

# **Ondersteuning aan multiprobleemgezinnen: een pilotstudie naar de Basisaanpak XL in de gemeente Tilburg**

---



Master thesis, MSc Maatschappelijke Opvoedingsvraagstukken  
(201500307)

Universiteit Utrecht, faculteit Sociale Wetenschappen  
GGD Hart voor Brabant

27 juni 2016

Naam:	Anouk Kersten (3958329)
Eerste beoordelaar:	Dr. Monique van Londen – Barentsen
Tweede beoordelaar:	Dr. Joyce Endendijk
Begeleider GGD:	Wieteke de Vries
Aantal woorden:	9664

### **Samenvatting**

In multiprobleemgezinnen komen veel risicofactoren voor die een negatieve impact hebben op de psychosociale en somatische ontwikkeling van kinderen. De Basisaanpak XL in de gemeente Tilburg tracht deze gezinnen te ondersteunen. Middels deze pilotstudie zijn de resultaten van de aanpak in kaart gebracht. De onderzoeksvraag luidde: Wat zijn de resultaten van de Basisaanpak XL? Hierbij is gekeken naar het cliëntbereik, de integrale samenwerking, de vooruitgang en versterking van zelfredzaamheid, en de cliënttevredenheid. Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag is gebruik gemaakt van het analyseren van registratiegegevens en semigestructureerde interviews met cliënten en hulpverleners.

Allereerst blijkt dat de aanpak de doelgroep bereikt. Mogelijk bevinden zich meer potentiële cliënten in reguliere casussen. Daarnaast lijkt de aanpak te leiden tot een daling van de problematiek, maar tot een geringe stijging in zelfredzaamheid. Hulpverleners lijken nauwelijks in te spelen op het versterken van de zelfredzaamheid bij cliënten. Ten slotte zijn de geïnterviewde cliënten tevreden over de resultaten van de hulp. Ze geven de resultaten gemiddeld een 8.

De aanpak heeft geleid tot inzichten bij hulpverleners, zoals een betere integrale samenwerking en een snellere start van de hulpverlening bij gezinnen met meervoudige problematiek. Daarbij kunnen casussen consistentier geregistreerd worden. Er zal meer ingespeeld moeten worden op het versterken van de zelfredzaamheid van cliënten. Tot slot kunnen de positieve elementen van de Basisaanpak XL, namelijk integrale samenwerking en een snelle start van de hulpverlening, de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen nog meer verbeteren.

*Keywords:* multiprobleemgezinnen, gezinshulp, cliëntbereik, integrale samenwerking, zelfredzaamheid, cliënttevredenheid

---

### **Abstract**

In multi-problem families are many risk factors that have a negative impact on the psychosocial and somatic development of children. The Basisaanpak XL in the municipality of Tilburg is trying to support these families. In this pilot study, the results of the approach are explored. The research question was: What are the results of the Basisaanpak XL? The research was focused at the client reach, integrated collaboration, progress and strengthening of self-sufficiency, and client satisfaction. By analyzing registration data and conducting semi-structured interviews with clients and practitioners, the research question was answered.

First, it appears that the approach does reach the target audience. Possibly there are more potential clients in other cases. In addition, the approach seems to lead to a reduction of the problem, but to a small increase in self-sufficiency. Social workers hardly

seem to strengthen the self-sufficiency of clients. Finally, the interviewed customers are satisfied with the results of the support. They give the results an average score of 8.

The approach has led to insights from social workers, such as better integrated collaboration and a faster start of the aid process to help families with multiple problems. Additionally, cases could be registered more consistently. There must be more focus on the strengthening of self-sufficiency of clients. Finally, the positive elements of the Basisaanpak XL, such as integrated collaboration and a fast start of the aid process, further enhance the support of multi-problem families.

*Keywords:* multi-problem families, family support, client reach, integrated collaboration, self-sufficiency, client satisfaction

## Ondersteuning aan multiprobleemgezinnen: de Basisaanpak XL in de gemeente Tilburg

---

### Inleiding

Een multiprobleemgezin kenmerkt zich door complexe, op elkaar inwerkende problematiek op meerdere terreinen en zorgmijding (Goderie & Steketee, 2005; Baartman & Dijkstra, 1987). Diverse risicofactoren hebben een negatieve impact op de psychosociale en somatische ontwikkeling van kinderen. Zo kunnen financiële problemen, huiselijk geweld, inadequate opvoeding of een onveilige buurt de ontwikkeling van kinderen bedreigen. In multiprobleemgezinnen komen veel van deze risicofactoren gelijktijdig voor (Kolthof, Kikkert, & Dekker, 2014).

In de gemeente Tilburg trachten hulpverleners van de Tilburgse Toegang deze gezinnen te ondersteunen door middel van de Basisaanpak XL: een *matched care* aanpak die inzet op de vroege integrale samenwerking tussen partners. Het doel is het bieden van adequate ondersteuning op maat en het verhogen van de zelfredzaamheid van de gezinnen (Couwenberg & Van Rinsum, 2015; Van Rinsum & Couwenberg, 2015). Het is dus van belang dat deze gezinnen worden bereikt en op de juiste manier hulp krijgen om erger te voorkomen. Dit onderzoek richt zich dan ook op de resultaten van de Basisaanpak XL op het gebied van cliëntbereik, integrale samenwerking, zelfredzaamheid en vooruitgang, en cliënttevredenheid.

### De Toegang

In Tilburg is de ondersteuning van burgers opgedeeld in drie deelgebieden. Allereerst wordt de sociale basisstructuur ingezet om een sterke sociale structuur in de wijken te realiseren. Het tweede deelgebied is voor burgers die lichte ondersteuning nodig hebben ("Programma van Eisen 'Toegang en lichte ondersteuning 2016'", 2016). Dit deelgebied heet de Toegang<sup>1</sup>. De partijen van de Toegang werken samen met professionals in de wijk, zoals huisartsen, jongerenwerkers en wijkagenten (Regio Hart van Brabant, 2015). Via deze professionals komen cliënten terecht bij de Toegang. Deze lichte ondersteuning heeft als doel de zelfredzaamheid en participatie van buurtbewoners te stimuleren en daarmee de druk op dure voorzieningen te verminderen (Van Rinsum & Couwenberg, 2015). De professionals van de Toegang werken vanuit de elf wijken in Tilburg ("Het wie-wat-waarom van de Tilburgse aanpak. Zorg, werk en jeugdhulp in Tilburg", 2014). Tot slot kunnen burgers die intensievere hulp nodig hebben aanspraak doen op maatwerkvoorzieningen. Men gaat dan nog steeds uit van de eigen kracht van de burger, maar houdt ook rekening met de zwaarte van de problematiek. De Basisaanpak XL valt

---

<sup>1</sup> De Toegang wordt gevormd door de GGD Hart voor Brabant, IMW Tilburg, MEE regio Tilburg, Loket Z, de afdeling Werk & Inkomen van de gemeente en wijkverpleegkundigen.

onder het derde deelgebied. Zowel bij het tweede als derde deelgebied wordt ingezet op het versterken of opbouwen van de zelfredzaamheid van burgers ("Programma van Eisen 'Toegang en lichte ondersteuning 2016'", 2016).

**Basisaanpak XL.** De Basisaanpak XL is een pilootaanpak, bedoeld voor gezinnen met meervoudige problematiek. Deze intensievere aanpak en meer expertise van partners zorgt voor meer ondersteuning aan gezinnen. Professionals richten zich, samen met partners uit de sociale basisstructuur en de specialistische hulp rondom een gezin, op een *gezin met multiproblematiek* volgens de *matched care* aanpak (Van Rinsum & Couwenberg, 2015). Bij *matched care* stemmen hulpverleners de ondersteuning af op de behoeften van cliënten (Böhmer, 2005). Daarnaast zetten professionals vroegtijdig in op een *integrale samenwerking* tussen de partijen in de 0<sup>e</sup>, 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn (Couwenberg & Van Rinsum, 2015). Dit betekent in de praktijk dat hulpverleners samen met partners uit de 0<sup>e</sup>, 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn op huisbezoek gaan bij cliënten ("Samenvatting plannen Basisaanpak XL", 2015). Een ander doel is het *verhogen van de zelfredzaamheid* van de gezinnen (Couwenberg & Van Rinsum, 2015).

Bij enkele wijken leek er sprake van opvallend veel meervoudige persistente problematiek over meerdere generaties bij gezinnen en gezinsleden. Daarom hanteren vier wijkteams in deze gevallen de Basisaanpak XL. De Basisaanpak XL speelt zich af in de wijken Groenewoud, de Kruidenbuurt, Oud-Noord en de Reeshof. In Groenewoud, de Kruidenbuurt en Oud-Noord hebben inwoners een relatief lage sociaaleconomische status en zijn er veel schulden ("Samenvatting plannen Basisaanpak XL", 2015). In de Reeshof is er veelal sprake van jongerenproblematiek ("Plan van Aanpak: Toegangsteam Reeshof/Gesworen Hoek", 2015), maar komen ook regelmatig schulden voor als gevolg van een echtscheiding.

### **Multiprobleemgezinnen**

De gezinnen waar de Basisaanpak XL zich op richt worden ook wel omschreven als multiprobleemgezinnen. Hoewel multiprobleemgezinnen onderling van elkaar verschillen, zijn er ook overeenkomende eigenschappen. Volgens Ghesquière (1993) hebben multiprobleemgezinnen tegelijkertijd drie of meer langdurige problemen die op elkaar inspelen, elkaar beïnvloeden of versterken. Volgens Baartman en Dijkstra (1987) komen deze problemen voor diverse terreinen. Zo ontstaan er problemen omtrent het voeren van een huishouding, de maatschappelijke positie van een gezin, de opvoeding, de individuele ontwikkeling van gezinsleden en de relatie tussen (ex)partners. Deze opeenstapeling van problemen kunnen zij vaak zelf niet dragen. Daarnaast is er veelal sprake van generationele conflicten (Ghesquière, 1993) en zijn gezinsleden negatief maar sterk met elkaar verbonden (Baartman & Dijkstra, 1987). Multiprobleemgezinnen staan tevens bekend als zorgmijders en hulpverleners bereiken hen doorgaans slecht (Goderie & Steketee, 2005). Ook volgens Rots-De Vries (2010) bereikt de reguliere hulp

gezinnen met chronische en complexe sociaaleconomische en psychosociale problemen slecht. Vaak komt de hulpvraag dan ook niet via het gezin zelf, maar via anderen, zoals scholen en burens (Matos & Sousa, 2004). Tot slot is een veelvoorkomend verschijnsel binnen multiprobleemgezinnen parentificatie; hierbij nemen kinderen de functie en verantwoordelijkheden van de ouder op zich (Baartman & Dijkstra, 1987). Het kind moet er dan zijn voor de ouders in plaats van andersom, en heeft volwassen verantwoordelijkheden (Garber, 2011).

**Problematiek.** Mogelijke problemen bij multiprobleemgezinnen die met elkaar in verband staan, elkaar versterken of nieuwe problemen veroorzaken, zijn huiselijk geweld, werkloosheid, verslaving, pedagogische verwaarlozing, overlast, vervuiling, psychosomatische klachten, sociaal isolement, verwaarlozing, delinquentie en spijbelen (Vosselman, Polstra, & Daalman, 2005). De meest kenmerkende problemen van multiprobleemgezinnen zijn opvoedproblemen, sociaaleconomische achterstanden en psychiatrische problemen (Jansen, Klaassen-Vermaat, Evenboer, & Reijneveld, 2015; Vosselman et al., 2005). Dergelijke problematiek kan schadelijke effecten hebben op de ontwikkeling van kinderen (Sandstrom & Huerta, 2013). Daarnaast hebben multiprobleemgezinnen vaak een gering of verstoord sociaal netwerk om op terug te vallen bij problemen, wat hen sociaal geïsoleerd maakt (Fernandez, 2007). Hoewel deze gezinnen regelmatig in contact staan met anderen, zijn hun sociale contacten instabiel en niet-ondersteunend (Sousa, 2005). Ook hebben ouders binnen multiprobleemgezinnen vaker psychiatrische problemen (Steketee & Vandenbroucke, 2010). Dit leidt tot een grotere kans op psychopathologie bij kinderen van deze ouders, waardoor deze kinderen een verhoogde kans hebben op ontwikkelproblemen (Vostanis et al., 2006).

Daarnaast hebben multiprobleemgezinnen aanzienlijk vaker financiële problemen en een lage sociaaleconomische status (Bodden & Dekovic, 2015; Matos & Sousa, 2004; Sousa, 2005). Vooral chronische armoede lijkt voor problemen te zorgen. Armoede fungeert als cumulatieve factor met een sterk negatieve impact op de ontwikkeling van gezinsleden; er is sprake van een opeenstapeling van risicofactoren en er zijn onvoldoende beschermende factoren aanwezig. Deze opeenstapeling zorgt voor een verhoogd risico op ontwikkelings- en gezinsproblemen (Asscher, Hermanns & Dekovic, 2006; Kolthof et al., 2014). Ook vergroot armoede de kans op sociale isolatie. Zo kan spanning over financiën in het gezin in combinatie met werkloosheid zorgen voor conflicten en het verbreken van relaties, maar maakt een gebrek aan financiële middelen het tevens moeilijker om sociale gedragingen met vrienden voort te zetten (Gallie, Paugam, & Jacobs, 2003). Volgens Gallie et al. (2003) ontstaat hierdoor een vicieuze cirkel: wanneer mensen zich door financiële problematiek eenmaal in een sociaal isolement bevinden, komen zij met minder baanmogelijkheden in aanraking. Hierdoor zal de financiële situatie niet verbeteren. Een sociaal isolement zorgt daarbij voor minder

educatieve mogelijkheden, een slechte toegang tot gezondheidszorg en ontoereikende huisvesting (Nolan & Whelan, 2009).

