

Waarom zijn MW-ers zo effectief?

Het MW staat op de tocht. Het is een tijd waarin het MW zich moet positioneren en verkopen, waarin het moeten laten zien dat het effectief is en waarom dat zo is. Aan de hand van onderzoeksgegevens betreffende het MW zal in dit artikel duidelijk gemaakt worden dat 1) het MW een effectieve werksoort is die naar grote tevredenheid van zijn cliënten werkt en zijn doelen waarmaakt en 2) waarom dat zo is.

DOOR SJEF DE VRIES

Uitgangspunten van de MW-methodiek

Het is onmogelijk om dé AMW methodiek te beschrijven. Vijf en twintig jaar methodiekontwikkeling voor en training van MW-ers hebben mij het volgende beeld gegeven van een aantal algemene kenmerken die MW-ers in hun dagelijkse praktijk van hulpverleners wezenlijk vinden (uiteraard zijn er nog meer technische aspecten te noemen):

- MW-ers stellen de mens centraal, niet zozeer zijn problematiek of psychopathologie. Zij gaan uit van een humanistische visie waarin menselijk gedrag begrepen wordt vanuit het gezichtspunt van het individu in zijn context. Zij ervaren deze visie vaak tegenstrijdig aan het meer technisch, rationele, medische model gangbaar in de psychotherapie.
- MW-ers stellen de relatie met de cliënt centraal. Zij streven naar een gelijkwaardige, van mens tot mens relatie. Het "er zijn voor de cliënt" ervaren zij als een van de meest wezenlijke bijdragen van hun hulp. Daarbij gaan zij er niet vanuit dat die relatie ook noodzakelijkerwijs verandering teweeg brengt, maar dat de cliënt daaruit begrip, steun, vertrouwen en moed krijgt om verder te gaan.

- MW-ers vinden het belangrijk zo dicht mogelijk bij de cliënt te staan. Het is niet alleen "er zijn voor de cliënt", maar ook "er zijn met de cliënt". Starten waar de cliënt is, uitgaan van zijn referentiekader, van zijn krachten en mogelijkheden en gezamenlijk de doelen formuleren zijn belangrijke richtlijnen in hun werk.
- Empowerment staat centraal: het voortbouwen op en versterken van de eigen mogelijkheden van de cliënt en zijn context om te veranderen.

Men zou dit de centrale waarden van de MW ¹⁾ hulpverlening kunnen noemen. Deze liggen diep verankerd in de werkers, hun opleiding en de hulpverlening zelf. Deze waarden beschouw ik als een adequaat antwoord op de hulpvragen van de doelgroep, ontwikkeld in de afgelopen honderd jaar.

Hoe effectief is het (A)MW?

De vraag is nu is het werken met deze uitgangspunten effectief? Een eerste aanwijzing vinden we in het onderzoek naar de tevredenheid van de cliënten. Flikweert en Melief (2000) geven een overzicht van 22 onderzoeken tussen 1980-1999

Noot

1. Veel van de onderzoeksgegevens in dit artikel komen uit het AMW. Ik heb echter sterke vermoedens dat zij ook gelden voor andere sectoren van het MW zoals bijvoorbeeld bedrijfs- school- medisch MW.

naar tevredenheid over het AMW. Zij kwamen tot een aantal conclusies. Het AMW wordt hoog gewaardeerd door zijn cliënten, variërend van 71%-91%. In vergelijking met andere zorginstanties (huisarts, Riagg) bleek de tevredenheid met het MW het hoogst. Het groot opgezette Nivel onderzoek vond zelfs 96% tevreden cliënten. (Friele, Verhaak 1992) De latere Sater²⁾ onderzoeken (2001-2002) bevestigden nogmaals dit beeld. Zo'n grote mate van tevredenheid is op zijn minst opvallend te noemen bij een doelgroep die zich kenmerkt door een grote diversiteit aan psychosociale, psychiatrische en materiele problemen. Waarbij men zich ook moet realiseren dat het AMW niet alleen een eerstelijns voorziening is, maar ook vaak als laatste lijn functioneert voor hen die nergens anders geholpen kunnen worden.

