

Beter Thuis

Integraal werken met gezinnen met meervoudige en complexe problematiek

Een evaluatie van het zorgaanbod

youz ^{PG}

ipse
de bruggen

Jeugdformaat ^{maak je verder}



dr. Rianne Jansen, Rianne Wassink – de Stigter, MSc, dr. Inge Simons, Mathijs Deen, MSc en dr. Sarah Soenen



Dit project is mede mogelijk gemaakt door het Transformatiefonds Haaglanden en financiële middelen vanuit Youz en Ipse de Bruggen

Auteurs

dr. Rianne Jansen¹

Rianne Wassink – de Stigter, MSc^{1,4}

dr. Inge Simons³ (voorheen 1)

Mathijs Deen, MSc^{2,5}

dr. Sarah Soenen¹

Affiliaties

¹ Beter Thuis, een initiatief van Jeugdformaat, Ipse De Bruggen en Youz. Youz is onderdeel van Parnassia Groep.

² Parnassia Groep Academie, onderdeel van Parnassia Groep.

³ De Banjaard Ambulant – Den Haag, TOPGGz afdeling voor jeugdigen met een LVB (Youz, Parnassia Groep).

⁴ Amsterdam UMC, Kinder- en jeugdpsychiatrie

⁵ Universiteit Leiden, Faculteit der Sociale Wetenschappen, Instituut Psychologie, sectie Methodologie en Statistiek.

September, 2025

Voorwoord

Met trots bieden we u dit rapport aan over de evaluatie van het zorgaanbod van Beter Thuis. Deze rapportage laat zien welke betekenis een integrale en specialistische aanpak kan hebben voor gezinnen die dagelijks worstelen met meervoudige en complexe problematiek.

De cijfers en verhalen in dit document bevestigen wat we in de praktijk al langer ervaren: herstel van het gewone leven vraagt om samenwerking over de grenzen van organisaties, domeinen en financieringsstromen heen. Binnen Beter Thuis is de kracht gebleken van één team dat kennis, kunde en menselijkheid bundelt – met oog voor zowel het individu als het gezin als geheel.

We zijn bijzonder dankbaar voor de inzet en betrokkenheid van alle medewerkers, onderzoekers en samenwerkingspartners die aan dit programma en deze evaluatie hebben bijgedragen. Ook bedanken we de gezinnen die hun ervaringen hebben gedeeld. Hun openheid maakt het mogelijk om te leren en te verbeteren.

De resultaten zijn hoopgevend: opvoeders en kinderen ervaren meer veerkracht, minder klachten en meer perspectief. Tegelijkertijd laat het onderzoek zien dat blijvende samenwerking nodig is, juist na afloop van een intensief traject. Dit vraagt om volharding, flexibiliteit en regionale verbinding.

We nodigen u uit dit rapport te lezen als een bron van kennis, maar ook als een oproep om samen verder te bouwen aan een zorglandschap waarin gezinnen écht beter thuis kunnen zijn.

Sarah Soenen (Youz, Parnassia Groep) en Monique van Haperen (Ipse de Bruggen),
directeuren Beter Thuis

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
1. Probleemschets	3
1.1 Hulpverlening aan gezinnen met meervoudige en complexe problematiek	3
1.2 Het belang van integraal werken	4
1.3 Beter Thuis: Werken vanuit één integraal specialistisch team	5
1.4 Doel- en vraagstelling	5
2. Beschrijving zorgaanbod Beter Thuis	6
2.1 Inbedding en samenstelling van de Beter Thuis teams	7
2.2 Beschrijving zorgaanbod Beter Thuis	7
3. Onderzoeksopzet	9
3.1 Onderzoeksinstrumenten	9
Zelfredzaamheid	9
Psychisch welbevinden	10
Opvoedingsbelasting	10
Cliënttevredenheid	10
Werkalliantie	11
3.2 Data-analyse	11
3.3 Beschrijving onderzoeksgroep	11
4. Resultaten	14
4.1 Afname van problematiek en herstel van het dagelijks leven	14
Zelfredzaamheid	14
Psychisch welbevinden	14
Opvoedingsbelasting	15
4.2 Samenhang mate van herstel en type gezin	15
4.3 Cliënttevredenheid	15
4.4 Werkrelatie	15
4.5 Samenhang behandelduur, cliënttevredenheid of werkrelatie met herstel	16
5. Discussie	16
5.1 Herstel van het dagelijks leven	17
5.2 Waardering zorgaanbod Beter Thuis	18
5.3 Integraal werken: Essentieel maar niet makkelijk	20
5.4 Beperkingen huidig onderzoek	21
5.6 Conclusie	21