Tot slot bestaan er tussen multiprobleemgezinnen en niet-probleemgezinnen grote verschillen in de kwaliteit van opvoeding. Multiprobleemgezinnen kenmerken zich door een problematische opvoeding (Groenendaal & Dekovic, 2000). Goldstein et al. (2007) stellen dat ouders uit multiprobleemgezinnen vaker een inadequate opvoedingsstijl hanteren. Dit verhoogt de kans op ontwikkelingsproblemen en psychopathologie bij kinderen. Zo blijken ouders uit multiprobleemgezinnen hun kinderen minder te ondersteunen en gebruiken ze meer machtoefenende technieken en psychische controle (Groenendaal & Dekovic, 2000; Timmermans, 2009). Deze ouders gebruiken vaak weinig positieve gedragscontrole en meer harde discipline (Timmermans, 2009). Ook is hun opvoeding minder consistent en is er minder wederzijds vertrouwen tussen ouders en kind (Groenendaal & Dekovic, 2000). Bij multiprobleemgezinnen is de kans tevens groter dat er verwaarlozing of kindermishandeling plaatsvindt, waardoor de ondertoezichtstelling van kinderen ook vaker voorkomt (Steketee & Vandenbroucke, 2010).

Multiprobleemgezinnen zijn dus gezinnen met diverse op elkaar inwerkende problemen die onder andere een negatieve impact hebben op de ontwikkeling van kinderen. De Basisaanpak XL wordt ingezet om deze gezinnen te ondersteunen. Deze pilotstudie zal voor de gemeente in kaart brengen wat de resultaten zijn van de aanpak.

### **Cliëntbereik**

Multiprobleemgezinnen zijn vaak moeilijk te helpen door hulpverleners vanwege de problemen die deze gezinnen met hen en jeugdhulp hebben (Baartman & Dijkstra, 1987). Volgens Doherty, Hall en Kinder (2003) zijn moeilijk bereikbare gezinnen te onderscheiden in drie categorieën. De eerste categorie wordt 'de ondervertegenwoordigden' genoemd. Deze groepen zijn gemarginaliseerd en er is vaak sprake van een economische achterstand of sociale exclusie. Doordat zij minder kansen krijgen zijn deze gezinnen vaak minder vertegenwoordigd in sociale interventies. Daarnaast is de categorie 'onzichtbaren' te onderscheiden. Deze groepen worden vaak over het hoofd gezien door hulpverleners. Tot slot is de categorie 'zorgvermijndend' te onderscheiden. Deze groepen staan negatief of wantrouwend tegenover hulp of ondersteuning, en nemen bewust geen deel aan sociale interventies. Belangrijk is om te beseffen dat het concept 'moeilijk bereikbaar' niet alleen te wijten is aan de cliënten of aan de hulpverleners; vaak is het de wisselwerking tussen beiden (Cortis, Katz, & Patulny, 2009).

Ook de Basisaanpak XL heeft als doel deze gezinnen te bereiken en te ondersteunen. Daarom is de eerste deelvraag die met deze pilotstudie beantwoord gaat

worden: In hoeverre bereikt de Basisaanpak XL daadwerkelijk de multiprobleemgezinnen?

### **Integrale Samenwerking**

Juist vanwege de meervoudige problematiek en verminderde zelfredzaamheid bij multiprobleemgezinnen, hebben multiprobleemgezinnen te maken met verschillende hulpverleners en verschillende typen hulpverlening. Een goede samenwerking tussen deze partijen is dus van cruciaal belang voor de ondersteuning van gezinnen (White, Warrenner, Reeves, & La Valle, 2008).

De laatste jaren is er volgens Sousa en Rodrigues (2012) een verschuiving van de 'gebrekenbenadering' naar de 'samenwerkingsbenadering'; voorheen werden probleemgezinnen gezien als dysfunctionele gezinnen, waarbij voor elk probleem een oplossing door een professional moest worden gezocht. Tegenwoordig is er steeds vaker sprake van een 'samenwerkingsbenadering'. Deze benadering gaat er vanuit dat alle families vermogens hebben en actoren zijn die problemen niet alleen ervaren, maar ook oplossen (Sousa, Ribeiro, & Rodrigues, 2006). Doordat hulpverleners gezinnen helpen hun oploskracht te versterken, ontstaat er een compromis tussen het gezin en de hulpverlener (Sousa & Rodrigues, 2012). Deze benadering, die focust op de sterke kanten van een gezin, lijkt effectiever (Rojano, 2004; Tausenfreund, Knot-Dickscheit, Schulze, Knorth, & Grietens, 2015). De tweede deelvraag die met deze pilotstudie beantwoord gaat worden luidt dan ook: In hoeverre versterkt de Basisaanpak XL de integrale samenwerking met partners binnen de Toegang?

### **Zelfredzaamheid**

De Basisaanpak XL richt zich op gezinnen met meervoudige problematiek. Volgens Binnendijk (2014) kunnen leden en groepen met meervoudige problematiek minder goed functioneren in de huidige maatschappij, wat een negatieve invloed heeft op de zelfredzaamheid van mensen.

Zelfredzaamheid wordt niet eenduidig omschreven in de literatuur; in de literatuur spreekt men vaak van economische zelfredzaamheid. Zo omschrijft Long (2001) zelfredzaamheid als het hebben van voldoende hulpbronnen om rond te komen zonder overheidssteun. Het hebben van werk wordt dan ook gezien als een van de routes naar het ideaalbeeld van zelfredzaamheid (Morgen, 2001). Becker, Kovach en Gronseth (2004) definiëren een zelfredzaam individu echter als iemand die zijn eigen behoeften kan bepalen, kan besluiten wat hij daarmee doet, deze beslissing kan uitvoeren en de eventuele volgende behoefte kan bepalen. Ook Lauriks et al. (2013) kijken niet alleen naar het financiële aspect van zelfredzaamheid, maar zien zelfredzaamheid als 'het zelf realiseren van een acceptabel niveau van functioneren op de belangrijke domeinen van het dagelijks leven'. Het organiseren van de juiste hulp wanneer er een daling in het niveau van functioneren plaatsvindt, valt dan ook onder zelfredzaamheid (Lauriks et al.,



2013). De levensdomeinen illustreren elk een dagelijkse levensverrichting die noodzakelijk en niet-overbodig zijn voor volwassen personen. Deze zijn bepalend voor de effectiviteit, productiviteit en kwaliteit van het leven ("Beschrijving. Zelfredzaamheid als uitkomst", 2016). De domeinen richten zich op inkomen, dagbesteding/werk, huisvesting, gezinsrelaties, geestelijke gezondheid, fysieke gezondheid, verslaving, algemene dagelijkse vaardigheden, sociaal netwerk, maatschappelijke participatie en contact met justitie. Deze domeinen komen terug in de Zelfredzaamheid-Matrix, een instrument waarmee de zelfredzaamheid bij cliënten gemeten wordt (Lauriks et al., 2013).

Het versterken van de zelfredzaamheid en de eigen kracht van cliënten is een van de hoofddoelen van de Basisaanpak XL (Van Rinsum & Couwenberg, 2015). De derde deelvraag die met deze pilotstudie beantwoord wordt, is daarom: In hoeverre versterkt de Basisaanpak XL de zelfredzaamheid bij multiprobleemgezinnen?

### **Cliënttevredenheid**

Om de kwaliteit van de ondersteuning aan cliënten te waarborgen wordt vaak de cliënttevredenheid gemeten. De mening van de cliënt kan een belangrijke rol spelen in het evalueren en zo nodig verbeteren van het zorgaanbod (Graafland, 2011). Hulpverlening kan dan beter op de cliënt afgestemd worden. Daarnaast fungeert cliënttevredenheid als indicator van de uitkomst van de behandeling (Aarse, 2003). Tot slot stelt Van Yperen (2003) dat een betere band met de hulpverlener samenhangt met meer tevredenheid bij cliënten. Een sterke band tussen cliënt en hulpverlener is een belangrijke voorspeller voor de uitkomsten van de hulp (Shirk & Karver, 2003). De laatste deelvraag luidt dan ook: Hoe tevreden zijn de cliënten over de hulpverlening in het kader van de Basisaanpak XL?

### **Evaluatieonderzoek**

Fassaert et al. (2014) stellen dat de effectevaluatie van interventies die zich richten op de gezondheid en welzijn van cliënten belangrijk is. Zo kan een effectevaluatie bijdragen aan het bijstellen van behandelplannen en interventies (Fassaert et al., 2014), maar is het tevens van belang ter verantwoording aan beleidsmakers en financierders (Lawrinson, Copeland, & Indig, 2005). Tot slot is het meten van resultaten vanuit ethisch oogpunt van belang om de kwaliteit van de behandeling of interventie vast te stellen. Dit kan alleen door het monitoren van de resultaten (Slade, 2002).

Het inzetten van evaluaties kan op formatieve en summatieve wijze. Met formatieve evaluaties komt informatie naar voren over verbeterpunten voor het programma of de interventie. Met summatief onderzoek bepaalt men de impact van een programma of interventie met betrekking tot de effectiviteit en de resultaten (Ritchie, 2003). Het meten van effecten lijkt een uitdaging te zijn wanneer de problematiek van de cliëntpopulatie onderling verbonden is (Fassaert et al., 2014), zoals het geval is bij

multiprobleemgezinnen. Dit is voornamelijk het geval wanneer cliënten sociaal kwetsbaar zijn en problemen hebben op meerdere levensdomeinen (Gelberg, Andersen, & Leake, 2000), zoals het geval is bij de doelgroep van de Basisaanpak XL. Hierbij kan gedacht worden aan werkloosheid, sociale isolatie en interpersoonlijke conflicten (zie o.a. Bartley, 1994; Brunette, Mueser, & Drake, 2004; Van Laere, De Wit, & Klazinga, 2009). Echter is het juist bij deze cliëntpopulatie van belang dat zij adequate hulp krijgen.

Om te bekijken of de Basisaanpak XL positieve resultaten oplevert bij multiprobleemgezinnen, wordt in deze pilotstudie gekeken naar de resultaten van de Basisaanpak XL op het gebied van cliëntbereik, integrale samenwerking, zelfredzaamheid en cliënttevredenheid. Omdat zowel naar verbeterpunten wordt gekeken als naar de effectiviteit van de aanpak, is deze evaluatie zowel formatief als summatief. De hoofdvraag van dit onderzoek luidt dan ook: Wat zijn de resultaten van de Basisaanpak XL in de wijken Groenewoud, de Kruidenbuurt, Oud-Noord en de Reeshof? Daarbij worden de volgende deelvragen uitgelicht:

1. In hoeverre bereikt de Basisaanpak XL daadwerkelijk de multiprobleemgezinnen?
2. In hoeverre versterkt de Basisaanpak XL de integrale samenwerking met partners binnen de Toegang?
3. In hoeverre versterkt de Basisaanpak XL de zelfredzaamheid bij multiprobleemgezinnen?
4. Hoe tevreden zijn de cliënten over de hulpverlening in het kader van de Basisaanpak XL?

## **Methode**

### **Design**

Deze pilotstudie richtte zich op vier resultaatgebieden: het cliëntbereik, de integrale samenwerking, de zelfredzaamheid en de cliënttevredenheid. De dataverzameling vond plaats van maart tot en met juni 2016. Voor het beantwoorden van de deelvragen is gebruik gemaakt van *mixed methods* (zie figuur 1). Door het gebruik van meerdere onderzoeksmethoden en -data is er sprake van triangulatie. Dit leidt tot een hogere interne en externe validiteit, en een hogere betrouwbaarheid. De onderzoeksgegevens in deze pilotstudie zijn afkomstig uit vijf belangrijke bronnen: QuickScans, Integrale Vraaganalyses, Zelfredzaamheid-Matrixen, semigestructureerde interviews met hulpverleners en semigestructureerde interviews met cliënten.

### **Participanten**

Voor dit onderzoek is allereerst contact gelegd met de coördinatoren van de wijkteams die werken met de Basisaanpak XL. Zij zorgden ervoor dat de hulpverleners van de wijkteams de cliëntgegevens van de Basisaanpak XL consistent registreerden in dezelfde formats. Vervolgens hebben zij de registratiegegevens inzichtelijk gemaakt voor dit onderzoek.