Tevredenheid zegt wel veel maar niet alles over de hulpverlening, zij moet ook nog resultaat opleveren. In de Sater onderzoeken geeft 88% van de cliënten aan dat de hulp voldoende resultaat heeft gehad, 12% vindt van niet. Wanneer we de drop-outs (20%) meetellen dan blijkt dat 2/3 van de cliënten voldoende resultaat te bereiken. Deze cijfers zijn vergelijkbaar met de uitkomsten van psychotherapie. (Orlinsky e.a. 2004)

De baten die de cliënten hebben ondervonden zijn (Flikweert, Melief 2000 pag. 40):

1. Ondersteuning en opvang; een combinatie van emotionele steun en de dingen op een rijtje krijgen.
2. Gedragveranderingen in de psychosociale sfeer: hier gaat het om het leren van vaardigheden voor alternatief gedrag, het verbeteren van contacten en het leren omgaan met problemen.
3. Concrete dienstverlening: het krijgen van informatie, hulp bij toegang tot instanties en belangenbehartiging.
4. Het leren accepteren van en leven met een problematische situatie.

De baten van de hulpverlening strekken zich niet alleen uit tot het verbeteren van de negatieve persoonlijke gevolgen van de problemen, maar ook tot de gevolgen voor de omgeving. Daarbij werden met name verbeterde gezins- en sociale relaties, verminderd isolement, en weer aan het werk gegaan of beter functioneren op het werk genoemd. Dit heeft volgens de onderzoekers onder andere tot gevolg dat sociale integratie en participatie en sociale cohesie bevorderd wordt. Het vermindert het beroep op uitkeringen en voorzieningen en men wordt minder afhankelijk van hulp. Het voorkomt verder achterstandsproblematiek en het gebruik van duurdere gespecialiseerde hulpverlening. De onderzoekers concluderen dat het AMW met deze resultaten op cliëntniveau een bijdrage leveren aan de realisering van de sociaal-politieke en sociaal-economische doelstellingen van de overheid op gemeentelijk en landelijk niveau (s'Jacobs e.a. 1997).

Noot

2. Sater is een onderzoeksprogramma van het Verwey-Jonker instituut naar de ervaren baten en tevredenheid van de cliënten van het AMW. Er is onderzoek gedaan bij zes grote instellingen met een mix van plattelands, klein stedelijk en groot stedelijke instellingen. Daardoor geven de gegevens uit het programma verkregen een redelijk representatief beeld van het AMW.

In de onderzoeksliteratuur wordt ervan uitgegaan dat als cliënten zelf oordelen over hun veranderingen dat een vertekend beeld geeft van de werkelijke verandering. Dat dat niet altijd waar hoeft te zijn bleek uit het Nivel onderzoek. Daar bleken de oordelen van de cliënten en de hulpverleners over de vooruitgang significant overeen te komen met de objectief gemeten vooruitgang. Het Nivel onderzoek onderzocht de effecten van de AMW hulp met behulp van betrouwbare en gevalideerde screeningslijsten die de aanwezigheid van welzijn, psychopathologie, etcetera meten. De MW cliënten bleken op alle scores statistisch significant lager te scoren dan bij aanvang van de hulpverlening. Dat wil zeggen dat er significante verbeteringen opgetreden waren, niet alleen in hun algemeen welbevinden, maar ook in psychiatrische problematieken als pleinvrees, angststoornissen, depressies, somatiek, insufficiëntie, hostiliteit. Deze klinisch relevante verbeteringen zijn een meer dan opvallend resultaat voor een generalistische werksoort die niet werkt met specifieke methodieken voor specifieke problemen. Opmerkelijk in het Nivel onderzoek was dat zowel de tevredenheid als het resultaat bij cliënten met een materiele hulpvraag minder was. Een ander opmerkelijk gegeven in het Nivel onderzoek was dat het MW op bijna alle onderzochte factoren hoger scoorde dan het RIAGG.

In een recente reeks onderzoeken (Sater) werd geconcludeerd dat hoewel 'opgeloste problemen' een belangrijke categorie was van de baat die cliënten ondervonden (34%) de belangrijkste categorie 'leerervaringen' (74%) betrof: het leren van vaardigheden in het accepteren van of omgaan met de problemen. Dit vergroten van de competenties werd geïnterpreteerd als empowerment van de cliënt, een expliciet doel van het MW. Blijkbaar maakt het MW zijn vooropgestelde doelen voor een groot deel ook waar. De conclusie kan niet anders zijn dan dat het MW een effectieve werksoort is die naar grote tevredenheid van zijn cliënten werkt. Dat is ook de conclusie van vijf van de zes Sater onderzoeken waarin zo weinig kritische geluiden naar voren kwamen dat de onderzoekers concludeerden *dat het AMW, wat de cliënten betreft door moet gaan zoals het bezig is.*

Waarom zijn MW-ers effectief ?