Samenvatting

Gezinnen met meervoudige en complexe problematiek ervaren problemen op verschillende levensdomeinen. De omvang en verwevenheid van de problematiek staat op gespannen voet met het gefragmenteerde zorglandschap in Nederland. Een stapeling van zorgarrangementen waarbij de onderlinge samenhang vaak onvoldoende geborgd is, leidt tot negatieve ervaringen voor gezinnen, onbevredigende situaties voor hulpverleners en hoge zorgkosten voor gemeenten en zorgverzekeraars. Om deze reden wordt de laatste jaren veel nadruk gelegd op het belang van samenwerken over de grenzen van zorgsectoren heen: integraal werken. Beter Thuis is het eerste zorgprogramma in Zuid- Holland dat voor gezinnen met meervoudige en complexe problematiek een integrale gezinsbehandeling biedt. Vanuit één integraal specialistisch team wordt door professionals vanuit verschillende organisaties en expertises samengewerkt. Samen bieden ze een unieke combinatie van behandel- en ondersteuningsmogelijkheden vanuit de jeugdhulpverlening, specialistische geestelijke gezondheidszorg (ggz) voor jeugd en volwassenen, het sociaal-maatschappelijk domein en de zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking. Voor 63 gezinnen werd met behulp van Routine Outcome Monitoring onder meer zicht gekregen op de mate van herstel en cliënttevredenheid bij afronding van de hulpverlening. Opvoeders en jeugdigen gaven het zorgaanbod van Beter Thuis een ruime voldoende. De behandeling draagt bij aan het herstel van het dagelijks leven: opvoeders zijn meer zelfredzaam, ervaren minder gezondheidsklachten en tevens is er een verbetering in het psychisch welbevinden van opvoeders en jeugdigen. Ondanks deze positieve ontwikkelingen, ervaart een deel van de gezinsleden na afloop van dit zorgtraject nog klachten die hun dagelijks functioneren belemmeren. Dit vraagt om laagdrempelige samenwerking binnen regionale zorgnetwerken waardoor zorg makkelijk op- en afgeschaald kan worden.

1. Probleemschets

Uit de meest recente cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (afkomstig uit 2017), blijkt dat binnen de negen gemeenten van de regio Haaglanden het percentage gezinnen met meervoudige en complexe problematiek varieert tussen de 0.6% en 1.9%. Met als negatieve uitschieters de gemeenten Delft (1.6%), Zoetermeer (1.8%) en Den-Haag (1.9%) (Tuenter, Hooijsma, & Donker, 2020). Een gezin met meervoudige en complexe problematiek wordt vaak gedefinieerd als: *een gezin van minimaal één ouder en één kind dat langdurig kampt met een combinatie van sociaaleconomische en psychosociale problemen* (Richtlijn Jeugdhulp, 2020). Veel voorkomende problemen zijn financiële problemen, werkeloosheid, zorgen rond huisvesting, criminaliteit, psychische klachten bij ouders en/of kinderen, pedagogische onmacht, huiselijk geweld en gezondheidsproblemen (Holwerda, 2014).