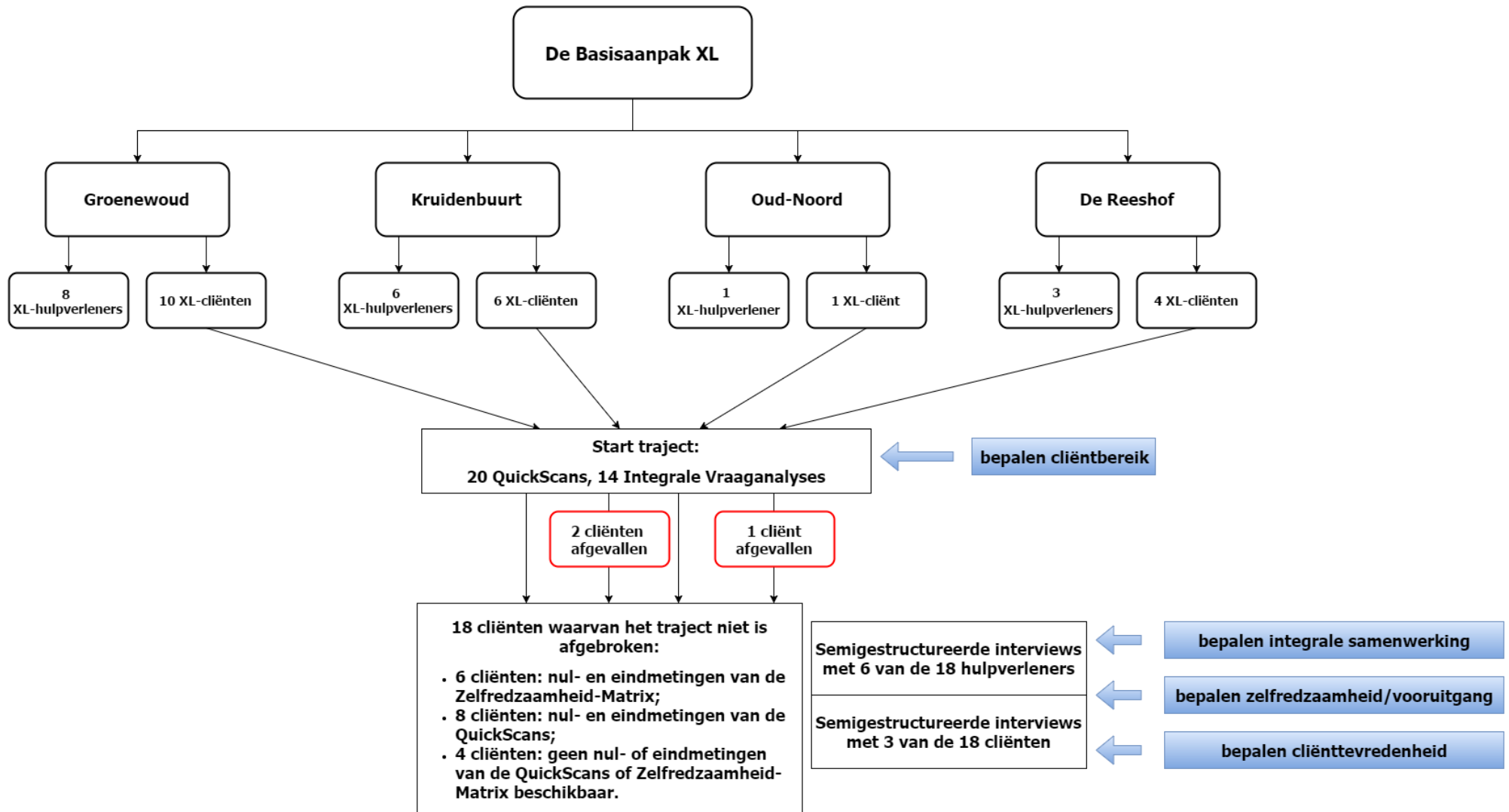
Figuur 1. *Overzicht van de gebruikte gegevens per deelonderzoek*

<b>Overzicht van de methoden per deelonderzoek (triangulatie)</b>
<p><i>Cliëntbereik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse van 20 QuickScans;</li> <li>- Analyse van 14 Integrale Vraaganalyses;</li> <li>- Semigestructureerde interviews met 6 hulpverleners.</li> </ul>
<p><i>Integrale samenwerking:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Semigestructureerde interviews met 6 hulpverleners;</li> <li>- Semigestructureerde interviews met 3 cliënten.</li> </ul>
<p><i>Zelfredzaamheid en vooruitgang:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse van 6 Zelfredzaamheid-Matrixen (nul- en eindmeting);</li> <li>- Analyse van 14 Integrale Vraaganalyses;</li> <li>- Analyse van 8 QuickScans (nul- en eindmeting);</li> <li>- Semigestructureerde interviews met 3 cliënten.</li> </ul>
<p><i>Cliënttevredenheid:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Semigestructureerde interviews met 3 cliënten.</li> </ul>

De participanten bestonden uit hulpverleners die hulpverlening hebben geboden onder de noemer 'Basisaanpak XL' en cliënten die zijn geholpen onder deze noemer. De zes geïnterviewde hulpverleners zijn benaderd via de coördinatoren van de wijkteams en zijn geselecteerd aan de hand van een gelegenhedssteekproef. Dit is een steekproef waarbij participanten worden gekozen die gemakkelijk te bereiken zijn (Boeije & Tijmstra, 2013). Wel is ingezet op interviews met minimaal één hulpverlener per wijkteam (zie figuur 2).

Alle gezinnen die tussen oktober 2015 en mei 2016 twee of meer maanden ondersteuning kregen in het kader van de Basisaanpak XL zijn geïnccludeerd in deze pilotstudie. De cliënten hebben vooraf toestemming gegeven voor het delen van gegevens. De betrokken cliëntengroep bestond uit 21 gezinnen waarvan meerdere gezinsleden meervoudige problemen hebben. Tien gezinnen kwamen uit Groenewoud, zes gezinnen uit de Kruidenbuurt, één gezin uit Oud-Noord en vier gezinnen uit de Reeshof. Drie cliënten zijn gedurende het onderzoek uitgevallen omdat de hulpverleningstrajecten in het kader van de Basisaanpak XL niet waren doorgezet. Toch zijn deze gezinnen wel meegenomen bij het beantwoorden van de eerste deelvraag, omdat ze wel zijn gestart met een traject van de Basisaanpak XL. Met de gegevens van de overige 18 cliënten is vervolgens een antwoord gegeven op de rest van de deelvragen (zie figuur 2). Drie cliënten zijn vervolgens benaderd voor een semigestructureerd interview. Vanwege hun moeilijke bereikbaarheid zijn zij benaderd aan de hand van een gelegenhedssteekproef.

Figuur 2. Flowchart met een overzicht van de respondenten en beschikbare registratiegegevens



## Metingen

**Cliëntbereik.** Om de eerste deelvraag te beantwoorden is kwalitatief onderzoek ingezet door middel van een analyse van registratiegegevens: ingevulde QuickScanformulieren en de ingevulde Integrale Vraaganalyses van de Basisaanpak XL. Hiermee werd vastgesteld of de cliënten van de Basisaanpak XL daadwerkelijk multiprobleemgezinnen zijn door te kijken naar de kenmerken zoals vermeld in de literatuur. Uiteindelijk is gebruik gemaakt van 20 QuickScans en 14 Integrale Vraaganalyses. Er is gekeken of de gezinnen die nu worden geholpen volgens de Basisaanpak XL twee of meer problemen hebben op zowel de domeinen van de QuickScan als de domeinen van Baartman en Dijkstra (1987).

De QuickScan is een formulier waarmee een eerste inschatting van de ernst van de problematiek wordt gemaakt (zie bijlage 3). Problemen kunnen variëren van 1 ('situatie is goed/redelijk op orde') tot en met 4 ('situatie is ernstig en acuut') op de vijf levensdomeinen:

1. Wonen (huisvesting);
  2. Financiële situatie (inkomen/schulden);
  3. Gezondheid (lichamelijk/geestelijk);
  4. Dagbesteding (werk/school/participatie);
- Gezinssituatie (samenstelling/opvoeding).

De QuickScan is ontwikkeld door frontlijngeneralisten en hun managers uit de gemeenten van de regio Hart van Brabant. Ook zijn bij de ontwikkeling partners betrokken van de informele en specialistische zorg (Andersson Elffers Felix, 2014). Daarnaast werken hulpverleners met de Integrale Vraaganalyse, waarmee zicht komt op de ondersteuningsbehoefte van de cliënt en waarmee acties worden uitgezet (zie bijlage 4).

Door het analyseren van ingevulde QuickScans is een beeld verkregen van het type cliënten en of de gezinnen wel onder de categorie 'multiprobleemgezinnen' vallen volgens de vijf levensdomeinen van de QuickScan. Zo is gekeken of er bij deze gezinnen sprake is van problematiek op meer dan één levensdomein. De domeinen van de QuickScan zijn ingevuld door hulpverleners. Wanneer er sprake is van een score van 2 (fragiele en/of onduidelijke situatie) of meer op een levensdomein, is er sprake van een probleem.

In de literatuur wordt gesproken over vijf andere levensdomeinen (Baartman & Dijkstra, 1987), die gedeeltelijk overlap vertonen met die van de QuickScan:

1. het voeren van een huishouding, bijvoorbeeld door een gebrek aan regelmaat, hygiëne, financiële armslag of wooncomfort;
2. de maatschappelijke positie van het gezin: bijvoorbeeld armoede en werkloosheid;

3. de opvoeding, bijvoorbeeld pedagogisch onvermogen, verwaarlozing van kinderen of mishandeling;
4. problemen in de individuele ontwikkeling van de gezinsleden, bijvoorbeeld depressies of verslavingen;
5. de relatie tussen de (ex)partners: problemen als gevolg van echtscheiding, onderlinge spanningen of wisselende relaties.

Ook is gekeken of de gezinnen onder de categorie 'multiprobleemgezinnen' vallen volgens de vijf levensdomeinen volgens Baartman en Dijkstra (1987). Zo is gekeken of er bij deze gezinnen sprake is van problematiek op meer dan één levensdomein door het analyseren van de QuickScans en Integrale Vraaganalyses. Daarbij werd gebruik gemaakt van labels. Allereerst werd het label 'het voeren van een huishouding' gebruikt, wat werd ingezet wanneer er problemen waren met betrekking tot de verwaarlozing van een huis, een dreigende uithuiszetting, hygiëneproblemen of dagelijkse huishoudelijke verrichtingen. Daarnaast werd het label 'maatschappelijke positie' gehanteerd. Dit label ging over financiële problemen of werkloosheid. Het derde label, 'de opvoeding', ging over opvoedproblemen, verwaarlozing of de mishandeling van kinderen. Tevens werd het label 'individuele ontwikkeling' gebruikt. Dit label ging in op problemen in de individuele ontwikkeling van gezinsleden, zoals psychosociale problemen, psychiatrische problemen en verslavingen. Tot slot is het label 'relatie (ex)partners' ingezet, wat in ging op relatieproblemen of echtscheidingsproblematiek.

Tevens werden semigestructureerde interviews afgenomen bij zes hulpverleners, waarbij onder andere werd gevraagd naar de mate waarin cliënten die voldoen aan de criteria voor de Basisaanpak XL worden bereikt (zie bijlage 1). Bij het analyseren van de interviews met hulpverleners werd gebruik gemaakt van labels. Allereerst werd het label 'toetsing' gebruikt. Dit label werd toegepast wanneer een respondent iets vertelde over de beslissing of een cliënt onder de Basisaanpak XL valt. Daarnaast werd gebruik gemaakt van het label 'bekendheid'. Dit label is ingezet wanneer een hulpverlener iets zei over de bekendheid van de criteria van de Basisaanpak XL en over de bekendheid van de Basisaanpak XL zelf.

**Integrale samenwerking.** Voor het beantwoorden van de tweede deelvraag is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews met zes hulpverleners en drie cliënten. In de interviews met de hulpverleners werd gevraagd naar wat de Basisaanpak XL volgens hen had opgeleverd. Bij het analyseren van de interviews werd gebruik gemaakt van labels. Allereerst werd het label 'huisbezoek met partner' gebruikt. Dit label ging over het al dan niet betrekken van een andere hulpverlener uit de 0<sup>e</sup>, 1<sup>e</sup> of 2<sup>e</sup> lijn bij het eerste huisbezoek. Daarnaast werd het label 'afstemming' gehanteerd, wat ging over de afstemming tussen hulpverleners.

Tijdens de interviews met cliënten werd gevraagd naar de huisbezoeken met partners en de betrokkenheid van meerdere hulpverleners. Ook bij deze analyse werd gebruik gemaakt van labels. Allereerst werd het label 'eerste huisbezoek' gehanteerd, dat ging over de betrokkenheid van meerdere hulpverleners bij het eerste huisbezoek. Daarnaast werd het label 'aanwezigen huisbezoek' gebruikt. Dit label werd ingezet wanneer een cliënt wel of niet geïnformeerd was over het aanwezig zijn van meerdere hulpverleners bij het huisbezoek. Tot slot werd het label 'betrokkenheid meerdere hulpverleners' ingezet, dat ging over de inzet van meerdere hulpverleners gedurende het hulpverleningsproces, en hoe de cliënt dit vond gaan.

**Zelfredzaamheid en vooruitgang.** Voor het meten van de zelfredzaamheid hanteerden de hulpverleners de Zelfredzaamheid-Matrix (zie bijlage 5), ontwikkeld door de GGD Amsterdam (Lauriks et al., 2013). Dit is een instrument waarmee de mate van zelfredzaamheid bij cliënten in de gezondheidszorg, maatschappelijke dienstverlening en gerelateerde werkvelden wordt vastgesteld (Fassaert et al., 2013; Lauriks et al., 2013). De Zelfredzaamheid-Matrix meet één onderliggend construct en is daarmee een valide instrument (Fassaert et al., 2013). De domeinen van de Zelfredzaamheid-Matrix richten zich op financiën, dagbesteding, huisvesting, huiselijke relaties, geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid, verslaving, activiteiten dagelijks leven, sociaal netwerk, maatschappelijke participatie en justitie. De zelfredzaamheid kan variëren van 1 ('acute problematiek') tot en met 5 ('volledig zelfredzaam') (zie bijlage 5). Voor iemand van boven de 18 jaar mag een niveau van zelfredzaamheid van ten minste 3 ('voldoende zelfredzaam') worden verwacht of worden nagestreefd (Lauriks et al., 2013).