Orlinsky e.a. (2004) maakte een analyse van 3000 op research-technische relevantie geselecteerde onderzoeksgegevens gedurende meer dan 50 jaar onderzoek naar wat het effect van de therapie bepaalt. Zij kwamen tot de volgende conclusies.

- Effectieve hulpverlening is niet afhankelijk van de setting. Zowel in groeps-, individuele-, gezins- als echtpaartherapie kan de hulp effectief zijn.
- Dat geldt ook voor langdurige of kortdurende therapieën.
- Met uitzondering van zware, psychiatrische problematieken wordt het effect van de hulpverlening niet bepaald door het probleem of de diagnose, maar door de mogelijkheden van de cliënt.

- De professionele discipline (psycholoog, psychiater, maatschappelijk werker) is van zeer geringe invloed op het effect. (MW-ers doen het soms beter in de ogen van cliënten).
- Er is geen effect van ervaring, supervisie en training op de uitkomst van de hulp.
- De invloed van de diverse therapiescholen of theoretische oriëntaties op het effect van de hulp is te verwaarlozen.
- De invloed van specifieke technieken voor specifieke problemen is, met uitzondering van zware, langdurige problemen te verwaarlozen
- De claim dat werken met *Evidence Based Practices* meer resultaat oplevert in de dagelijkse praktijk is niet bewezen.
- Wat voornamelijk werkt zijn de zogenaamde *Common Factors*: de gemeenschappelijke factoren die werkzaam zijn in alle vormen van hulpverlening. Therapeutische technieken zijn niet meer dan een aanvulling daarop.

Dat het de Common factors zijn die, bijna exclusief, verantwoordelijk zijn voor het effect van de hulpverlening werd door Wampold (2001) in een systematisch en grondige statistische analyse bevestigd.

Voor het MW betekent dit o.a. dat het niet meer interessant is om te onderzoeken of te discussiëren over welke methode beter is. Of het nu het MMMW, de oplossingsgerichte, de ervaringsgerichte, de taakgerichte etc. methodiek is, ze kunnen allen even effectief zijn.

Het is namelijk niet wat hen onderscheidt, de interventies specifiek voor de methode, maar wat ze delen, de Common factors dat het effect van de hulp bepaalt.

De Common factors

De MW-methodieken kenmerken zich door hun generalistische, a-technische karakter. Zij steunen voornamelijk op een goede werkrelatie, aansluiten bij de wensen, doelen en mogelijkheden van de cliënt en het toewerken naar gedragsveranderingen, waarbij het herstellen van relaties en het leren hanteren van de problemen centraal staan. Dat wil zeggen dat MW-ers voornamelijk werken met de Common Factors.

Het onderzoek naar de common factors is nieuw. Dat ze bestaan en in veel groter mate (ongeveer 70%) dan methodieken (ongeveer 10%) het resultaat van de hulpverlening bepalen (Lambert 1992; Wampold 2001) is duidelijk, maar welke factoren het precies zijn en hoe groot hun invloed is, is minder duidelijk.

Hoewel ze hier genoemd worden in volgorde van belangrijkheid is de precieze mate van invloed moeilijker te bepalen, verschillende onderzoekers komen tot verschillende percentages. Ik zal hieronder het laagst en het hoogst gevonden percentage bij elke factor weergeven, tegelijk met wat onderzoek in het MW heeft duidelijk gemaakt over hoe MW-ers deze factoren hanteren.

Cliëntfactoren

(40% - 87%) (Lambert (1992), Wampold 2001)

Ruw geschat zal ongeveer 90% van de literatuur over de therapeut en diagnosen en methoden gaan. Ofwel; de cliënt ontbreekt. Als er iets duidelijk geworden is na 50 jaar onderzoek is dat het de cliënt is die het effect van de hulp voor het grootste deel bepaalt. Het is zijn actieve deelname die beslissend is en de beste indicator voor het effect van de hulp. Niet de hulpverlener, niet de technieken en modellen maar *de cliënt maakt dat therapie werkt*. Het is de taak van de therapeut om zijn bijdrage zo toe te snijden op de individuele cliënt dat deze zo effectief mogelijk gebruik kan maken van wat hulpverlening te bieden heeft.

Onderzoeksgegevens met betrekking tot het MW

De grote tevredenheid van cliënten en het effect van de hulpverlening geven al een goede indicatie dat MW-ers goed weten aan te sluiten bij hun cliënten.

