloren in korte tijd. Heeft suïcidale gedachten.

Aanbod: **IHV** doel: vergroten draagkracht.

Opmerking: het lijkt ons van belang voor het systeem dat er (ook) wordt gesproken met leden van het systeem, aangezien het probleem van de aangewezen cliënt sterke invloed hebben op de overige gezinsleden.

SGH: De afkeer die meneer heeft van vrouw en zoon maken het probleem een systeemprobleem. De zoon en vrouw zullen op de hoogte moeten worden gebracht van de toestand waarin de vader verkeert. Om als systeem de problemen te kunnen hanteren.

GMW: Suïcidale gedachten of neigingen zijn een contra-indicatie voor het GMW.

IHV: Het verlies dat de man heeft geleden zal verwerkt moeten worden. Als het niet gebeurt, komen er allerlei andere problemen bij, zoals nu al het geval is met de suïcidale gevoelens en de afkeer van vrouw en zoon.

20) Cliënt met arbeidsconflict. Daarnaast is de relatie met zijn vriendin verbroken; hij wil geen kinderen zij wel. Hij voelt zich depressief.

Aanbod: **IHV** met als doel assertief worden.

SGH: Het systeem is gebroken. Tenzij beide partijen bereid zijn om opnieuw aan de relatie te willen werken is er geen aanleiding om een systeemaanbod te doen.

GMW: er zijn groepen(GMW) voor stress op het werk en voor assertiviteit. Als meneer eenzaam zal zijn dan is de groep een pre.

IHV: Als meneer niet geschikt lijkt te zijn om (bijvoorbeeld vanwege zijn depressieve gevoelens) in een groep mee te draaien dan kan er aan de problemen op individuele basis worden gewerkt. → [home](#)

BIJLAGE 6.
INTERVIEWS MET DOCENTEN →[opzet interviews](#)

Docent A:

Semi-gestructureerd interview.

Hoofdvragen:

- Welke literatuur kunt u ons aanraden met betrekking tot SGH, GMW en IHV?
- Wat ziet u als aandachtspunten met betrekking tot SGH, GMW en IHV?

De hoofdvragen hebben aanleiding gegeven tot het stellen van verdere vragen.

De conclusies:

Voor het AMW is er weinig geschreven over indicaties en contra-indicaties op het gebied van de verschillende begeleidingsvormen. De beschikbare literatuur voor het maatschappelijk werk richt zich voornamelijk op de uitvoering van het werk en niet op de methodologische achtergronden en (contra) indicaties van de begeleidingsvorm.

Literatuur voor IHV:

‘Psychosociale hulpverlening in het maatschappelijk werk’ van Sjef de Vries en Roel Bouwkamp

Literatuur voor SGH:

Gedragsverandering in gezinnen’ van Alfred Lange

Literatuur voor GMW:

‘Groepswerk in het maatschappelijk werk’ van Nora van Riet

T.a.v. SGH:

Opvoedingsproblemen, problemen rond echtscheiding/partnerproblematiek zijn volgens de docent duidelijk onderwerpen die volgens de SGH behandeld kunnen worden. Het gaat om problematieken die invloed hebben op het hele systeem en waar medewerking van alle leden van dat systeem nodig is om verandering te bewerkstelligen. Bij opvoedingsvragen moet je je wel afvragen tot welke leeftijd je de ouders erbij betrekt (volgens de docent tot zo’n 15-16 jaar).

T.a.v. GMW:

Criteria waar cliënten aan moeten voldoen om in een groep mee te kunnen draaien:

- Cliënten moeten in staat zijn om te luisteren naar de verhalen van anderen.
- Cliënten moeten afstand kunnen nemen van verhalen van anderen.
- Cliënten moeten assertief genoeg zijn om een eigen plek in de groep te verwerven.
- Geen verslavingsproblematiek.

- Cliënten moeten gemotiveerd zijn; hij/zij moet een contract met de begeleiders en groepsleden aan kunnen gaan.
- Cliënten moeten problemen kunnen relativeren en over een dosis humor beschikken en dit aan kunnen horen.