De Zelfredzaamheid-Matrix werd bij start van het hulpverleningstraject afgenomen bij de cliënt of het gezin. Deze score fungeerde als nulmeting. Na minimaal twee maanden nam de hulpverlener de Zelfredzaamheid-Matrix opnieuw af om te kijken of er verbeteringen waren opgetreden op de diverse domeinen. Hiervoor is gekozen vanwege de beperkte tijdsduur van de evaluatie, en de verwachting dat er na twee maanden sprake kon zijn van verbeteringen. De scores per domein zijn verwerkt in IBM SPSS.

Omdat bij slechts zeven casussen een nul- en eindmeting van de Zelfredzaamheid-Matrix was afgenomen, is besloten om bij de overige casussen een nul- en eindmeting van de QuickScan af te nemen. Op deze manier kon toch bekeken worden of er vooruitgang op één of meer van de domeinen van de QuickScan had plaatsgevonden. Ook de QuickScan hanteert scores: de ernst van de problematiek kan variëren van 1 ('situatie is goed/redelijk op orde') tot en met 4 ('situatie is ernstig en acuut'). Bij de QuickScan is tevens gekeken naar de scores per domein. Uiteindelijk was er van acht cliënten een nul- en eindmeting van de QuickScan beschikbaar. De derde deelvraag is dan ook aangepast, en luidde uiteindelijk: In hoeverre versterkt de

Basisaanpak XL de zelfredzaamheid en zorgt de Basisaanpak XL voor vooruitgang bij multiprobleemgezinnen?

Daarnaast is door middel van een kwalitatieve documentanalyse van de QuickScans en Integrale Vraaganalyses gekeken of er door hulpverleners werd ingespeeld op het versterken van de zelfredzaamheid van cliënten.

Tot slot zijn er bij drie cliënten semigestructureerde interviews afgenomen voor een vollediger beeld van de zelfredzaamheid en vooruitgang (zie bijlage 2). Bij het analyseren van de interviews met cliënten werd gebruik gemaakt van labels. Het eerste label was 'het zelf weer kunnen'. Dit label werd toegepast wanneer een cliënt aangaf op eigen kracht weer zaken aan te kunnen pakken. Daarnaast werd het label 'vooruitgang' ingezet wanneer een cliënt aangaf dat er vooruitgang had plaatsgevonden op een bepaald levensgebied. Tot slot werd het label 'aanmerkingen' toegepast als een cliënt een aanmerking had op de hulpverlening.

**Cliënttevredenheid.** Tot slot is de cliënttevredenheid afgeleid uit de semigestructureerde interviews met cliënten. Hier werd een vraag gesteld omtrent de tevredenheid, gebaseerd op outcome-indicatoren die zijn ontwikkeld door het Nederlands Jeugdinstituut (Van Yperen, De Wilde, De Wilschut, Kreuzenkamp, & De Jager, 2015). De vraag luidde: "Hoe tevreden bent u met de resultaten die er zijn bereikt met de geboden ondersteuning? Geef een rapportcijfer van 1 tot en met 10 (6 en hoger: voldoende; 5 en lager: onvoldoende)". Om de vraag begrijpelijk te maken voor alle cliënten is de vraag aangepast. Uiteindelijk is aan de cliënten de volgende vraag gesteld: "Hoe tevreden bent u met de resultaten van de hulp? Geef een rapportcijfer van 1 tot en met 10".

### **Betrouwbaarheid en Validiteit**

Er waren een aantal te verwachten problemen met betrekking tot de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek. Allereerst zijn er slechts bij drie cliënten en zes hulpverleners semigestructureerde interviews afgenomen. Deze respondenten hadden betrekking op zes casussen en zijn geselecteerd aan de hand van een gelegenhedensteekproef. De betrouwbaarheid van de gegeven informatie is daarom moeilijker in te schatten. Echter werden de gegevens die voortkwamen uit de semigestructureerde interviews bekeken in combinatie met de gegevens uit de documentanalyse. Daarmee is de betrouwbaarheid van de gegevens vergroot.

Tot slot zijn de semigestructureerde interviews met cliënten afgenomen zonder de aanwezigheid van een hulpverlener. Hierdoor was de kans kleiner dat cliënten sociaal wenselijke antwoorden gaven.

## **Resultaten**

### **Cliëntbereik**

**Analyse van registratiegegevens.** Er is gekeken of de gezinnen die nu worden geholpen volgens de Basisaanpak XL twee of meer problemen hebben op zowel de



domeinen van de QuickScan als de domeinen van Baartman en Dijkstra (1987). Voor één gezin was dit niet te bepalen; er was geen QuickScan en Integrale Vraaganalyse beschikbaar voor deze casus. De resultaten zijn weergegeven in Tabel 1.

Tabel 1.

*Kenmerken van de gezinnen die zijn geholpen volgens de Basisaanpak XL (n=20)*

	Minimum	Maximum	M	Modus	Std.
Aantal inwonende gezinsleden	1	8	4,10	4	1,744
Aantal kinderen in huishouden	0	7	2,70	2	1,689
Problemen volgens QS	2	5	4,15	4	0,933
Problemen volgens Baartman & Dijkstra	2	5	3,25	3	0,851

*Noot.* M = gemiddelde score; Modus = meest gebruikte score; Problemen volgens QS: aantal levensdomeinen volgens de QuickScan waarop zich problemen voordoen; Problemen volgens Baartman & Dijkstra = aantal levensdomeinen volgens Baartman & Dijkstra (1987) waarop zich problemen voordoen.

Op gemiddeld 4,15 levensdomeinen van de QuickScan doen zich problemen voor. Het gemiddelde aantal levensdomeinen volgens Baartman en Dijkstra (1987) waarop zich problemen voordoen is 3,25. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de levensdomeinen van Baartman en Dijkstra (1987) breder geformuleerd lijken dan die van de QuickScan. Hierdoor kunnen sommige, uiteenlopende problemen onder één levensdomein volgens Baartman en Dijkstra (1987) vallen, maar onder twee levensdomeinen volgens de QuickScan.

Alle 20 gezinnen hebben problemen op minimaal twee levensdomeinen van de QuickScan en problemen op minimaal twee levensdomeinen volgens Baartman en Dijkstra (1987). Dit betekent dat 20 van de 21 cliënten die nu worden geholpen in het kader van de Basisaanpak XL daadwerkelijk meervoudige problematiek hebben. Het is aannemelijk dat de overige cliënt, waar geen QuickScan of Integrale Vraaganalyse van beschikbaar was, ook onder de doelgroep valt. Van deze cliënt was wel een Zelfredzaamheid-Matrix beschikbaar; daar scoort de cliënt een score van 3 ('beperkt zelfredzaam') of lager op 9 van de 11 domeinen. Vermoedelijk heeft de cliënt dan ook problemen op twee of meer levensdomeinen volgens de QuickScan en volgens Baartman en Dijkstra (1987).

**Semigestructureerde interviews met hulpverleners.** Daarbij is ook gekeken of alle potentiële cliënten voor de Basisaanpak XL worden bereikt. Uit de interviews met zes hulpverleners komt naar voren dat elke hulpverlener weet wat de Basisaanpak XL en de bijbehorende criteria inhouden. Echter wordt er niet in alle gevallen aan gedacht om de criteria toe te passen op een casus. Zo stelt een respondent:

“ [De criteria] zijn gedeeld [met alle hulpverleners], maar het heeft nooit echt geleefd. ”

Dit bevestigt een andere respondent:

“ De criteria voor de Basisaanpak XL zijn op zich wel duidelijk, maar ik merk dat het bij mijzelf af en toe nog niet in mijn hoofd zit en ook misschien omdat ik het redelijk gewend ben in multiprobleemgezinnen te werken. Er gaat dan niet meteen een lampje branden. ”

Ook blijken potentiële XL-casussen niet altijd consistent getoetst te worden bij anderen. In sommige gevallen worden de casussen besproken in wijkteamverband, maar in andere gevallen beslist de coördinator over het wel of niet doorzetten van een gezin naar de Basisaanpak XL.

Volgens hulpverleners worden mogelijk nog niet alle potentiële XL-casussen bereikt. Uit een interview met een respondent komt naar voren:

“ Ik denk dat er nog veel meer te behalen is [wat betreft het bereik van multiprobleemgezinnen]. Ik denk dat als iedereen zijn caseload zou nagaan, en eens zou kijken of er een samenwerking met partners mogelijk is, dat er dan veel meer XL-gezinnen zijn. ”

Een van de respondenten concludeert dan ook:

“ Ik denk dat het wel meer zou moeten gaan leven, zodat iedereen er alert op is. [De Basisaanpak XL] zou eigenlijk bekender moeten zijn. ”

Deze resultaten sluiten aan bij het geringe aantal casussen; slechts 21 casussen zijn aangeleverd, terwijl elke hulpverlener stelt dat er waarschijnlijk veel meer gezinnen in de wijken onder de doelgroep van de Basisaanpak XL vallen. Hoewel nu de juiste doelgroep wordt bereikt, namelijk de multiprobleemgezinnen, bevinden zich mogelijk meer potentiële cliënten voor de Basisaanpak XL in de Toegang.

### **Integrale Samenwerking**

**Semigestructureerde interviews met hulpverleners.** Daarnaast blijkt het inzetten van de Basisaanpak XL voordelen met zich mee te brengen. Zo zeggen diverse hulpverleners dat er sneller gestart wordt met de hulpverlening en er eerder korte lijnen

met partners ontstaan omdat er zeer vroeg wordt ingezet op integrale samenwerking. Een van de respondenten vermeldt:

“ Door de XL-aanpak word je wel aan het denken gezet. Bij reguliere zaken ga je normaal gesproken maar gewoon aan de gang, en dan ga je pas richting de afsluiting denken aan andere [partners]. ”

Ook vertelt een respondent:

“ Je kan naar mijn idee wat sneller starten. Dat je bij wijze van spreken vandaag een casus bespreekt en dan deze week nog op huisbezoek gaat. In ieder geval met de intentie om snel te starten, altijd met een partner vanuit een andere organisatie. ”

Wat daarnaast opvalt is dat veel hulpverleners aangeven de Basisaanpak XL nauwelijks een toevoeging te vinden ten opzichte van de reguliere manier van werken. Zo stellen de respondenten:

“ Ik was al aardig gewend om met andere hulpverleners in een gezin te zitten en een goede verdeling te maken. ”

“ Ik merk dat ik vaak al op de XL-manier werkte. En er is nu een pilot gekomen waardoor het nu iets makkelijker is geworden, waardoor je het meer samen kunt doen. Nu kun je samen iets oppakken, samen inschatten: wat is er nu nodig? ”

Een andere respondent vertelt:

“ Het kost me meer tijd omdat we alles extra moeten registreren. Dat is eigenlijk jammer. Het moet niet meer tijd kosten omdat iets eigenlijk een XL-casus is. Ik ben dan minder geneigd om een gezin aan te merken als 'XL', want het kost me meer tijd en ik doe precies hetzelfde. ”

Desondanks lijkt de aanpak wel te leiden tot een snellere start van het hulpverleningstraject en een betere integrale samenwerking met partners. De integrale samenwerking was volgens hulpverleners al aanwezig, maar is versterkt door het inzetten van de Basisaanpak XL.

**Semigestructureerde interviews met cliënten.** Ook de cliënten merken dat de samenwerking tussen hulpverleners soepel verloopt. Zo complimenteert een respondent de hulpverleners over hun samenwerking. Volgens de respondent is het nauwelijks merkbaar dat de hulpverleners bij twee verschillende organisaties werken:

“ Het voelt als één organisatie, ze werken als één. ”

Daarnaast bevestigen alle respondenten dat de hulpverlener samen met een partner op het eerste huisbezoek kwam. Ook hieruit blijkt de integrale samenwerking goed te verlopen. Eén van de respondenten had graag beter op de hoogte willen zijn van het aantal hulpverleners dat mee ging tijdens het eerste huisbezoek. Deze cliënt stelt:

“ Ik schrok wel ineens toen mijn huis vol zat met vreemden. ”

### **Zelfredzaamheid en Vooruitgang**

Voor het vaststellen van de zelfredzaamheid van cliënten is gekeken naar de nulmetingscores en eindmetingscores op de elf levensdomeinen van de Zelfredzaamheid-Matrix. De Zelfredzaamheid-Matrix was een relatief nieuw instrument voor de hulpverleners, maar desondanks waren zij er positief over. Bij zes casussen is een nul- en eindmeting gedaan. Bij dit instrument geldt: *hoe hoger de score, hoe zelfredzamer de cliënt is op dat domein*. De scores die gegeven kunnen worden zijn 1 ('acute problematiek'), 2 ('niet zelfredzaam'), 3 ('beperkt zelfredzaam'), 4 ('voldoende zelfredzaam') en 5 ('volledig zelfredzaam'). De scores zijn weergegeven in Tabel 2.