In de onderzoeksliteratuur is een aantal andere aanwijzingen te vinden die een indruk geven of MW-ers aansluiten bij de cliënt. Voor 94% van de cliënten blijkt het AMW de hulp te geven die zij nodig hadden. Bijna alle cliënten (98%) waardeerden het dat zij als mens behandeld worden. (s'Jacobs e.a. 1997). Uit het Nivel onderzoek is een aantal conclusies te trekken. Op de vraag of de cliënten de soort hulp hadden ontvangen waarop ze gehoopt hadden antwoordden 41% in het algemeen wel en 50% zeker wel. Op de vraag of de hulpverlening aan hun wensen had voldaan antwoordden 50% aan de meeste van mijn wensen en 35% aan bijna alle wensen. Terecht concludeerden de onderzoekers dat de AMW-ers er in het algemeen goed in slagen aan te sluiten bij de hulpvraag van de cliënt, ook al vertaalt de hulpverlener deze hulpvraag anders; er was een grote overeenkomst tussen de initiële hulpvraag en de door de hulpverlener vertaalde hulpvraag. (dit gold niet altijd voor materiele hulpvragen!). Ook met betrekking tot het aantal gesprekken oordeelt ongeveer 90% van de cliënten dat die precies goed was (dat gold niet in een instelling waar het vijf gesprekken model gehanteerd werd daar was 13% van de cliënten van oordeel dat ze te weinig gesprekken kreeg). (Sater; MJD Groningen)

Therapeutische relatie

(22% - 30%) (Beutler e.a 2004; Lambert (1992))

Het is inmiddels een wetenschappelijk feit dat een goede relatie bepalend is voor het effect van de hulp. Opvallende uitkomst van onderzoek is dat de werkrelatie alleen bijdraagt aan het effect vanuit het perspectief van de cliënt. Als hij de relatie positief ervaart heeft dat een positief effect op de uitkomst. De hulpverlener kan er dus niet vanuit gaan dat als hij denkt dat er een goede relatie is die er ook is. Hij heeft dat na te gaan; cliënten kunnen bedoelingen en boodschappen anders opvatten dan ze bedoeld zijn. Een goede werkrelatie is een gezamenlijk creatie en bestaat uit 1.) het wederzijds accepteren van elkaar, 2.) overeenstemming over de doelen 3.) het gezamenlijk bepalen van de taken en 4.) communicatief afgestemd zijn op elkaar. Naarmate de cliënt de hulpverlener als open, betrouwbaar, kundig en betrokken zal zien zal dat de relatie doen groeien.

Therapeut factoren

(9% - 20%) (Wampold 2001; Prochaska en Nocross 1999)

Een verrassende uitkomst van het onderzoek naar het verschil tussen diverse therapieën is dat dat er nauwelijks is, maar dat het verschil tussen de therapeuten, onafhankelijk van welke model zij hanteren, een tot tien maal groter effect had op de uitkomst. Er bleken dus, onafhankelijk van de gehanteerde methodiek, goede en slechte hulpverleners te bestaan.

Goede hulpverleners kenmerken zich door een niet oordelende houding. Ze zijn betrokken, warm en persoonlijk en kunnen flexibel en deskundig omgaan met de veranderende situatie van de cliënt. En zij geloven in wat zij doen.

Onderzoeksgegevens met betrekking tot het MW

Omdat cliënten vaak geen onderscheid maken tussen de waardering van de relatie en de waardering voor de hulpverlener, geven we hier de gegevens met betrekking tot die twee aspecten. De hoge tevredenheid met de MW-hulp wordt voor een groot deel bepaald door hoe de cliënt de hulpverlener ervaart. Boon (1995) onderzocht met statische onderzoeksmethoden welke factoren in welke mate de tevredenheid bepaalden. Het bleek dat de belangrijkste factor is hoe de cliënt de hulpverlener ervaart als deskundige maar vooral als persoon. De tweede factor is de ruimte die de hulpverlener geeft aan de wensen en hulpvragen van de cliënt en deze serieus neemt. Als er een constant gegeven is dat cliënten waarderen in de MW- hulpverlening dan is het de goede relatie met de hulpverlener. De beoordeling van de cliënten over de manier waarop zij door de hulpverlener geholpen zijn is dan ook hoog; 42% vindt die goed en 52% zelfs uitstekend. (Sater) In het Sater onderzoek worden de cliënten 22 uitspraken over de MW-er voorgelegd (bijv. Ik kon mijn emoties laten blijken). De onderzoekers vatten de uitkomsten als volgt samen.