Traumaverwerking kan in een groep plaatsvinden. Het is van belang om naast GMW ook SGH aan te bieden (om bijvoorbeeld de partner te informeren wat er binnen de groep gebeurt en wat de effecten hiervan kunnen zijn)

Je moet eerst bepalen of een cliënt in een groep past, daarna kijken of de cliënt geschikt is voor een bepaalde groep (qua samenstelling)

Tijdens een intake: eerst kijken of SGH nodig is, dan mogelijkheden voor GMW. Geen van beide opties mogelijk dan IHV.

IHV is dus een rest groep waar veel problematieken aan bod komen.

Docent B:

Semi-gestructureerd interview.

Hoofdvragen:

- Welke literatuur kunt u ons aanraden met betrekking tot SGH, GMW en IHV?
- Wat ziet u als aandachtspunten met betrekking tot SGH, GMW en IHV?

De hoofdvragen hebben aanleiding gegeven tot het stellen van verdere vragen.

De conclusies:

Literatuur voor SGH:

- 'Gedragsverandering in gezinnen' van Alfred Lange (in het bijzonder blz. 152 voor(contra-)indicaties)
- 'Psychosociale hulpverlening in het maatschappelijk werk' van Sjef de Vries en Roel Bouwkamp.

Literatuur voor GMW:

- 'De methodiek van de ondersteuningsgroep' van Pim Cuijpers en Herman Reesink
- 'Groepswork in het maatschappelijk werk' van Nora van Riet

T.a.v. IHV:

Het voordeel van IHV is dat de maatschappelijk werker zijn volledige aandacht aan 1 cliënt kan besteden. Hier hebben veel cliënten een enorme behoefte aan.

T.a.v. SGH:

Volgens de docent zijn er maar weinig maatschappelijk werkers die het systeem uitnodigen bij een intake. De technieken uit de SGH worden wel toegepast, maar dan binnen IHV (bijvoorbeeld in de vorm van huiswerkopdrachten). Als een hulpverlener SGH wil toepassen, zou eigenlijk de gehele instelling systeemgericht moeten werken. Anders bestaat het gevaar dat de intaker een individuele intake houdt en de hulpverlening zich vervolgens toch op het hele systeem zal richten.

Binnen de SGH zijn er meerdere invullingen mogelijk;

Maatschappelijk werker A nodigt bij de intake het hele systeem uit.

Maatschappelijk werker B heeft bijvoorbeeld eerst een gesprek met moeder, dan met vader, dan met het kind en vervolgens met iedereen.

Het toepassen van SGH kost de maatschappelijk werker meer energie dan het toepassen van IHV. Het zou een van de redenen kunnen zijn dat hulpverleners sneller geneigd zijn om voor het toepassen van IHV te kiezen. Daarnaast hebben ook de cultuur van de instelling en de eigen werkwijze van de maatschappelijk werker zijn invloed op deze keuze.

T.a.v. GMW:

Veel maatschappelijk werkers weten niet precies wat er in een groep gebeurt (de groepsdynamische aspecten). Als hier weinig tot geen kennis van aanwezig is, is het niet verstandig om een groep te gaan draaien.

Het GMW moet je ook wel liggen. Je moet cliënten gemotiveerd zien te krijgen voor een groep en als je dat zelf al niet bent, hoe wil je je cliënten dan enthousiast maken.

Als een maatschappelijk werker GMW wil toepassen is een vereiste dat hij weet welke groepen er allemaal binnen de regio draaien, zodat hij het aanbod kent.

De zwaarte van de problematiek bepaalt welk soort groep het meest geschikt is voor een cliënt. Dus heeft de cliënt een ondersteuningsgroep nodig (preventief) of een therapiegroep (curatief).

Er dient ook rekening te worden gehouden met leeftijdsnormen en er moet een gedeelde problematiek aanwezig zijn.

Als bij een intake al duidelijk is dat bijvoorbeeld drie gesprekken volstaan voor een cliënt, dan is GMW zeker niet op zijn plaats.

Sommige groepen zijn moeilijk samen te stellen, omdat er te weinig cliënten zijn met dezelfde problematiek. Deze cliënten krijgen dan vaak IHV terwijl GMW beter op z'n plaats is. [→ home](#)

BIJLAGE 7.

LITERATUURSTUDIE → [opzet literatuurstudie](#)

Enkele vuistregels voor SGH:

Een systeem (bijv. gezin) bestaat uit verschillende subsystemen (bijv. vader-moeder of moeder-dochter). Bij SGH kan het zijn dat soms niet het hele systeem, maar een sub-systeem wordt uitgenodigd voor een gesprek.