Bij acht casussen is er geen Zelfredzaamheid-Matrix afgenomen. Om ook bij deze casussen te kijken naar de resultaten die de hulpverlening in het kader van de Basisaanpak XL oplevert, is gekeken naar de levensdomeinen van de QuickScan. Hoewel de domeinen van de QuickScan en de Zelfredzaamheid-Matrix enige overlap lijken te hebben, zijn de domeinen niet vergelijkbaar. Dit komt omdat de Zelfredzaamheid-Matrix zich richt op de mate van zelfredzaamheid per domein, en de QuickScan op de ernst van de problematiek per domein.

Ook bij deze analyse is allereerst gebruik gemaakt van een nulmeting. Vervolgens is na minimaal twee maanden een tweede QuickScan afgenomen bij de acht casussen. De gemiddelde scores op de QuickScan zijn per domein weergegeven in Tabel 2. Bij de QuickScan geldt: *hoe hoger de score, hoe ernstiger de problematiek*. De scores die gegeven kunnen worden zijn 1 ('situatie is goed/redelijk op orde'), 2 ('fragiele en/of onduidelijke situatie'), 3 ('situatie is ernstig en/of complex') en 4 ('situatie is ernstig en acuut').

Tabel 2.

*Gemiddelde scores en vooruitgang of achteruitgang op de levensdomeinen van de Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM) en de QuickScan in het kader van de Basisaanpak XL*

Domein	Zelfredzaamheid-Matrix (n = 6)					QuickScan (n = 8)				
	M nulmeting (modus)	Std.	M eindmeting (modus)	Std.	Vershil	M nulmeting (modus)	Std.	M eindmeting (modus)	Std.	Vershil
Financiën	2,00 (2)	0,000	2,43 (2)	0,535	+ 0,43	2,88 (3)	0,641	2,63 (2)	1,061	- 0,25
Huisvesting/wonen	3,00 (2 en 4)	1,000	3,29 (4)	0,951	+ 0,29	1,88 (1 en 2)	0,835	1,88 (1 en 2)	0,835	0,00
Dagbesteding	3,00 (2)	1,155	2,86 (2 en 3)	1,345	- 0,14	2,13 (2)	0,641	1,75 (1)	0,886	- 0,38
Gezondheid						2,00 (1 en 3)	0,926	1,88 (1)	0,991	- 0,12
Geestelijke gezondheid	2,86 (2)	1,215	3,14 (3)	1,069	+ 0,28					
Lichamelijke gezondheid	4,71 (5)	0,488	4,43 (5)	0,787	- 0,28					
Gezinssituatie						2,38 (3)	0,744	2,50 (3)	0,756	+ 0,12
Huiselijke relaties	3,00 (3)	1,000	2,71 (3)	1,254	- 0,29					
Verslaving	4,29 (5)	1,254	4,14 (5)	1,215	- 0,15					
Activiteiten Dagelijks Leven	3,43 (3)	0,976	3,86 (4)	0,690	+ 0,43					
Sociaal netwerk	3,00 (3)	0,000	3,00 (3)	0,577	0,00					
Maatschappelijke participatie	3,29 (3)	1,254	3,57 (3, 4, 5)	1,397	+ 0,28					
Justitie	4,57 (5)	0,787	4,29 (5)	0,951	- 0,28					
Totaal	37,15		37,72		+ 0,57	11,27		10,64		- 0,63

*Noot.* M = gemiddelde; Modus = meest gebruikte score; Bij de Zelfredzaamheid-Matrix geldt: hoe hoger de score, hoe zelfredzamer de cliënt is; Bij de QuickScan geldt: hoe lager de score, hoe minder problematiek bij de cliënt speelt.

**Nul- en eindmeting van de Zelfredzaamheid-Matrix.** Uit de nulmetingen van de Zelfredzaamheid-Matrix komt naar voren dat cliënten gemiddeld het slechtst scoren op het levensdomein 'Financiën': op dit gebied zijn cliënten het minst zelfredzaam met een gemiddelde nulmetingscore van 2,00. Daarnaast geven hulpverleners het vaakst de score 2 op de domeinen 'Financiën', 'Dagbesteding' en 'Geestelijke gezondheid'. Op het domein 'Huisvesting' worden het vaakst de scores 2 en 4 gegeven. Ook wordt het vaakst de score 3 gegeven op de domeinen 'Huiselijke relaties', 'Activiteiten Dagelijks Leven', 'Sociaal netwerk' en 'Maatschappelijke participatie'.

Bij de eindmetingscores is er een zekere mate van vooruitgang te zien ten opzichte van de nulmetingscores op de domeinen 'Financiën', 'Huisvesting', 'Geestelijke gezondheid', 'Activiteiten Dagelijks Leven' en 'Maatschappelijke Participatie'. De grootste vooruitgang is te zien op de domeinen 'Financiën' en 'Activiteiten Dagelijks Leven'; de scores op beide domeinen zijn met 0,43 gestegen. Ook komt naar voren dat op de domeinen 'Geestelijke gezondheid' en 'Activiteiten Dagelijks Leven' de meest gebruikte score één punt is gestegen. Op de domeinen 'Dagbesteding', 'Huisvesting' en 'Maatschappelijke participatie' is de meest gebruikte score ook gestegen. Daarbij wordt vaker een score van 4 gegeven op de domeinen 'Huisvesting', 'Activiteiten Dagelijks Leven' en 'Maatschappelijke participatie'. Dit betekent dat er meer cliënten voldoende zelfredzaam zijn op deze gebieden dan bij start van de hulpverlening.

Echter is er ook achteruitgang te zien ten opzichte van de nulmetingscores. Zo is er achteruitgang op de domeinen 'Dagbesteding', 'Huiselijke relaties', 'Lichamelijke gezondheid', 'Verslaving' en 'Justitie'. De grootste achteruitgang is te zien op het domein 'Huiselijke relaties', waarbij de score met 0,29 is gedaald. De scores op de domeinen 'Lichamelijke gezondheid' en 'Justitie' laten een daling zien van 0,28.

Er kan dus gesteld worden dat er sprake is van een lichte stijging in zelfredzaamheid op de domeinen 'Financiën', 'Huisvesting', 'Geestelijke gezondheid', 'Activiteiten Dagelijks Leven' en 'Maatschappelijke Participatie'. De gemiddelde score op het domein 'Sociaal netwerk' is hetzelfde gebleven. Op de overige domeinen is er sprake van een lichte daling in zelfredzaamheid. Op alle elf domeinen van de Zelfredzaamheid-Matrix samen wordt er gemiddeld 37,15 gescoord bij de nulmeting, en 37,72 bij de eindmeting. Op alle elf domeinen samen gaan cliënten gemiddeld een score van 0,57 vooruit.

**Nul- en eindmeting van de QuickScan.** Zoals uit de tabel naar voren komt, is de gemiddelde nulmetingscore van de QuickScan op het domein 'Financiën' het hoogst; gemiddeld 2,88. Daarbij is vijf van de acht keer de score 3 gegeven. Ook op het domein 'Gezinssituatie' wordt bij de nulmeting het vaakst de score 3 gegeven. Op het domein 'Wonen' geven hulpverleners het vaakst een nulmetingscore van 1, en op het domein

'Gezondheid' geven zij het vaakst de scores 1 en 3. Op het domein 'Dagbesteding' komt een nulmetingscore van 2 het vaakst voor.

De eindmetingscores zijn tevens in de tabel te vinden. Op het levensdomein 'Wonen' is de gemiddelde score hetzelfde gebleven: 1,88. Ook de meest gebruikte scores en de standaardafwijkingen zijn gelijk gebleven. Op dit domein is dus gemiddeld geen verandering opgetreden. Het domein 'Financiële situatie' heeft een lagere gemiddelde score gekregen bij de eindmeting: 2,63. Dit betekent dat er een daling heeft plaatsgevonden van 0,25 wat betreft problematiek. Ook is de meest gebruikte score op dit domein bij de eindmeting een 2 in plaats van een 3. Op het domein 'Gezondheid' is de gemiddelde score ook afgenomen: van 2,00 naar 1,88. Daarbij wordt de score 1 bij de eindmeting het meest gebruikt, terwijl dit bij de nulmeting nog de scores 1 en 3 waren. Het domein 'Dagbesteding' kent de grootste daling in gemiddelde scores. Het verschil tussen de nulmetingscore en de eindmetingscore is daar 0,38. Ook is de meest gebruikte score gedaald van 2 naar 1. Tot slot heeft zich op het domein 'Gezinssituatie' een stijging van de gemiddelde score voorgedaan van 2,38 naar 2,50. Dit betekent dat de problematiek is gestegen. De meest gebruikte score is echter wel gelijk gebleven.

Er lijkt dus een daling van de gemiddelde problematiek te zijn op de domeinen 'Wonen', 'Financiële situatie', 'Gezondheid' en 'Dagbesteding'. Op alle vijf domeinen van de QuickScan samen wordt er gemiddeld 11,27 gescoord bij de nulmeting, en 10,34 bij de eindmeting. Op alle vijf domeinen samen daalt de problematiek gemiddeld met een score van 0,63.

Op de Zelfredzaamheid-Matrix vindt dus een stijging van 0,57 vooruit op elf domeinen, en op de QuickScan vindt een daling van 0,63 plaats op vijf domeinen. Op basis van deze gegevens lijkt er meer sprake te zijn van een afname van de gemiddelde problematiek, dan van een versterking van de gemiddelde zelfredzaamheid bij cliënten.

**Analyse van registratiegegevens.** Om te bekijken of hulpverleners inzetten op het versterken van de zelfredzaamheid van cliënten, is daarnaast inhoudelijk gekeken naar QuickScans en Integrale Vraaganalyses. Uit deze kwalitatieve analyse komt naar voren dat hulpverleners zich met name richten op het stabiliseren van de situatie en het inschakelen van diverse soorten hulp. Hierbij lijkt het versterken van de zelfredzaamheid bij cliënten geen prioriteit te zijn. Zo komt uit een Integrale Vraaganalyse naar voren:

“ Stabiliseren van de thuissituatie helpt mevr. om rust in haar hoofd te krijgen waarin de ruimte wordt gecreëerd om haar problemen in de toekomst zelf te kunnen oppakken. ”

Mogelijk leidt het stabiliseren van de situatie dus in de toekomst tot zelfredzaamheid. In de ingevulde QuickScans en Integrale Vraaganalyses lijkt er slechts in vijf gevallen

ingespeeld te worden op het inzetten van de zelfredzaamheid en eigen kracht van de cliënt. Zo blijkt onder andere uit een Integrale Vraaganalyse:

“ Ondanks de gezinsomstandigheden houdt moeder de regie; zij betreft familienetwerk erbij dat steunend kan zijn. ”

Daarnaast beschrijft een hulpverlener in een van de Integrale Vraaganalyses:

“ Als ze lekker in haar vel zit kan ze het huishouden bijhouden. [Ook kan de cliënt] een gesprek plannen bij Sociale Zaken en jongste [kind] aanmelden bij peuterspeelzaal. ”

Ook wordt in een QuickScanformulier vermeld:

“ [Cliënt] denkt na over of ze iemand kan vragen om een keer op te passen op de kinderen zodat zij iets voor zichzelf kan doen. ”

In veel QuickScans en Integrale Vraaganalyses wordt gesproken over het inzetten van verschillende soorten hulpverlening, en niet over de rol die de cliënt zelf daarbij speelt. Hulpverleners lijken dus niet in alle gevallen in te zetten op het versterken van de zelfredzaamheid en eigen kracht van cliënten.

**Semigestructureerde interviews met cliënten.** Uit de interviews met drie cliënten komt naar voren dat zij ook vooruitgang ervaren. Zo stelt een respondent:

“ Alles is veranderd. Ik voel me opgelucht en de dingen die nodig waren zijn in gang gezet. ”

Daarbij zegt de respondent zeker vooruitgang te zien op de gebieden waar het nodig was. Zo ziet de respondent duidelijke vooruitgang wat betreft haar financiën, psychische klachten en huisvesting. Ook andere respondenten vinden dat er vooruitgang heeft plaatsgevonden. De respondenten stellen voornamelijk dat er stabiliteit is gecreëerd:

“ Rust creëren is het doel. Ik ben nu rustiger en flexibeler. ”

Daarnaast stellen de respondenten dat niet alles van hen wordt overgenomen, maar dat hulpverleners naar hen luisteren tijdens het hulpverleningsproces en dit ten goede komt aan de vooruitgang. Eén van de respondenten zegt dan ook:



“ Ik heb het gevoel de touwtjes weer in handen te hebben. ”

Tot slot vertelt een van de respondenten dat ze blij is met de resultaten die zijn geboekt:

“ Ik ben ook trots, op mezelf en op de resultaten. ”

### **Cliënttevredenheid**

**Semigestructureerde interviews met cliënten.** Uit de interviews met drie cliënten blijkt dat zij tevreden zijn over de resultaten van de hulpverlening. De drie cliënten geven de resultaten van de hulp gemiddeld een 8. De respondenten hebben een goede band met de hulpverleners. Dit komt volgens een respondent ten goede aan de resultaten; de hulpverleners blijven contact met haar opnemen, ook als zij een afspraak vergeet. Mede hierdoor heeft ze het gevoel gehoord te worden:

“ Als iemand mij een duwtje [in de rug] geeft, gaat het goed. Je creëert toch een band. Ze voelen mij aan. ”

De andere respondenten zijn het hiermee eens; volgens hen is de hulpverlening effectief omdat de hulpverlener naar hun verhaal luistert en hun betreft bij beslissingen:

“ Ik kreeg het idee dat ze mijn verhaal wilde horen. Ze zei: “We pakken het desnoods samen aan”. ”

En:

“ Als er iets is, dan staat ze voor me klaar. ”

### **Conclusie en Discussie**

Door middel van deze pilotstudie werd getracht een antwoord te geven op de onderzoeksvraag: Wat zijn de resultaten van de Basisaanpak XL in de wijken Groenewoud, de Kruidenbuurt, Oud-Noord en de Reeshof?