De problematiek van deze gezinnen is complex; problemen op verschillende levensgebieden houden elkaar in stand of versterken elkaar. Hoewel specifieke problemen kunnen fluctueren, ervaren deze gezinnen vaak langdurig problemen op meerdere levensgebieden. De problematiek kan chronisch of zelfs intergenerationeel van aard zijn (Steketee & Vanderbroucke, 2010). Kinderen die opgroeien in gezinnen met meerdere risicofactoren, hebben een grotere kans op negatieve ontwikkelingsuitkomsten (Evans, 2013; Kolthof, Kikkert, & Dekker, 2014). Zo worden kinderen van ouders met psychische problemen of verslavingsproblematiek vijf keer vaker aangemeld bij de specialistische jeugd-ggz dan kinderen van ouders die niet met deze problematiek bekend zijn (Trimbos, 2024). Een groot deel van hen ontwikkelt op latere leeftijd zelf ook psychische problemen of raakt afhankelijk van middelen (Göpfert et al., 2015). De maatschappelijke kosten die gepaard gaan met negatieve ervaringen in de kindertijd zijn substantieel en worden voor Nederland geschat op drie procent van het bruto binnenlands product (Hughes et al., 2021).

1.1 Hulpverlening aan gezinnen met meervoudige en complexe problematiek

Om de intergenerationele overdracht van problemen te doorbreken en gezinnen te ondersteunen bij het herstel van het dagelijks leven, is passende en samenhangende hulpverlening essentieel. De omvang en de verwevenheid van de problematiek die gezinnen met meervoudige en complexe problematiek kenmerkt, staat echter op gespannen voet met de wijze waarop de hulpverlening binnen Nederland is georganiseerd.

Burgers kunnen naast de vrij toegankelijke voorzieningen in het voorliggend veld in een wijk of gemeente op basis van verschillende wetten aanspraak maken op zorg: de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Jeugdwet (JW). In de balans tussen toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg is de afgelopen jaren sterk gestuurd op beheersing van de kosten. Dit heeft geleid tot verdere fragmentatie binnen het zorglandschap; het zorgaanbod binnen organisaties wordt steeds specialistischer. Wanneer op meerdere levensgebieden problemen spelen, zijn gezinnen afhankelijk van zorgaanbieders uit verschillende sectoren met soms verschillende zorgwetten en concurrentieprikkels (Raad voor Volksgezondheid & Samenleving, 2023). Dit leidt tot gestapelde zorg waarbij individuele hulpverleners uit verschillende organisaties zich richten op het probleem van hun eigen expertise zonder voldoende

onderlinge samenhang en afstemming te borgen. Gezinnen voelen zich hierdoor onvoldoende gezien (Morris, 2012). Er is risico op overvraging van gezinnen en teleurstelling dreigt wanneer het bereiken van de gestelde behandeldoelen uitblijft (Van den Berg et al., 2016).

Negatieve ervaringen met hulpverlening kunnen leiden tot zorgmijdend gedrag, zeker wanneer individuen al wantrouwen voelen ten opzichte van de samenleving en diens autoriteiten. Ook voor hulpverleners is dit een onbevredigende situatie. Het niet kunnen overzien en adresseren van de meervoudige problematiek, kan er enerzijds voor zorgen dat hulpverleners zich minder verantwoordelijk voelen en eerder doorverwijzen (Schout et al., 2011). Anderzijds kan het er toe leiden dat hulpverleners zich machteloos voelen omdat ze geen invloed hebben op de inzet van hulpverlening op andere domeinen.

1.2 Het belang van integraal werken

Voor het tegengaan van fragmentatie binnen het zorglandschap wordt de laatste jaren veel nadruk gelegd op het belang van integraal werken. Een gedachtengoed dat ook centraal staat binnen de Hervormingsagenda Jeugd 2023-2028. Integraal werken is een overkoepelende term voor verschillende vormen van samenwerking over de schotten van de zorg heen met als doel betere afstemming van de zorg op de zorgvraag van een gezin of individu (Goodwin, 2016). Hoewel de vorm en de intensiteit van de samenwerking kan variëren, vraagt integraal werken altijd om samenwerking op het niveau van de organisatie en het niveau van de zorgprofessionals onderling (Valentijn et al., 2013). Hierbij kan gedacht worden aan het maken van afspraken over zowel financiering als de inzet en verantwoordelijkheid van hulpverleners en het samenbrengen van elkaars kennis en kunde.