Uitzonderingen op de regel ‘eerste gesprek=gezinsgesprek’:

- a) **Kinderen zijn niet op de hoogte** Een ouder meldt zich aan wegens problemen met de partner, en de kinderen zijn van deze problemen niet op de hoogte. In dergelijke gevallen is het verstandig zonder de kinderen te beginnen, met een gesprek met het echtpaar. Zijn de kinderen wel op de hoogte (en zijn zij ouder dan 10 jaar, zodat zij ook informatie kunnen geven), dan is het beter de ouders te adviseren de kinderen voor het eerste gesprek wel mee te nemen. De kans is immers groot dat de kinderen niet alleen weten wat er aan de hand is, maar ook partij zijn.
- b) **De leeftijd van de kinderen** Het heeft weinig zin om jonge kinderen (onder de 10 jaar) uit te nodigen als het gaat om relatieproblemen tussen ouders. Zulke jonge kinderen kunnen meestal weinig informatie geven over de verhouding tussen hun ouders en ook voor de ouders is het niet plezierig hen erbij te betrekken. Gaat het echter om problemen met een kind, dan is het van belang dat ook kleine kinderen bij het eerste gesprek aanwezig zijn, zodat de hulpverlener kan zien hoe er met alle kinderen (ongeacht hun leeftijd) wordt omgegaan.
- c) **Een geheim** Een gezinslid meldt zich aan met de mededeling dat hij de hulpverlener wil spreken over iets wat geheim is, De anderen, of sommige anderen weten er niets van. Het ligt dan niet op de weg van de hulpverlener om aan de telefoon of in een baliegesprek te beslissen dat het goed zou zijn dat hij dit geheim met zijn gezinsleden zou delen.
- d) **De adolescent die zich losmaakt** Een variant op het hierboven beschrevene levert de adolescent die behandeling zoekt en zijn ouders niet in vertrouwen wil nemen, hoewel zij wel (enigszins) op de hoogte zijn. Gezinsgesprekken mogen in dit soort situaties weliswaar vaak zinvol zijn om een verantwoord losmakingproces te initiëren, niettemin geldt ook hier dat de hulpverlener daar in het aanmeldingsgesprek niet toe kan beslissen. Hij kan dan beter de mogelijkheden hiertoe exploreren in één of meer gesprekken met alleen de adolescent.
- e) **Weigerende ouders** Een adolescent meldt zich aan en één of beide ouders weigeren pertinent, ook na telefonisch overleg met de hulpverlener, mee te komen. In zo’n geval heeft het kind uiteraard recht op behandeling, waarbij het mogelijk is diegenen erbij te betrekken die wel willen komen.
- f) **Crisis** Iemand die wordt aangemeld tijdens een crisis die onmiddellijk handelen nodig maakt (bijv. psychose, suicidaliteit) en het is niet mogelijk de gezinsleden snel te mobiliseren. (A. Lange 2000)

Indicaties:

- De leden van een systeem of de partners melden zich gezamenlijk aan bij de hulpverlening met relationele problemen;
- De cliënt wil de partner of andere leden van het systeem betrekken bij de oplossing van het probleem;
- Het probleem is ontstaan binnen de relatie of het familiesysteem en andere leden ondervinden daarvan ook de gevolgen;
- Het probleem kan het beste opgelost worden als ook de andere leden bijdragen aan een oplossing;
- De wens voor verandering en motivatie voor hulpverlening is behalve bij de individuele cliënt ook bij andere leden van het systeem aanwezig;
- Het systeem is bereid en geeft te kennen de cliënt te ondersteunen bij oplossing van het probleem;
- Alle leden van het systeem accepteren ondersteuning of hulp hierbij.

Contra-indicaties:

- Als er sprake is van grote machtsverschillen die niet worden onderkend;
- Als er sprake is van machtsmisbruik of (dreiging) van geweld;
- Een of meer leden van een systeem zich bedreigd voelen, mishandeld of misbruikt worden en hun veiligheid in het geding is.