#### **Clientbereik**

Hierbij werd allereerst gekeken naar het cliëntbereik: In hoeverre bereikt de Basisaanpak XL daadwerkelijk de multiprobleemgezinnen? Uit de analyse van de QuickScans en de Integrale Vraaganalyses blijkt dat de cliënten die nu worden geholpen in het kader van de Basisaanpak XL onder de doelgroep vallen; bij alle cliënten is er sprake van

meervoudige problematiek. Hoewel de Basisaanpak XL dus de doelgroep bereikt die bereikt moet worden, zouden zich volgens de hulpverleners nog meer casussen voor de Basisaanpak XL tussen de reguliere casussen van de Toegang bevinden. Het is echter de vraag in hoeverre de gehele doelgroep van de Basisaanpak XL bereikt kan worden. Multiprobleemgezinnen staan namelijk bekend om hun zorgmijding (Goderie & Stekete, 2005). Desondanks stellen hulpverleners dat zich potentiële casussen voor de Basisaanpak XL binnen de Toegang bevinden; deze cliënten zijn dus al in beeld bij hulpverleners.

### **Integrale Samenwerking**

Daarnaast werd gekeken naar de mate van integrale samenwerking: In hoeverre versterkt de Basisaanpak XL de integrale samenwerking met partners binnen de Toegang? Uit de semigestructureerde interviews met hulpverleners en cliënten blijkt dat de Basisaanpak XL heeft gezorgd voor een versterking van de integrale samenwerking. Hulpverleners vertellen dat ze zich meer bewust zijn geworden van het betrekken van andere partners bij de hulpverlening. Daarnaast stellen cliënten dat de samenwerking zo goed verloopt dat het voelt alsof ze ondersteuning krijgen van één organisatie, in plaats van twee. De samenwerking tussen partners binnen de Toegang lijkt dus goed te verlopen, wat ten goede komt aan de ondersteuning van gezinnen (White, Warrenner, Reeves, & La Valle, 2008).

### **Zelfredzaamheid en Vooruitgang**

Het derde aspect van dit onderzoek richtte zich op de vooruitgang: In hoeverre versterkt de Basisaanpak XL de zelfredzaamheid en zorgt de Basisaanpak XL voor vooruitgang bij multiprobleemgezinnen? De analyse van de zeven Zelfredzaamheid-Matrixen laat zien dat er dat er sprake is van een lichte toename in zelfredzaamheid op de domeinen 'Financiën', 'Huisvesting', 'Geestelijke gezondheid', 'Activiteiten Dagelijks Leven' en 'Maatschappelijke Participatie'. Deze stijging lijkt niet erg hoog; op geen enkel domein zijn de gemiddelde scores meer dan 0,43 gestegen. Geen van deze gemiddelde scores zijn daarbij gestegen naar een score van 4 ('voldoende zelfredzaam') of hoger. Daarnaast is er zelfs bij de domeinen 'Dagbesteding', 'Huiselijke relaties', 'Lichamelijke gezondheid', 'Verslaving' en 'Justitie' sprake van een afname in de gemiddelde scores van zelfredzaamheid. In totaal gaan cliënten gemiddeld 0,57 vooruit op alle domeinen samen, wat verspreid over elf domeinen niet veel lijkt te zijn.

Naast zelfredzaamheid is gekeken naar vooruitgang op de domeinen van de QuickScan. Uit de analyse van deze formulieren komt naar voren dat er sprake is van vooruitgang op de domeinen 'Wonen', 'Financiële situatie', 'Gezondheid' en 'Dagbesteding' en hier de gemiddelde scores dus dalen. Uit de semigestructureerde interviews met de cliënten komt naar voren dat er sprake was van vooruitgang op de gebieden waar het nodig was. Op het domein 'Gezinssituatie' stijgt de gemiddelde score;

hier is dus sprake van achteruitgang. Mogelijk kan het vanwege de meervoudige problematiek langer duren voor er vooruitgang op dit domein optreedt.

Er lijkt dus meer vooruitgang te zijn op de domeinen van de QuickScan dan de domeinen van de Zelfredzaamheid-Matrix. Een verklaring voor de geringe toename op de elf domeinen van de Zelfredzaamheid-Matrix kan zijn dat hulpverleners de zelfredzaamheid van de cliënt niet genoeg versterken. Hulpverleners lijken namelijk in de QuickScans en Integrale Vraaganalyses nauwelijks in te zetten op de zelfredzaamheid en eigen kracht van de cliënt. Er lijkt dus geen sprake te zijn van de 'samenwerkingsbenadering', waarbij uit wordt gegaan van de oploskracht van cliënten, maar van de 'gebrekenbenadering', een probleemgerichte benadering waarbij voor elk probleem een oplossing door een professional wordt gezocht (Sousa et al., 2006; Sousa & Rodrigues, 2012). Dit is tevens te zien in de instrumenten die het meest worden gebruikt door hulpverleners; standaard wordt de QuickScan ingezet. Dit instrument richt zich op de mate van problematiek, en is dus geformuleerd volgens de 'gebrekenbenadering'. De Zelfredzaamheid-Matrix werd slechts in zes gevallen gebruikt, maar is meer gefocust op de mate van zelfredzaamheid en wat cliënten zelf kunnen. Laatstgenoemde instrument lijkt dus meer in te spelen op de 'samenwerkingsbenadering' (Sousa & Rodrigues, 2012).

Echter kunnen de diverse levensdomeinen van de Zelfredzaamheid-Matrix elkaar compenseren. Zo kan een gezin onder bewindvoering worden geplaatst, waardoor het gezin achteruit gaat op het domein 'financiële zelfredzaamheid'. Een vermindering van de financiële zelfredzaamheid kan echter ten goede komen aan bijvoorbeeld de geestelijke gezondheid of de opvoeding, waardoor de zelfredzaamheid op die domeinen juist stijgt. De levensdomeinen van de Zelfredzaamheid-Matrix hoeven dus niet altijd leidend te zijn.

Daarbij richt de Basisaanpak XL zich op een doelgroep met meervoudige problematiek. Het bevorderen van de zelfredzaamheid kan dan soms op de tweede plek staan. Omdat de situatie bij multiprobleemgezinnen vaak eerst gestabiliseerd moet worden, kan de hulpverlener tijdelijk de regie nemen. Er is dan niet direct sprake van het bevorderen van de zelfredzaamheid, maar het stabiliseren van het gezin. Stabiliteit is in sommige gevallen dus een vorm van vooruitgang. Dit hangt af van de inschatting van de mogelijkheden van de cliënt door de hulpverlener.

### **Cliënttevredenheid**

Tot slot werd gekeken naar de tevredenheid van cliënten: Hoe tevreden zijn de cliënten over de hulpverlening in het kader van de Basisaanpak XL? Er kan geconcludeerd worden dat de geïnterviewde cliënten tevreden zijn over de resultaten van de hulpverlening in het kader van de Basisaanpak XL. Gemiddeld geven cliënten de resultaten van de hulp een 8. Echter is slechts bij drie cliënten een semigestructureerd interview afgenomen en

vastgesteld hoe tevreden zij zijn. Een totaalbeeld van de cliënttevredenheid is dus niet verkregen.

### **Sterke Punten**

Deze pilotstudie heeft veel positieve resultaten opgeleverd. Allereerst vond de pilotstudie plaats in de dynamische context van de Toegang; een context waarin zich veel veranderingen hebben afgespeeld. Desondanks hebben de hulpverleners registratiegegevens gedeeld, interviews gegeven en cliënten benaderd voor interviews.

Daarnaast zijn alle cliënten die zijn geholpen in het kader van de Basisaanpak XL geïncorporeerd in dit onderzoek. Dit betekent dat er over de gehele cliëntengroep is geregistreerd door de hulpverleners. Daarnaast zijn zowel hulpverleners als cliënten gesproken, waardoor een volledig beeld is ontstaan van de resultaten van de aanpak. Tot slot heeft de pilotstudie uitgewezen dat de Basisaanpak XL de juiste doelgroep bereikt, de integrale samenwerking heeft versterkt, heeft gezorgd voor een afname van de problematiek en dat cliënten tevreden zijn over de resultaten.

### **Beperkingen**

Doordat de pilotstudie plaatsvond in een dynamische context, zijn er ook enkele beperkingen naar voren gekomen. Allereerst was er niet van alle cliënten een nul- en eindmeting van de Zelfredzaamheid-Matrix beschikbaar. Niet alle hulpverleners werkten met deze matrix, omdat dit een relatief nieuw instrument voor hen was. Hierdoor kan geen volledig beeld verkregen worden van de vooruitgang of achteruitgang met betrekking tot de zelfredzaamheid van cliënten. Daarnaast is getracht de cliënttevredenheid te meten. Omdat hier slechts drie van de achttien cliënten informatie over hebben gegeven, kan geen betrouwbaar beeld van de tevredenheid over de resultaten van de hulp worden gevormd.

### **Aanbevelingen voor de Gemeente**

Uiteindelijk zijn er weinig casussen die daadwerkelijk het traject van de Basisaanpak XL hebben doorlopen. Desondanks heeft de Basisaanpak XL de hulpverleners geattendeerd op het versterken van de integrale samenwerking en het sneller starten van een hulpverleningstraject wanneer dit nodig was. Wellicht kan de gehele Toegang versterkt worden met de elementen van de Basisaanpak XL, namelijk de integrale samenwerking en het sneller starten van de hulpverlening wanneer er sprake is van meervoudige problematiek.

Daarnaast zou meer ingespeeld kunnen worden op het werken volgens de 'samenwerkingsbenadering' (Sousa & Rodrigues, 2012). Dit kan bijvoorbeeld door de hulpverlening meer op de zelfredzaamheid en eigen kracht van cliënten te richten. Omdat de QuickScan gericht is op de mate van de problematiek en wellicht uitnodigt tot probleemgerichte hulpverlening, kan gebruik gemaakt worden van de Zelfredzaamheid-

Matrix. Hulpverleners hebben goede ervaringen met dit instrument. Daarbij richt de Zelfredzaamheid-Matrix zich niet op de problematiek, maar op wat de cliënt zelf kan.

Daarbij zouden casussen consistentere geregistreerd kunnen worden; nu gebruiken sommige hulpverleners de Zelfredzaamheid-Matrix wel, en anderen niet. Ook de cliënttevredenheid zou op een consistente manier bijgehouden kunnen worden. Door het niet consistent registreren van de zelfredzaamheid en cliënttevredenheid wordt het monitoren van de vooruitgang of achteruitgang bemoeilijkt, terwijl monitoring een werkzaam onderdeel lijkt te zijn van effectieve hulpverlening. Niet alleen het meten van de vooruitgang of achteruitgang is een belangrijk doel, maar ook het monitoren van effecten die tijdens de hulp optreden (Van Yperen, 2013).

Verder onderzoek zou uit moeten wijzen of de huidige hulpverlening in het kader van de Basisaanpak XL leidt tot een significante versterking van de zelfredzaamheid van cliënten. Vanwege het kleine aantal ingevulde Zelfredzaamheid-Matrixen kan hier geen betrouwbare conclusie aan worden gekoppeld. Ook zou verder onderzoek uit moeten wijzen of cliënten tevreden zijn over de resultaten van de hulp, door een consistente meting over alle cliënten.

De sterke elementen van de Basisaanpak XL verdienen het om ingezet te worden op alle cliënten met meervoudige problematiek. Dit zal niet alleen ten goede komen aan de cliënten, maar ook aan de hulpverleners. Door het consistent registreren en het meer inspelen op de zelfredzaamheid van cliënten zal de effectiviteit van de hulp aan multiprobleemgezinnen nog meer verbeterd kunnen worden.