“Uit de stellingen komt het beeld naar voren dat de MW-er over het algemeen volgens de cliënten prettige persoonskenmerken hebben. Zo worden de MW-ers benoemd als aardig en sympathiek, zette zij zich volledig in en namen de problemen van de cliënten serieus. Kennelijk hadden de MW-ers ook het vertrouwen van de cliënten verkregen, gezien het feit dat ze bijna unaniem vermelden dat ze hun emoties konden laten blijken. In de dialoog voelden de cliënten zich meestal goed begrepen. Ook vonden de cliënten dat de MW-ers duidelijk met hen communiceerden; zij gebruikten niet veel moeilijke woorden. De meeste cliënten zijn van mening dat hun MW-er deskundig was.” (Sater, Zuid Drenthe pag. 78)

Een goede werkrelatie wordt ook duidelijk door te kijken naar de therapie trouw; 71,7% van de cliënten kwam alle afspraken na en 19,8 misten er enkele. Verder wordt 79% van de contacten in gezamenlijk overleg afgesloten. (Nivel) Blijkbaar weten MW-ers een goede werkrelatie op te bouwen en goed aan te sluiten bij en samen te werken met de cliënt.

Placebo effecten

(4% - 15%) (Wampold 2001; Lambert (1992)

Placebo effecten worden onder andere opgewekt door de

verwachting van de cliënt dat hij geholpen gaat worden, dat die hulp effectief zal zijn en de hoop die dat geeft. Dit maakt psychologische kwaliteiten die de cliënt al heeft wakker en tezamen met fysiologische processen die daardoor in gang gezet worden, ontstaan er veranderingen. Hoe placebo werkt blijkt uit het volgende; tussen het opbellen voor hulp en het eerste gesprek blijkt 60% van de cliënten veranderingen teweeg te brengen in hun probleem. (Lawson 1994)

Onderzoeksgegevens met betrekking tot het MW

Een van de manieren om te ontdekken in hoeverre cliënten hoop hebben op een effectieve hulp is door te kijken of ze na beëindiging van de hulpverlening terug willen gaan naar het MW als er zich weer problemen voordoen. In het Nivel onderzoek antwoordt slechts 1% beslist niet, 5% waarschijnlijk niet, 39% waarschijnlijk wel en 55% zeker wel. In het Sater onderzoek zegt ongeveer 80% ja en ongeveer 13% misschien. Een andere indicator is of cliënten anderen naar het MW zullen verwijzen. In het Nivel onderzoek zegt 36% waarschijnlijk wel en 60% zeker wel. In het sater onderzoek is dat respectievelijk ongeveer 8% en 84%.

Blijkbaar hebben de meeste cliënten, op grond van hun ervaring, hoopvolle verwachtingen van de effectiviteit van de MW-hulpverlening.

Therapeutische modellen en technieken

(8% - 10%) (Wampold 2001; Beutler e.a 2004)

Uit bovenstaande kunnen we samenvattend concluderen dat hulpverlening werkt als de cliënt door de hulpverlener positief benaderd en erkend wordt in hoe hij zichzelf, zijn problemen en zijn doelen ziet, als er in zijn ogen een goede werkrelatie is en de gesprekken relevant zijn voor zijn zorgen en doelen en hij hoop krijgt dat de hulpverlening zal werken. Maar deze common factors werken niet in het luchtledige, zij hebben een methode van hulpverleners nodig om in werking te treden. Er moet een organisatie van en structuur in de hulpverlening zijn om aan werkrelatie en taken te werken. Een van de belangrijkste bijdrage van modellen is dat zij een structuur en focus aan de gesprekken geven. Modellen zijn dus belangrijk voor de hulpverlener, hij vindt er houvast voor wat hij kan doen en hoe hij dat het beste doet. Hulpverleningsmethodieken moeten met name gericht zijn op het versterken van de andere Common factors. Specifieke technieken en interventies werken namelijk alleen als de cliënt denkt dat ze werken en als de werkrelatie goed is.

Onderzoeksgegevens met betrekking tot het MW

Aangezien het MW een generalistische werksoort is zijn er bij mijn weten geen onderzoeken gedaan naar het effect van de diverse modellen en technieken op de uitkomst van de hulpverlening.