Veel ouders onderschrijven het belang van een brede blik op het gezin waarbij aandacht is voor alle gezinsleden en alle levensgebieden in kaart worden gebracht. Zij ervaren dat het welbevinden van individuele gezinsleden invloed heeft op het gezin als geheel (Nooteboom et al., 2020). Met name wanneer sprake is van complexe problematiek, heeft integraal werken de potentie om de kwaliteit van de zorg te vergroten, cliënttevredenheid te verhogen en de zorgkosten te laten dalen (Baxter et al., 2018; Rocks et al., 2020).

In Nederland zijn verschillende interventieprogramma's ontwikkeld voor gezinnen met meervoudige en complexe problematiek. Deze programma's richten zich vooral op het verbeteren van opvoedingsvaardigheden van ouders, het verminderen van gedragsproblemen bij kinderen en het voorkomen van uithuisplaatsing (Nederlands Jeugdinstituut, 2024). Onderzoek naar de effectiviteit van deze interventies laat wisselende resultaten zien (Evenboer et al., 2018). Door grote overlap in de inhoud van het aanbod lijkt de effectiviteit van deze interventies vooral bepaald te worden door het kader waarbinnen de interventie wordt uitgevoerd en de mate waarin dit aansluit op de behoeften van gezinnen. Hoewel in de meeste interventieprogramma's de samenwerking met andere betrokken hulpverleners wordt gezocht, is er nog weinig aandacht voor het coördineren en afstemmen van de zorg op de specifieke noden van het gezin (Visscher et al., 2022). Dit heeft als risico dat zorgprogramma's naast elkaar worden aangeboden terwijl juist deze gezinnen behoefte hebben aan een samenhangend zorgaanbod met duidelijke prioritering.

1.3 Beter Thuis: Werken vanuit één integraal specialistisch team

Beter Thuis is, voor zover ons bekend, het eerste zorgprogramma in Zuid-Holland dat voor gezinnen met meervoudige en complexe problematiek een integrale gezinsbehandeling biedt. Vanuit één integraal specialistisch team wordt door professionals vanuit verschillende organisaties en expertises samengewerkt. Samen bieden ze een unieke combinatie van behandel- en ondersteuningsmogelijkheden vanuit de jeugdhulp, jeugd-ggz, volwassen-ggz, het sociaal-maatschappelijk domein en de zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking. Op deze manier wordt passende en samenhangende zorg voor gezinnen gerealiseerd. Een beschrijving van de werkwijze van Beter Thuis is te vinden in Hoofdstuk 2 van deze rapportage.

De afgelopen jaren is op verschillende momenten wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de problematiek van de gezinnen die bij Beter Thuis worden aangemeld. Deze onderzoeken onderstrepen de complexiteit van de problematiek die bij deze gezinnen speelt; niet alleen ervaren individuele gezinsleden problemen op verschillende levensdomeinen, ook binnen het gezin als geheel zijn er geregeld spanningen, zorgen over de onderlinge relaties en negatieve interacties tussen gezinsleden (Simons et al., 2023; Van de Laak-Bruins et al., 2024). Desalniettemin zijn er ook grote verschillen tussen de gezinnen onderling. Pogingen om deze verschillen in kaart te brengen, hebben echter nog niet geleid tot een clustering van gezinnen in subgroepen met specifieke problematiek (Wassink-de Stigter et al., ter perse). Rianne Wassink-de Stigter en collega's vonden in hun studie binnen Beter Thuis wel twee subgroepen die met name verschilden in ernst van de problematiek: gezinnen met zware en zwaardere multiproblematiek. Bij beide groepen gezinnen was er sprake van vergelijkbare socio-economische en psychosociale problemen. Bij de groep gezinnen met zwaardere multiproblematiek was deze problematiek echter omvangrijker dan binnen de groep gezinnen met zware multiproblematiek. Bovendien was er bij deze groep ouders vaker sprake van een vermoeden van LVB.