(N. van Oosten & I. van der Vlugt, 2002)

- Als de aangemelde cliënt geen aanwijsbare sociale context heeft
- Bij problemen met autistische kinderen
- Bij problemen met schizofrenie
- Wanneer gezinnen niet uit vrije wil komen (bijv. op bevel van de kinderrechter)
- Wanneer één of meerdere gezinsleden elders in intensieve individuele psychotherapie zijn

Niet elke individuele behandeling is een contra-indicatie voor het voeren van gezins- en of relatiegesprekken. Een combinatie is soms wel mogelijk wanneer 1 van de gezinsleden (bijv. één van de partners) door een collega wordt geholpen met bepaalde problemen die in de gezinsgesprekken niet aan bod komen. Van geval tot geval zal bekeken moeten worden of het zin heeft de behandelingen gelijktijdig uit te voeren. Tijdens de behandelingen moet er voldoende aandacht zijn voor de wederzijdse afstemming. De meeste kans van slagen heeft een dergelijke constructie wanneer de collega's elkaar kennen, wanneer zij enigszins gelijke (therapeutische) werkwijzen hanteren en met elkaar kunnen overleggen. (A. Lange 2000)

Uit onderzoek is gebleken dat SGH effectiever werkt bij LSES groeperingen dan IHV, als aan de volgende voorwaarden voldaan wordt:

- Actief contact maken i.p.v. het vooraf eisen van motivatie
- Praktische hulp en ondersteuning bij het krijgen van de benodigde middelen en diensten als blijk van echte zorg
- Andere vormen van actieve betrokkenheid vooral in het begin van het contact
- Beperkte doelen toegesneden op de wensen van het gezin

Nadruk op positieve mogelijkheden.

Enkele vuistregels voor GMW:

Indicaties:

- Het regelmatig signaleren van eenzelfde klacht, vraag of thema vormt een verwijzingsgrond om een groep te starten.
- Wanneer er sprake is van gedeelde belangen bij de hulpvragers waarbij eerdergenoemde solidariseren, collectivisering en bundeling van hulpvragen de potentiële kracht van de deelnemers kunnen vergroten.
- Wanneer een hulpvrager zegt behoefte te hebben aan ontmoetingen met lotgenoten, bijvoorbeeld in verband met (h)erkenning; met andere woorden: wanneer de hulpvrager naar een groep vraagt of daarover spreekt.
- Als de hulpvrager de problematiek als zeer individueel beleeft of de problematiek een te sterk isolerende werking heeft uitgeoefend; met andere woorden; wanneer het belangrijk is de problematiek in een bredere context te plaatsen.
- Wanneer het voor de hulpvrager heilzaam is om niet (opnieuw) in een cliënt/patiëntrol geplaatst te worden of te blijven; met andere woorden: wanneer een meer gelijkwaardige positie gewenst is of het doel is de hulpvrager op meer aan te spreken dan zijn cliënt zijn (bijv. zijn hulpmogelijkheden, zijn steun aan de ander).
- Als het belangrijk is dat de hulpvrager leerervaringen in contacten met andere opdoet, door middel van identificatie, imitatie, feedback, informatie, interactie, experimenten, zelfinzicht vergroten. Dit geldt zeker als dergelijke leerervaringen niet of te weinig in een individuele of gezinsgerichte benadering tot stand kunnen worden gebracht.
- Wanneer veelvuldig dezelfde informatie overgedragen moet worden.
- Bij leeftijdsgebonden vragen/problemen, bijvoorbeeld vragen rond ouder wordende ouders.
- Vragen die om een seksspecifieke benadering vragen zoals bij incestslachtoffers.
- Vragen die betrekking hebben op een specifieke doelgroep, bijvoorbeeld ouders van kinderen met autisme, Downsyndroom, ADHD.
- Bij vragen die specifiek zijn voor een bepaalde maatschappelijke klasse, bijvoorbeeld groepen rond de positie van bewoners in een achterstandswijk of groepen voor vrouwen in de bijstand.
- Wanneer een groep betekenis kan hebben voor (de uitbreiding van) het sociale netwerk, het gevoel ergens bij te horen.