Wat zeggen cliënten?

In een op empowerment gerichte werksoort is het van wezenlijk belang om te weten wat de cliënten zeggen dat hen helpt en waardoor zij zich empowered voelen.

Wat verwachten cliënten van de hulpverlening?

Een aantal artikelen samenvattend (de Jonge 1999; Kayser 200; Petra 2003; Vogelpoel e.a. 2003; Boet e.a.2002; Boevink 2003)

komen de volgende punten als belangrijkste naar voren:

- Therapeuten moeten zich realiseren dat ze te maken hebben met actief handelende, zelf denkende mensen, die soms veel expertise in huis hebben over hun problemen, meestal weten wat ze willen en ideeën hebben over wat hen helpt.
- De kwaliteit van de werkrelatie staat centraal, men wil als (mede)mens tegemoet getreden en geaccepteerd worden. Dit wil zeggen, erkend, gezien en gehoord willen worden als zichzelf.
- Van de therapeut verwacht men: eerlijkheid, warmte, echtheid, betrokkenheid en betrouwbaarheid. Daarnaast openheid over hun beperkingen en mogelijkheden.
- Cliënten willen dat hun verhaal, hun vragen, hun doelen, hun behoeften, hun normen en hun tempo centraal staan. Zij vragen van hun hulpverlener deskundigheid en flexibiliteit in het afstemmen op de behoeften, tempo en vragen van de cliënt.
- Men wil inspraak in de keuze en in de inhoud van de behandeling. Cliënten willen informatie over hun behandeling en duidelijke afspraken daarover.
- Cliënten wensen dat hun kritiek op de hulp serieus genomen wordt.
- Cliënten willen dat hulpverleners hun draagkracht bevorderen, hun eigen denkproces op gang helpen brengen en hen helpen, daar waar vaardigheden ontbreken.

Naast deze aspecten blijken MW-clieuten realistische over de verwachtingen van het effect van de hulp. Uit het Sater onderzoek bleek dat ongeveer 25% verwacht dat de problemen geheel of gedeeltelijk opgelost zullen worden, ongeveer 35% verwacht begrip, en ongeveer 75% ondersteuning bij het omgaan van de problemen. Sommigen verwacht niets, 5% of weten het niet 5%. (meerdere antwoorden mogelijk)

Wat zeggen cliënten dat hen helpt?

Uit diverse overzichten en onderzoeken komen de volgende punten naar voren.

- Een gelegenheid om met een neutrale derde over de problemen te spreken.
- Een betrokken, begrijpende, en betrouwbare hulpverlener.
- Benaderd worden als mens, een gelijkwaardige relatie.
- Zijn verhaal kwijt kunnen, zijn hart luchten.
- Emotionele steun krijgen.
- Het op een rijtje krijgen van de problemen; inzicht en overzicht.
- Adviezen, oefeningen om gedragsveranderingen teweeg te brengen.

(de Vries 1992, van der Sande 1992; Flikweert e.a. 2000).

Opvallend is wat cliënten niet noemen; het door de therapeut gehanteerde model of techniek. Samenvattend willen cliënten een betrouwbare relatie, waarin zij zichzelf kunnen

zijn en in samenspraak met de hulpverlener hun doelen kunnen verwezenlijken.

Empowerment

Empowerment is "in". Het is niet nieuw. Zeker niet in het MW, waarin het, onder andere namen, altijd een rol heeft gespeeld. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de methodieken die binnen het MW ontwikkeld zijn allen min of meer expliciet empowerment centraal stellen.

(bijvoorbeeld; Taakgerichte Hulpverlening, Emancipatorische hulpverlening, Solution Focused Therapy, Ervaringsgerichte Psychosociale Therapie, Family First, Eigen Kracht conferentie etc). Hoewel Empowerment de laatste jaren een richtinggevend concept is voor de praktijk is het nog slecht gedefinieerd en functioneert het als een container begrip.

Wat zeggen cliënten over wat hen sterker maakt ?