1.4 Doel- en vraagstelling

Het verhaal van elk gezin met meervoudige en complexe problematiek is uniek. In de behandeling die binnen Beter Thuis geboden wordt, staat het herstel van het dagelijks leven centraal. In dit rapport wordt het zorgaanbod van Beter Thuis geëvalueerd. De onderzoeksvragen die in dit onderzoek beantwoord worden zijn:

- Heeft de behandeling binnen Beter Thuis geleid tot een afname van de problematiek en is daarmee het herstel van het dagelijks leven bevordert?
- In hoeverre zijn er verschillen in de mate waarin gezinnen met zware en zwaardere multiproblematiek profiteren van het zorgaanbod van Beter Thuis?
- Zijn cliënten tevreden met het zorgaanbod van Beter Thuis?
- Is het behandelen en cliënten gelukt om een positieve werkrelatie op te bouwen?
- Is er een samenhang tussen de behandelduur, de mate van cliënttevredenheid of de ervaren werkrelatie met de mate van herstel?

In tegenstelling tot eerder onderzoek dat zich vooral gericht heeft op de afname van problematiek op specifieke gebieden (Evenboer, 2018), wordt in dit onderzoek een brede range aan uitkomstmaten meegenomen, namelijk: de zelfredzaamheid van opvoeders op verschillende levensdomeinen, de aanwezigheid van psychische problemen bij zowel opvoeders als kinderen en de door opvoeders ervaren opvoedingsbelasting.

2. Beschrijving zorgaanbod Beter Thuis

Om integrale, intensieve gezinsbehandeling te kunnen bieden aan gezinnen met meervoudige en complexe problematiek werd op initiatief van Youz, Ipse de Bruggen en Jeugdformaat in 2018 Beter Thuis opgericht. Ten tijde van het onderzoek bestond Beter Thuis uit drie ambulante teams waarbij het *Integraal 0 tot 6 team in de Wijk* zich specifiek richtte op gezinnen met kinderen in de leeftijd tot 6 jaar en de behandeling vormgaf vanuit de Infant Mental Health (IMH)-visie. Elk team was opgebouwd uit hulpverleners van de volgende organisaties:

- Youz (specialistische jeugd-ggz, onderdeel van Parnassia Groep)
- Ipse de Bruggen (zorg voor kinderen en volwassenen met een LVB)
- Reakt (sociaal-maatschappelijke ondersteuning, onderdeel van Parnassia Groep)
- PsyQ (specialistische volwassen-ggz, onderdeel van Parnassia Groep)
- Jeugdformaat (specialistische jeugd- en opvoedhulp)

Gezinnen in de regio's Den Haag, Rijswijk, Wassenaar, Leidschendam-Voorburg en Zoetermeer komen voor Beter Thuis in aanmerking wanneer zij vastlopen op minimaal drie domeinen van het gewone leven. Denk hierbij aan school, werk, het gezinsleven, financiën of vrije tijd. In alle gezinnen is sprake van (vermoedens van) psychische problematiek bij één van de kinderen, gecombineerd met opvoedproblematiek of LVB en/of psychische problematiek bij één van de opvoeders. Het hele gezin wordt gezien als cliënt; zowel alle kinderen als alle betrokken opvoeders worden bij de behandeling betrokken. Dit is ook het geval wanneer opvoeders geen huishouden (meer) delen, bijvoorbeeld na echtscheiding.

Casusbeschrijving – Deel 1 - Aanmelding

Doorlopend door dit rapport wordt een anoniem voorbeeld gegeven van een casus in zorg bij Beter Thuis Zoetermeer. Deze casus is samengesteld door een hulpverlener vanuit Beter Thuis Zoetermeer, gebaseerd op de ervaring met diverse gezinnen in zorg. Namen zijn gefingeerd.