## Literatuur

---

- Aarse, H. R. (2003). *De betekenis van cliënttevredenheid als indicator voor kwaliteit van zorg* (Proefschrift, Universiteit van Amsterdam). Geraadpleegd via <http://hdl.handle.net/11245/1.211587>
- Andersson Elffers Felix. (2014). *Instrumentarium voor de frontlijn in het sociale domein*. Geraadpleegd via <http://www.tcommunity.nl>
- Asscher, J., Hermans, J., & Dekovic, M. (2006). Determinants of need for support in families with young children. *Journal of Children's Services, 1*(4), 21-34. doi:10.1108/17466660200600029
- Baartman, H., & Dijkstra, J. S. (1987). Multi-probleemgezinnen II; de opvoedingsproblematiek. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 1*, 2-20.
- Bartley, M. (1994). Unemployment and ill health: Understanding the relationship. *Journal of Epidemiology and Community Health, 48*, 333-337. doi:10.1136/jech.48.4.333
- Becker, J., Kovach, A. C., & Gronseth, D. L. (2004). Individual empowerment: How community health workers operationalize self-determination, self-sufficiency, and decision-making abilities of low-income mothers. *Journal of Community Psychology, 32*, 327-342. doi:10.1002/jcop.20000
- Beschrijving. Zelfredzaamheid als uitkomst. (2016). Geraadpleegd via <http://www.zelfredzaamheidmatrix.nl/zrm/overzrm/overbeschrijving>
- Binnendijk, M. (2014). *Participeren gaat niet vanzelf* (Master Thesis, Universiteit Utrecht). Geraadpleegd via <http://dspace.library.uu.nl/handle/1874/298518>
- Bodden, D. H. M., & Dekovic, M. (2015). Multiproblem families referred to youth mental health: What's in a name? *Family Process, 55*, 31-47. doi:10.1111/famp.12144
- Boeije, H., & Tijmstra, J. (2013). *Kiezen en verantwoordten: een reactie op Van Hulst en Van Zuydam*. Geraadpleegd via [https://www.tijdschriftkwalon.nl/scripts/shared/artikel\\_pdf.php?id=KW-18-1-12](https://www.tijdschriftkwalon.nl/scripts/shared/artikel_pdf.php?id=KW-18-1-12)
- Böhmer, R. M. J. (2005). Medicine's service challenge: Blending custom and standard care. *Health Care Management Review, 30*, 322-330. Geraadpleegd via <http://ovidsp.tx.ovid.com.proxy.library.uu.nl/>
- Brunette, M. F., Mueser, K. T., & Drake, R. E. (2004). A review of research on residential programs for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. *Drug and Alcohol Review, 23*, 471-481. doi:10.1080/09595230412331324590
- Cortis, N., Katz, I., & Patulny, R. (2009). *Engaging hard-to-reach families and children*. Geraadpleegd via de website van het Social Policy Research Centre: [https://www.sprc.unsw.edu.au/media/SPRCFile/33\\_OccPaper\\_26.pdf](https://www.sprc.unsw.edu.au/media/SPRCFile/33_OccPaper_26.pdf)
- Couwenberg, M., & Rinsum, A. van. (2015). *Startnotitie XL-aanpak. Doorontwikkeling van de Toegang voor ondersteuningsvragen*. Tilburg: Gemeente Tilburg.

- Doherty, P., Hall, M., & Kinder, K. (2003). *On Track thematic report: assessment, referral and hard-to-reach groups* (Research Report 475). Geraadpleegd via [http://www.ibrarian.net/navon/paper/On\\_Track\\_Thematic\\_Report\\_\\_Assessment\\_\\_Referral\\_an.pdf?paperid=8721925](http://www.ibrarian.net/navon/paper/On_Track_Thematic_Report__Assessment__Referral_an.pdf?paperid=8721925)
- Fassaert, T., Lauriks, S., Buster, M., Wit, M. de., Weerd, S. van de., Schönerberger, M. (2013). *ZRM-supplement: Ouderschap. Handleiding & Toelichting*. Amsterdam: GGD Amsterdam.
- Fassaert, T., Lauriks, S., Weerd, S. van de., Theunissen, J., Kikkert, M., Dekker, J., . . . Wit, M. de. (2014). Psychometric properties of the Dutch version of the Self-Sufficiency Matrix (SSM-D). *Community Mental Health Journal, 50*, 583-590. doi:10.1007/s10597-013-9683-6
- Fernandez, E. (2007). Supporting children and responding to their families: Capturing the evidence on family support. *Children and Youth Services Review, 29*, 1368-1394. doi:10.1016/j.chilyouth.2007.05.012
- Gallie, D., Paugam, S., & Jacobs, S. (2003). Unemployment, poverty and social isolation: Is there a vicious circle of social exclusion? *European Societies, 5*, 1-32. doi:10.1080/1461669032000057668
- Garber, B. D. (2011). Parental alienation and the dynamics of the enmeshed parent-child dyad: Adulthood, parentification, and infantilization. *Family Court Review, 49*, 322-335. doi:10.1111/j.1744-1617.2011.01374.x
- Gelberg, L., Andersen, R. M., & Leake, B. D. (2000). The behavioral model for vulnerable populations: Application to medical care use and outcomes for homeless people. *Health Services Research, 34*, 1273-1302. Geraadpleegd via <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Ghesquière, P. (1993). *Multi-probleemgezinnen. Problematische hulpverleningssituaties in perspectief*. Geraadpleegd via <https://books.google.nl/>
- Goderie, M., & Steketee, M. (2005). *Gezinnen in onbalans. Onderzoek naar het bereiken van gezinnen in probleemsituaties*. Geraadpleegd via de website van het Verwey-Jonker Instituut: [http://www.verwey-jonker.nl/doc/jeugd/Gezinnen%20in%20onbalans\\_tweede%20druk.pdf](http://www.verwey-jonker.nl/doc/jeugd/Gezinnen%20in%20onbalans_tweede%20druk.pdf)
- Goldstein, L. H., Harvey, E. A., Friedman-Weieneth, J. L., Pierce, C., Tellert, A., & Sippel, J. C. (2007). Examining subtypes of behaviour problems among 3-year-old children, part II: Investigating differences in parent psychopathology, couple conflict, and other family stressors. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35*, 111-123. doi:10.1007/s10802-006-9047-6
- Graafland, E. (2011). *Clïenttevredenheid over therapeutische behandelingen binnen Zonnehuizen* (Master Thesis, Universiteit Leiden). Geraadpleegd via <https://openaccess.leidenuniv.nl/handle/1887/18958>

- Groenendaal, H., & Dekovic, M. (2000). *Risicofactoren voor kwaliteit van de opvoeding*. Geraadpleegd via [http://en.aup.nl/wosmedia/3346/vol\\_20\\_nr\\_1\\_-\\_risicofactoren\\_voor\\_kwaliteit\\_van\\_de\\_opvoeding.pdf](http://en.aup.nl/wosmedia/3346/vol_20_nr_1_-_risicofactoren_voor_kwaliteit_van_de_opvoeding.pdf)
- Het wie-wat-waarom van de Tilburgse aanpak. Zorg, werk en jeugdhulp in Tilburg. (2014). Geraadpleegd via <http://www.plein013.nl/wpcontent/uploads/2015/01/141217Factsheet-ToegangTilburg.pdf>
- Jansen, D. E. M. C., Klaassen-Vermaat, M., Evenboer, K. E., & Reijneveld, S. A. (oktober 2015). What works for multiproblem families? Evidence based interventions in the Netherlands. *European Journal of Public Health, 25* (Suppl. 3). doi:10.1093/eurpub/ckv176.122
- Kolthof, H. J., Kikkert, M. J., & Dekker, J. (2014). Multiproblem or multirisk families? A broad review of the literature. *Journal of Child and Adolescent Behaviour, 2*. doi: 10.4172/2375-4494.1000148
- Laere, I. van., Wit, M. de., & Klazinga, N. (2009). Preventing evictions as a potential public health intervention: characteristics and social medical risk factors of households at risk in Amsterdam. *Scandinavian Journal of Public Health, 37*, 697-705. doi:10.1177/1403494809343479
- Lauriks, S., Buster, M., Wit, M. de., Weerd, S. van de., Theunissen, V., Schöneberger, M., & Fassaert, T. (2013). *Handleiding en toelichting bij de Zelfredzaamheid-Matrix*. Amsterdam: GGD Amsterdam.
- Lawrinson, P., Copeland, J., & Indig, D. (2005). Development and validation of a brief instrument for routine outcome monitoring in opioid maintenance pharmacotherapy services: The brief treatment outcome measure (BTOM). *Drug and Alcohol Dependence, 80*, 125-133. doi:10.1016/j.drugalcdep.2005.04.001
- Long, D. A. (2001). From support to self-sufficiency: How successful are programs in advancing the financial independence and well-being of welfare recipients? *Evaluation and Program Planning, 24*, 389-408. doi:10.1016/S0149-7189(01)00039-8
- Matos, A. R., & Sousa, L. M. (2004). How multiproblem families try to find support in social services. *Journal of Social Work Practice, 18*, 65-80. doi:10.1080/0265053042000180590
- Morgen, S. (2001). The agency of welfare workers: Negotiating devolution, privatization, and the meaning of self-sufficiency. *American Anthropologist, 103*, 747-761. doi:10.1525/aa.2001.103.3.747



- Nolan, B., & Whelan, C. T. (2009, maart). Using non-monetary deprivation indicators to analyse poverty and social exclusion in rich countries: Lessons from Europe? Paper gepresenteerd op *Joint OECD/University of Maryland International Conference*. Geraadpleegd via <http://www.ucd.ie/t4cms/wp11%2009%20noaln%20whelan.pdf>
- Plan van Aanpak: Toegangsteam Reeshof/Gesworen Hoek. (2015). Tilburg: Toegang.
- Programma van Eisen 'Toegang en lichte ondersteuning 2016'. (2016). Tilburg: Gemeente Tilburg.
- Regio Hart van Brabant. (2015). *De Toegang in de negen gemeenten Regio Hart voor Brabant*. Geraadpleegd via [https://www.zorginregiohartvanbrabant.nl/uploads/content/file/HvB\\_negen%20keer%20Toegang\\_25%20augustus%202015.pdf](https://www.zorginregiohartvanbrabant.nl/uploads/content/file/HvB_negen%20keer%20Toegang_25%20augustus%202015.pdf)
- Rinsum, A. van., & Couwenberg, M. (2015). *De Toegang voor ondersteuningsvragen. Innovatieplan deel: XL aanpak*. Tilburg: Gemeente Tilburg.
- Ritchie, J. (2003). The applications of qualitative methods to social research. In J. Ritchie & J. Lewis (Ed.), *Qualitative research practice. A guide for social science students and Researchers* (pp. 24-46). Geraadpleegd via <http://www.sxf.uevora.pt/>
- Rojano, R. (2004). The practice of community family therapy. *Family Process, 43*, 59-77. doi:10.1111/j.1545-5300.2004.04301006.x
- Rots-De Vries, M. C. (2010). *Rich evidence for poor families. Exploring the potential of practice-driven intervention research in Preventive Child Healthcare* (Proefschrift). Geraadpleegd via [https://pure.uvt.nl/portal/en/publications/rich-evidence-for-poor-families\(bfe97844-156e-4d9f-b862-fda7ec0b78e9\).html](https://pure.uvt.nl/portal/en/publications/rich-evidence-for-poor-families(bfe97844-156e-4d9f-b862-fda7ec0b78e9).html)
- Samenvatting plannen Basisaanpak XL. (2015). Tilburg: Toegang.
- Sandstrom, H., & Huerta, S. (2013). *The negative effects of instability on child development: A research synthesis*. Geraadpleegd via de website van het Urban Instituut: <http://www.urban.org/UploadedPDF/412899-The-Negative-Effects-of-Instability-on-Child-Development.pdf>
- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 452-464. doi:10.1037/0022-006X.71.3.452
- Slade, M. (2002). Routine outcome assessment in mental health services. *Psychological Medicine, 32*, 1339-1343. doi:10.1017/S0033291701004974
- Sousa, L. M. (2005). Building on personal networks when intervening with multiproblem poor families. *Journal of Social Work Practice, 19*, 163-179. doi:10.1080/02650530500144766

- Sousa, L. M., Ribeiro, C. & Rodrigues, S. (2006). Intervention with multi-problem poor clients: Towards a strengths-focused perspective. *Journal of Social Work Practice, 20*, 189-204. doi:10.1080/02650530600776913
- Sousa, L. M., & Rodrigues, S. (2012). The collaborative professional: Towards empowering vulnerable families. *Journal of Social Work Practice, 26*, 411-425. doi:10.1080/02650533.2012.668878
- Steketee, M., & Vandenbroucke, M. (2010). *Typologie voor een strategische aanpak van multiprobleemgezinnen in Rotterdam. Een studie in het kader van Klein maar Fijn – CEPHIR*. Geraadpleegd via: [http://www.verwey-jonker.nl/doc/vitaliteit/Typologie\\_multiprobleemgezinnen\\_Rotterdam.pdf](http://www.verwey-jonker.nl/doc/vitaliteit/Typologie_multiprobleemgezinnen_Rotterdam.pdf)
- Tausendfreund, T., Knot-Dickscheit, J., Schulze, G. C., Knorth, E. J., & Grietens, H. (2015). Families in multi-problem situations: Backgrounds, characteristics and care services. *Child and Youth Services, 37*, 1-19. doi:10.1080/0145935X.2015.1052133
- Timmermans, A. (2009). *Samenhang tussen harde discipline, gedragscontrole, psychologische controle en psychopathologie bij het kind. Een vergelijking tussen multi-probleem gezinnen en gezinnen uit de algemene Nederlandse bevolking* (Master Thesis, Universiteit Utrecht). Geraadpleegd via <http://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/35399/Masterthesis%20Timmermans,%20AMHB-3243060.pdf?sequence=1>
- Vosselman, J., Polstra, L., & Daalman, M. (2005). *Te veel problemen onder één dak. Een QuickScan naar multi-probleemgezinnen in Groningen*. Geraadpleegd via de website van Onderzoek en Statistiek Groningen: [http://www.os-groningen.nl/images/stories/rapport/Te\\_veel\\_problemen\\_onder\\_een\\_dak.pdf](http://www.os-groningen.nl/images/stories/rapport/Te_veel_problemen_onder_een_dak.pdf)
- Vostanis, P., Graves, A., Meltzer, H., Goodman, R., Jenkins, R., & Brugha, T. (2006). Relationship between parental psychopathology, parenting strategies and child mental health: Findings from the GB national study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41*, 509-514. doi:10.1007/s00127-006-0061-3
- White, C., Warrenner, M., Reeves, A., & La Valle, I. (2008). *Family intervention projects: An evaluation of their design, set-up and early outcomes*. Geraadpleegd via <http://dera.ioe.ac.uk/8578/1/acf44f.pdf>
- Yperen, T. A. van. (2003). *Gaandeweg*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.
- Yperen, T. A. van. (2013). *Met kennis oogsten. Monitoring en doorontwikkeling van integrale zorg voor jeugd*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Yperen, T. A. van., Wilde, E. J. de., Wilschut, M. de., Kreuzenkamp, S., & Jager, M. de. (2015). *Outcome-sturing in de jeugdhulp. 10 tips voor gemeenten en aanbieders*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.