In haar proefschrift heeft Hetty Verzaal (2000) onderzocht wat gezinnen die van het Family First programma gebruik maakten zeiden over wat hen sterker had gemaakt. Naast een aantal voor het programma specifieke aspecten (de hulpverlener komt thuis, komt frequent en is altijd beschikbaar) werden als meeste door de gezinnen genoemd (pag.127):

- De hulpverlener benadert het gezin met respect. Het betreft hier de, niet bevoogdende, onvoorwaardelijke positieve houding van de hulpverlener, waarmee hij naar de cliënten luistert, ze serieus neemt, hen accepteert en ze hun eigen verantwoordelijkheid laat. Hij onthoudt zich van negatieve oordelen.
- De hulpverlener sluit aan bij de behoeften van de cliënt. De cliënten geven aan zich sterker te voelen doordat de hulpverlener aansluit bij de wijze waarop zij de problemen ervaren en bij wat en hoe zij willen veranderen.
- De hulpverlener brengt vraaggericht sturing aan. Het gaat hierbij vooral om de vraaggerichte attitude, waardoor de cliënten gedwongen worden na te denken over hoe de problemen concreet tot uitdrukking komen, wat zij precies willen veranderen en hoe.
- De hulpverlener bekrachtigt positief gedrag. Gezinnen geven aan zich ondersteund te voelen doordat consequent benoemd werd wat goed ging.
- De hulpverlener geeft professionele informatie en praktische tips. Gezinnen ervaren de situatie gebonden professionele informatie en tips van de hulpverlener als extra ondersteuning.

De meerderheid van de gezinnen gaf aan dat de kwaliteit van de hulp valt of staat met of het "klikt" tussen hulpverlener en gezin. Bij navraag bleek dat "klikken" tot stand te komen tijdens de eerste paar contacten, soms zelfs binnen de eerste minuten. De respectvolle, positieve benadering werd daarin als doorslaggevend genoemd.

Ook hier zien we weer dat cliënten een betrouwbare werkrelatie willen waarin zij zichzelf kunnen zijn en waarin hun ervaringen, doelen en oplossingen centraal staan. Ook hier worden de specifieke therapeutische interventies (adviezen en tips) als het minst wezenlijk ervaren.

Samenvatting

De vraag waarom MW-ers effectief zijn kunnen we nu als volgt beantwoorden.

Leggen we de uitspraken van de MW-ers over hun uitgangspunten van de hulpverlening en van de cliënten over wat hen heeft geholpen en hen empowered, naast de werkzame bestanddelen in de hulpverlening: de Common Factors dan zien we dat die elkaar overlappen:

1. De cliënt staat als mens centraal: het gaat om zijn doelen en mogelijkheden.
2. De relatie is wezenlijk: hij moet positief en gelijkwaardig zijn.
3. De therapeut dient begrip, betrokken en kundig te zijn.
4. Therapeutische technieken voegen daar iets aan toe.

MW-ers zijn dus zo effectief omdat:

- Zij juist werken met die factoren die de werkelijke werkzame bestanddelen van elke hulpverlening of therapie blijken te zijn: de *Common Factors*.
- Zij aan sluiten bij de cliënt en wat die denkt dat hem helpt. Zij werken daarmee naar grote tevredenheid van de cliënt en bereiken daarmee goede resultaten (vergelijkbaar met andere vormen van hulpverlening). Deze resultaten zijn individueel en maatschappelijk relevant en beantwoorden aan het doel van het MW, empowerment.

© Sjef de Vries, Batenburg 2006
www.ncmw.nl

(advertentie)

Nascholingscentrum Maatschappelijk Werk

- Kortdurende Oplossingsgerichte Therapie
- Spiritualiteit en Hulpverlening
- Outreachend werken
- Multiprobleemgezinnen
- Verlies, trauma en rouw
- School Maatschappelijk Werk