Gezin Smit wordt aangemeld door medewerkers van het plusteam van de gemeente van Zoetermeer. Het gezin is al langere tijd in zorg waarbij er wordt gezien dat ouders hun best doen, maar het lastig blijkt om wat er tijdens behandelingen wordt aangeboden in de thuissituatie toe te passen en vol te houden. Ouders hebben beiden individuele problematiek, waar in het verleden hulp voor is geweest maar dit door de hectiek binnen de opvoeding vaak werd afgezegd. Van de twee kinderen is het oudste kind (Jaylee) al langer in zorg binnen de ggz voor behandeling, maar wordt gezien dat de gedragsproblemen in de thuissituatie niet lijken te verminderen. Het jongste kind (Sifra) is nog niet eerder in zorg geweest.

2.1 Inbedding en samenstelling van de Beter Thuis teams

Beter Thuis wordt gehost door Parnassia Groep, specialist in geestelijke gezondheidszorg. Parnassia Groep bestaat uit verschillende zorgmerken waaronder Youz, PsyQ en Reakt. Dit vergemakkelijkt de inzet van verschillende financieringsstromen (JW, Zvw en WMO). Medewerkers van Jeugdformaat en Ipse de Bruggen zijn gedetacheerd bij Youz. Hierdoor vindt de aansturing van het team centraal plaats en kan er vanuit één elektronisch patiëntendossier worden gewerkt.

De kracht van de drie Beter Thuis teams ligt in het bundelen van expertise voor jeugd en volwassenen. Binnen de teams zijn – in wisselende samenstellingen - de volgende disciplines werkzaam: ambulante gezinsbehandelaren, verpleegkundig specialisten, gedragsdeskundigen/psychologen/orthopedagogen, GZ-psychologen, systeemtherapeuten, klinisch psychologen en een psychiater.

2.2 Beschrijving zorgaanbod Beter Thuis

Het behandeltraject binnen Beter Thuis duurt ongeveer een jaar en bestaat uit drie fasen. In de analysefase – die acht weken duurt – wordt een integrale verklarende analyse gemaakt van de problematiek van het gezin en de individuele gezinsleden in relatie tot de bredere sociaal-maatschappelijke context. Hierbij is ook aandacht voor de opvoeder(s) als individu, los van hun ouderschap. Zo komt zicht op de factoren en patronen die een rol spelen in het ontstaan en in stand houden van de problematiek. Ook de krachten en kwaliteiten van het gezin, de gezinsleden en hun netwerk worden in kaart gebracht. Deze analyse vormt de basis van het behandel- en ondersteuningsplan. In samenspraak met het gezin en eventuele naasten wordt bepaald aan welke doelen als eerst wordt gewerkt. Het uiteindelijke behandel- en ondersteuningsplan bestaat uit een samenhangend aanbod met heldere prioriteiten dat aansluit bij de mogelijkheden van het gezin en bijdraagt aan het herstel van het dagelijks leven. Doelen die gesteld worden kunnen bijvoorbeeld

betrekking hebben op het weer naar school gaan, het verminderen van de invloed van psychiatrische problematiek van een opvoeder op het ouderschap en het gezinsfunctioneren of het versterken van het sociaal netwerk van opvoeders. Dit wordt vervolgens vertaald in concreet gedrag.

In de behandel fase vindt het grootste deel van de behandeling outreachend, in de thuissituatie, plaats. Ambulant gezinsbehandelaren komen meerdere keren per week aan huis om samen met het gezin aan de gestelde doelen te werken. Individuele behandelingen van gezinsleden vinden veelal op de locatie van Youz plaats, maar kunnen ook in de thuissituatie worden gegeven wanneer de situatie daar om vraagt. Het verloop van de behandeling wordt gemonitord en de aard en intensiteit van de behandeling wordt continu afgestemd op de behoeften en mogelijkheden van het gezin. Dit betekent dat de doelen waaraan gewerkt wordt, gedurende het traject kunnen veranderen. Er is zowel aandacht voor het gezin als geheel als voor de (oorzaak van) individuele problemen van opvoeders en kinderen. Doordat het team uit hulpverleners van verschillende organisaties bestaat, zijn er korte lijntjes tussen de hulpverleners en kan hulp snel worden op- of afgeschaald. Er wordt altijd maatwerk geboden. Zo kan er voor opvoeders waarbij individuele behandeling geïndiceerd is maar daar – bijvoorbeeld door schaamte, trots of angst voor stigmatisering – nog niet voor openstaan, een motivatietraject worden gestart. In dit traject worden belemmerende overtuigingen geëxploreerd en wordt samen met opvoeders georiënteerd op passende zorg.