**Bijlage 2. Topiclist semigestructureerde interviews met gezinnen**

1. Kunt u wat vertellen over uw situatie toen uw hulpverlener bij u thuis kwam?
  
2. Waaraan moest gewerkt worden/is gewerkt?
  - Voorbeelden
  
3. Hoe gaat het nu met u? Is er vooruitgang geboekt?
  - Voorbeelden
  
4. Hoe tevreden bent u met de resultaten van de hulp? Geef een rapportcijfer van 1 tot en met 10.
  - Waarom?
  
5. Vergelijking met hulpverlening van vroeger/voorheen
  
6. Wat zijn tips/verbeterpunten?

**Bijlage 3. Format QuickScan**

Cliënt <i>Cliënt*:</i>  Naam  Adres: Postcode: Woonplaats: Telefoonnummer: Emailadres: Geboortedatum: BSN: Huisarts:				
Datum				
Professional Naam:  Functie & organisatie: Contactgegevens:				
1. Hulpvraag/beleving cliënt				
2. Meer aan de hand? [korte onderbouwing in bullets]	1. Situatie is goed / redelijk op orde	2. Fragiele en/of onduidelijke situatie	3. Situatie is ernstig en/of complex	4. Situatie is ernstig en acuut
a. Wonen ( <i>huisvesting</i> )				
b. Financiële situatie ( <i>inkomen/schulden</i> )				

c. Gezondheid ( <i>lichamelijk/geestelijk</i> )				
d. Dagbesteding ( <i>werk/school/participatie</i> )				
e. Gezinssituatie ( <i>samenstelling/opvoeding</i> )				
<b>3. Andere betrokkenen?</b>  a. Sprake van andere hulp-, zorg-, dienst-verlening of ondersteuning? ( <i>Bijv. eigen kracht, (in)formele zorg/netwerk</i> ) b. Heeft klant al een indicatie? Zo ja, waarvoor? Wat is de einddatum? c. Is er sprake van coördinatie?				
<b>4. Vervolgstappen en verantwoordelijke(n)</b> <i>Afspraken over wie wanneer wat doet</i>  <div style="text-align: right; padding-right: 20px;"> <i>Cliënt:</i>     ▪                                        ▪  <i>Systeem/netwerk:</i>     ▪                                        ▪                                        ▪  <i>Professional(s)</i>     ▪                                        ▪                 </div>				

\* Onder de cliënt wordt het gezinslid verstaan voor wie de hulp wordt aangevraagd. Indien van toepassing noteer je ook de gegevens van de overige gezinsleden.

**Bijlage 4. Format Integrale Vraaganalyse**

Naam Cliënt*: Adres: Postcode: Woonplaats: Telefoonnummer: Emailadres: Geboortedatum: BSN: Huisarts:					
<b>Datum</b>					
<b>Professional</b> Naam: Functie: organisatie: Contactgegevens:					
<b>Leefgebied</b>	Wonen	Financiële situatie	Gezondheid	Dagbesteding/ participatie	Gezinssituatie
<b>1. ANALYSE HUIDIGE SITUATIE</b> (samenvatting QuickScan en verdieping)					
<b>a. Waar heeft de cliënt last van? Wat zou de cliënt graag veranderen?</b>					
<b>b. Wat gaat er goed? Wat kan de cliënt of zijn netwerk zelf?</b>					

<p><b>c. Hoe schatten het netwerk, de hulpverlener en evt. anderen de zorg in?</b></p>					
<p><b>2. GEWENSTE RESULTATEN</b></p>					
<p><b>a. Wat is de gewenste situatie voor de cliënt?</b></p>					
<p><b>b. Met welke eerste stap wil de cliënt beginnen / is nodig i.v.m. urgentie problematiek?</b></p>					
<p><b>c. Wie doet wat en wanneer?</b> <i>(acties met planning)</i></p>					
<p><i>Cliënt</i></p>					
<p><i>Systeem/netwerk</i></p>					
<p><i>Informele zorg</i></p>					
<p><i>Professional(s) T-aanpak</i></p>					
<p><i>Professional(s) Zorgaanbieder (uren en hulpvorm)</i></p>					
<p><b>d. Wie coördineert?</b> + afspraken over evaluatie</p>					
<p><b>Ondertekening door cliënt*</b></p>					



**Bijlage 5. De Zelfredzaamheid-Matrix**

**Zelfredzaamheid-Matrix 2013**



DOMEIN	1 – acute problematiek	2 – niet zelfredzaam	3 – beperkt zelfredzaam	4 – voldoende zelfredzaam	5 – volledig zelfredzaam
<b>Financiën</b>	Geen inkomsten. Hoge, groeiende schulden.	Onvoldoende inkomsten <i>en/of</i> spontaan of ongepast uitgeven. Groeiende schulden.	Komt met inkomsten aan basis behoeften tegemoet <i>en/of</i> gepast uitgeven. Eventuele schulden zijn tenminste stabiel <i>en/of</i> bewindvoering/inkomensbeheer.	Komt aan basis behoeften tegemoet zonder uitkering. Beheert eventuele schulden zelf <i>en</i> deze verminderen.	Inkomsten zijn ruim voldoende, goed financieel beheer. Heeft met inkomen mogelijkheid om te sparen.
<b>Dagbesteding</b>	Geen dagbesteding <i>en</i> veroorzaakt overlast.	Geen dagbesteding maar geen overlast.	Laagdrempelige dagbesteding <i>of</i> arbeidsactivering.	Hoogdrempelige dagbesteding <i>of</i> arbeidstoeleiding <i>of</i> tijdelijk werk <i>en/of</i> volgt opleiding voor startkwalificatie (havo, vwo, of mbo-2).	Vast werk <i>en/of</i> volgt opleiding hoger dan startkwalificatie (havo, vwo, of mbo-2).
<b>Huisvesting</b>	Dakloos <i>en/of</i> in nachtopvang.	Voor wonen ongeschikte huisvesting <i>en/of</i> huur/hypotheek is niet betaalbaar <i>en/of</i> dreigende huisuitzetting.	In veilige, stabiele huisvesting maar slechts marginaal toereikend <i>en/of</i> in onderhuur <i>of</i> niet-autonome huisvesting.	Huishouden heeft veilige, toereikende huisvesting <i>en</i> (huur)contract met bepalingen <i>en/of</i> gedeeltelijk autonome huisvesting.	Huishouden heeft veilige, toereikende huisvesting <i>en</i> regulier (huur)contract <i>en/of</i> autonome huisvesting.
<b>Huiselijke relaties</b>	Sprake van huiselijk geweld, kindermishandeling of verwaarlozing.	Leden van het huishouden gaan niet goed met elkaar om <i>en/of</i> potentieel huiselijk geweld, kindermishandeling of verwaarlozing.	Leden van het huishouden erkennen problemen en proberen negatief gedrag te veranderen.	Relationele problemen tussen leden van het huishouden zijn niet (meer) aanwezig <i>en/of</i> woont alleen.	Communicatie tussen leden van het huishouden is consistent open. Leden van het huishouden ondersteunen elkaar.
<b>Geestelijke gezondheid</b>	Een gevaar voor zichzelf of anderen <i>en/of</i> terugkerende suicide-ideatie. Ernstige moeilijkheden in het dagelijks leven door geestelijke stoornis.	Aanhoudende geestelijke gezondheidsproblemen die het gedrag kunnen beïnvloeden, maar geen gevaar voor zichzelf/anderen. Moeilijkheden in het dagelijks functioneren door symptomen <i>en/of</i> geen behandeling.	Milde symptomen kunnen aanwezig zijn <i>en/of</i> enkel matige functioneringsmoeilijkheden door geestelijke problemen <i>en/of</i> behandeltrouw is minimaal.	Minimale symptomen die voorspelbare reactie zijn op stressoren in het leven <i>en/of</i> marginale beperking van functioneren <i>en/of</i> goede behandeltrouw.	Symptomen zijn afwezig of zeldzaam. Goed of superieur functioneren in een groot aantal diverse activiteiten. Niet meer dan de dagelijkse besommeringen of zorgen.
<b>Lichamelijke gezondheid</b>	Heeft direct medische aandacht nodig. Een noodgeval/kritieke situatie.	Een (direct/ chronische) medische aandoening die regelmatig behandeling vereist wordt niet behandeld. Matige beperking van (lichamelijke) activiteiten tgv een lichamenlijk gezondheidsprobleem.	Een (chronische) medische aandoening wordt behandeld maar behandeltrouw is minimaal. De lichamenlijke gezondheidsproblemen leiden tot een lichte beperking in mobiliteit en activiteit.	Erkent behoefte aan hulp voor de (chronische) medische aandoening. Goede behandeltrouw.	Er zijn geen directe of voortdurende medische problemen.



DOMEIN	1 – acute problematiek	2 – niet zelfredzaam	3 – beperkt zelfredzaam	4 – voldoende zelfredzaam	5 – volledig zelfredzaam
<b>Verslaving</b>	Voldoet aan criteria voor ernstig misbruik/ verslaving. Resulterende problemen zijn zo ernstig dat institutionalisering of hospitalisatie noodzakelijk is.	Voldoet aan criteria voor verslaving. Preoccupatie met gebruiken en/of bemachtigen van middelen. Onthoudingsverschijnselen of afkickontwijkend gedrag zichtbaar. Gebruik resulteert in ontwijken of verwaarlozen van essentiële activiteiten van het dagelijks leven.	Gebruik binnen de laatste 30 dagen. Aanwijzingen voor aan middelengebruik gerelateerde sociale, werkgerelateerde, emotionele of fysieke problemen. Gebruik interfereert niet met essentiële activiteiten van het dagelijks leven en/of behandeltrouw is minimaal.	Client heeft gedurende de laatste 30 dagen gebruikt maar er zijn geen sociale, werkgerelateerde, emotionele of fysieke problemen ten gevolge van het gebruik zichtbaar. Geen aantoonbaar voortdurend of gevaarlijk middelengebruik en/of goede behandeltrouw.	Geen middelengebruik/ misbruik in de laatste 30 dagen.
<b>Activiteiten Dagelijks Leven</b>	Ernstige beperkingen op alle of bijna alle gebieden van zelfzorg en complexe activiteiten.	Belangrijk probleem op één of meer gebieden van zelfzorg (eten, wassen, aankleden, naar toilet gaan) en meerdere complexe activiteiten worden niet uitgevoerd.	Voorziet in de meeste maar niet alle basis behoeften van het dagelijks leven en de zelfzorg is op peil, maar één of meerdere complexe activiteiten worden niet uitgevoerd.	Voorziet in alle basis behoeften van het dagelijks leven en alleen ondergeschikte problemen (bijvoorbeeld slordig zijn, gedesorganiseerd).	Geen problemen van deze aard en functioneert goed op alle gebieden.
<b>Sociaal netwerk</b>	Gebrek aan noodzakelijke steun van familie/ vrienden en geen contacten buiten eventuele foute vriendenkring of ernstig sociaal isolement.	Familie/ vrienden hebben niet de vaardigheden/ mogelijkheden om te helpen en nauwelijks contacten buiten eventuele foute vriendenkring. Blijvend, belangrijk probleem als gevolg van actief of passief terugtrekken uit sociale relaties.	Enige steun van familie/vrienden en enige contacten buiten eventuele foute vriendenkring. Duidelijk probleem in maken of onderhouden van ondersteunende relaties.	Voldoende steun van familie/ vrienden en weinig contacten met eventuele foute vrienden.	Gezond sociaal netwerk en geen foute vrienden.
<b>Maatschappelijke participatie</b>	Niet van toepassing door crisissituatie en/of in 'overtlevingsmodus'.	Maatschappelijk geïsoleerd en/of geen sociale vaardigheden en/of gebrek aan motivatie om deel te nemen.	Nauwelijks participierend in maatschappij en/of gebrek aan vaardigheden om betrokken te raken.	Enige maatschappelijke participatie (bijv. adviesgroep, steungroep) maar er zijn hindernissen zoals mobiliteit, discipline, of kinderopvang.	Actief participierend in de maatschappij.
<b>Justitie</b>	Zeer regelmatig (maandelijks) contact met politie en/of openstaande zaken bij justitie.	Regelmatig (meerdere keren per jaar) contact met politie en/of lopende zaken bij justitie.	Incidenteel (eens per jaar) contact met politie en/of voorwaardelijke straf of - invrijheidstelling.	Zelden (minder dan eens per jaar) contact met politie en/of strafblad.	Geen contact met politie. Geen strafblad