Voor informatie, data en brochures
zie www.ncmw.nl; info@ncmw.nl

Literatuur

- Beutler, L.E.; M. Malik; S. Alimohamed; T.M. Harwood; H. Talebi; S. Nobel; E. Wong. 2004. *Therapist variables*. In: Lambert. 2004.
- Boet, A; F. Vogelpoel 2002. Doen of niet doen. *Maatwerk* 6, 22-24.
- Boevink, W. 2003. Op onderdelen van mijn leven wend ik hulp aan. *Maatwerk* 4, 9-12.
- Flikweert, M; W. Melief. 2000. *Cliënten over het Maatschappelijk werk*. Verwey – Jonker, Utrecht.
- Friele, R.D.; P.F.M Verhaak 1991. *Vragen om problemen*. Nivel. Utrecht.
- Friele, R.D.; P.F.M Verhaak 1992. *Vragen naar verandering*. Nivel. Utrecht.
- Jonge, M, de 1999. Cliëntenperspectief. *Maandblad geestelijke gezondheidszorg* 4, 402-405.
- s'Jacobs, R.; W. Melief; N. Broenink. 1997. *Maatschappelijk belang van het algemeen maatschappelijk werk*. Verwey-Jonker. Utrecht.
- Kayser, T. 2000. Jeugdigen en hun ouders aan het woord. *Maatwerk* 4, 32-35.
- Lambert, M.J. 1992. Implications of outcome research for psychotherapy integration. In: J.Nocross; M. Goldfield. *Handbook of psychotherapy integration* (pag 94-129) Basic Books, New York.
- Lambert, M. J. 2004 *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and behaviour change* (5th edition). Wiley New York.
- NIVEL; zie Friele, Verhaak.
- Orlinsky, D.E.; M.H. Ronnestad; U. Willutzki. 2004. *Fifty years of psychotherapy process-outcome research; continuity and change*. In: Lambert 2004.
- Petra. 2003. Koester onze kritiek. *Maatwerk*.4 22-26
- Prochaska, J.O.; J.C. Nocross.1999. *Systems of psychotherapy*. (4th. Ed.) Pacific Grove. USA.
- Sande,R.van der; F.van Hoof; G. Hutschemaekers. 1992. *Vraag en aanbod in de RIAGG*. Nederlands centrum voor Volksgezondheid. Utrecht.
- SATER. 2002. W. Melief; M. Flikweert; N. Broenink; J. Mak. (in wisselende samenstelling) Verwey – Jonker. Utrecht.
- Verzaal, H. (2002) *Empowerment in de jeugdzorg*. Proefschrift, Universiteit van Amsterdam
- Vogelpoel, F.; A. Boet. 2003 De therapeuten lieten ons maar wat aanmodderen. *Maatwerk* 4, 13-16.
- Vries, S. de 1992. *Deel II: de praktijk*. In: R. Bouwkamp, S. de Vries. *Handboek psychosociale therapie*. De Tijdstroom. Utrecht.
- Vries, S. de. 2000. *Psychosociale hulpverlening en vluchtelingen*. Pharos. Utrecht.
- Vries, S. de. 2002. Kortdurende Oplossingsgerichte Therapie. In: *Maatwerk*. nr. 3.
- Vries, S. de. 2004. De therapeut wikt, de cliënt beschikt: empowerment in de psychosociale hulpverlening. In; *Phaxx*. nr 1.
- Wampold, B.E. 2001. *The great psychotherapy debate. Models, methods and findings*. Lawrence Erlbaum. Mahwah. N.J.



NASCHOLINGSCENTRUM **M.W.**

Nascholingen in Oplossingsgerichte Therapie en Ervaringsgerichte Psychosociale Therapie.

“ Jarenlange ervaring onder een nieuwe naam, een vernieuwend instituut onder de leiding van Sjef de Vries.”

□ **HET N.M.W.**

Het nascholingscentrum M.W. komt voort uit het Kempler Instituut Nederland. Wij integreren in onze nascholingen twee basismethodieken voor hulpverlening: de Oplossingsgerichte Therapie en de Ervaringsgerichte Psychosociale Therapie. Deze zijn binnen de maatschappelijk werk context ontwikkeld en effectief gebleken. Wij stellen ons tot doel om deze combinatie van methodes toe te passen op de diverse taken en specialisaties van het Maatschappelijk Werk.

Wij willen daarmee doorgeven wat ons inspireert, in de hoop dat het anderen inspireert tot het verder ontwikkelen van het vak dat ons na aan het hart ligt: Maatschappelijk Werker.

Het doel van het Maatschappelijk Werk is de empowerment van de cliënt en zijn systeem binnen zijn sociale context. Daarom hanteren wij een empowerment perspectief op zowel de hulpverlener als de cliënt.

□ **NASCHOLINGEN.**

De nascholingen worden zowel als teamnascholingen als nascholingen met open inschrijving gegeven. Zij zijn praktisch, innovatief en inspirerend.

Voor concrete informatie en brochures zie onze website

Kortdurend Oplossingsgericht Werken.

Outreaching werken.

Werken met Multiprobleem-gezinnen.

Werken met Allochtonen en Vluchtelingen.

Hulpverlening en spiritualiteit.

Medisch MW

Ontrouw

Werken met Multiprobleem-gezinnen voor School M.W.

Ervaringsgerichte Psychosociale Therapie.

□ **INFORMATIE.: www.ncmw.nl**

Het NMW heeft een samenwerkingsverband met het Kempler Instituut Nederland