- Wanneer de groep betekenis kan hebben voor de uitbreiding van het referentiekader van de hulpvrager, met andere woorden als het belangrijk is dat de cliënt meerdere visies, opvattingen, andere reacties op problemen, adviezen, oplossingen enzovoort op het spoor kan komen. Zijn denkkader wordt door de groep verbreed en dit kan een meerwaarde hebben boven individueel werken.
- Wanneer de hulpvrager zich te afhankelijk opstelt ten opzichte van de professionele hulpverlening; in een groep is de afhankelijkheid van de hulpverlener immers veel meer gespreid.
- Wanneer de hulpvrager een exclusieve rol als hulpvrager (continu) afwijst. Blijkbaar wil de hulpvrager dan op een andere rol worden aangesproken.
- Wanneer een directe persoonlijke benadering voor de hulpvrager te bedreigend is. Groepen kunnen een zekere mate van anonimiteit hebben, die cliënten kunnen prefereren boven een direct contact met een hulpverlener, bij wie ze in de rol van cliënt komen.

Contra-indicaties:

- Wanneer de hulpvrager niet aansluit bij de doelgroep en de doelstelling van de groep en/of de instelling.
- Wanneer de hulpvrager zodanig op zichzelf gericht is dat er geen contact, interactie of verbinding met groepsleden kan worden aangegaan, bijvoorbeeld in geval van sterk egocentrische. Dit speelt ook een rol wanneer de hulpvrager alleen maar naar de groep komt om iets te “halen” en zelf weinig ondersteuning en contact biedt.
- Wanneer de hulpvrager een individuele of exclusieve relatie met de hulpverlener nodig heeft.
- Wanneer de hulpvrager de individuele relatie met hulpverlener als werkzaam principe nodig heeft.
- Wanneer de hulpvrager de onverdeelde aandacht van de hulpverlener nodig heeft.
- Wanneer de hulpvrager dermate verward is dat de groep teveel extra prikkels oplevert.
- Wanneer de hulpvrager sterk beïnvloedt wordt door andere problemen.
- Wanneer de hulpvrager verslaafd is aan alcohol en/of drugs (N.B. in de context van verslavingszorg mogelijk wel).
- Wanneer de hulpvrager last heeft van bepaalde fysieke aandoeningen die de groepsinteractie belemmeren.
- Wanneer de cliënt geen verwachting of doelstelling kan formuleren.
- Wanneer de cliënt zich suïcidaal uit of het vermoeden bestaat dat de cliënt suïcidaal is.
- Wanneer de cliënt een lopend contact heeft met een hulpverlener in de GGZ. In dit geval kan de cliënt voor de keus gezet worden dit contact tijdelijk op te schorten. Natuurlijk dient hierbij wel onderzocht te worden voor welk probleem iemand begeleid wordt.

(W. Goossens, 2001)

Vaak voorkomende thema's:

- Ondersteuningsgroepen voor ouderen (ouderen van 55+ de gelegenheid bieden hun ervaringen rondom het ouder worden en andere belangrijke ervaringen met leeftijdsgenoten uit te wisselen)
- Ondersteuningsgroepen voor kinderen van ouders met psychiatrische problemen
- Gespreksgroepen voor mensen met kanker en hun naasten
- Ondersteuningsgroep voor nabestaanden na zelfdoding
- Ondersteuningsgroep voor familieleden van dementerende ouderen
- Ondersteuningsgroep voor Turkse en Marokkaanse vrouwen met spanningsklachten

(P. Cuijpers & H. Reesink, 1993)

Enkele vuistregels voor IHV:

- Individuele behandeling dient een uitzondering te zijn. Het mag alleen worden toegepast als het werkelijk niet anders kan.
- Individuele behandeling dient een kortdurende behandeling te zijn.
- Zeker voor alleenstaande cliënten wordt de behandelingsrelatie een belangrijke relatie. Om dit te vermijden kan men de cliënt naar een groep verwijzen, waar de relaties onderling wat meer natuurlijker zijn.
- Het doel van de individuele behandeling is het zo vlug mogelijk verbeteren van de bestaande relaties.
- Individuele therapie dient gericht te zijn op het actief verwerven van nieuwe ervaringen.
- De relatie tussen de cliënt en de hulpverlener dient persoonlijk te zijn en de hulpverlener dient daartoe initiatief te nemen.
- Individuele hulpverlening kan het beste worden opgevat als een vorm van relationele hulp.

(S. de Vries & R. Bouwkamp 1992) → [home](#)

BIJLAGE 8.
CONTRACT VERKLARING GEHEIMHOUDING → [home](#)