In de afrondingsfase wordt tenslotte een plan gemaakt voor de bestending van de resultaten die het gezin heeft behaald. Tevens wordt met het gezin gesproken over hoe terugval kan worden voorkomen of in ieder geval tijdig kan worden gesignaleerd. Waar nodig volgt een warme overdracht naar een lichter zorgaanbod bij een aanbieder in de regio.

Casusbeschrijving – Deel 2 – Intake en analysefase

Het gezin Smit komt langs voor een intake bij Beter Thuis waarbij hulpverleners samen met ouders en de verwijzers stilstaan bij de krachten, zorgen, netwerk en wensen voor de toekomst. Hulpverleners leggen aan hen uit hoe Beter Thuis te werk gaat door middel van praatplaten. Na overeenstemming wordt gestart met de analysefase en deze duurt ongeveer 8 weken. In deze fase willen hulpverleners kennis maken met het gezin en hen beter leren kennen. Wat is er al gebeurd? Wat heeft wel of niet gewerkt? Hoe kunnen we verklaren dat eerdere hulpverlening nog onvoldoende heeft opgeleverd? En wat is er nog nodig? Dit doen hulpverleners door mee te draaien in het gezin, vragenlijsten in te vullen en gesprekken te voeren, zowel 1 op 1 als met het hele gezin. Ook voeren ze gesprekken met school of mensen die belangrijk voor het gezin zijn. Hulpverleners komen het meeste op huisbezoek, maar sommige afspraken zijn op kantoor. Ook nemen hulpverleners vragenlijsten af of vragen ze informatie bij eerdere hulpverlening.

Na de analysefase is met ouders een gesprek om de analysefase te bespreken, waarbij hulpverleners opnieuw praatplaten gebruiken. Hulpverleners behandelen de krachten en zorgen van wat ze in het gezin hebben gezien tijdens de analysefase. Hierna bespreken hulpverleners wat ze vanuit Beter Thuis zouden kunnen bieden. Ze stemmen af dat iedereen akkoord is met het beschreven beeld en advies en gaan starten met de uitvoerende fase.

3. Onderzoeksopzet

Om antwoord te geven op de onderzoeksvragen is gebruik gemaakt van de data die tussen 2020 en 2023 middels Routine Outcome Monitoring (ROM) binnen de drie Beter Thuis teams werden verzameld. Het ROM-pakket werd aan het begin en aan het eind van elk hulpverleningstraject afgenomen. Het bestond uit een vaste set vragenlijsten en observatieschalen die samen zicht gaven op de zelfredzaamheid van opvoeders, de aanwezigheid van psychische problemen bij individuele gezinsleden en de door opvoeders ervaren opvoedingsbelasting. Door scores van het begin- en eindpakket met elkaar te vergelijken, werd zicht gekregen op de mate van herstel. Het eindpakket werd aangevuld met twee vragenlijsten die de clienttevredenheid en kwaliteit van werkkrelatie tussen cliënten en behandelaren in kaart brachten. De scores van onderstaande instrumenten zijn meegenomen in de analyses.

3.1 Onderzoeksinstrumenten

Zelfredzaamheid (begin- en eindmeting): De Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM; Lauriks et al., 2017) is een screeningsinstrument waarmee het functioneren van volwassenen op dertien levensgebieden - zoals huisvesting, financiën en sociaal netwerk - in kaart wordt gebracht. De basisvragenlijst is aangevuld met het ZRM-supplement Ouderschap – bestaande uit 4 domeinen - dat zicht geeft op de zelfredzaamheid van opvoeders ten aanzien van de verzorging en opvoeding van

hun kinderen. Voor elk domein beoordeelt de hulpverlener de mate van zelfredzaamheid op een vijfpuntsschaal: 1) Acute problematiek, 2) Niet zelfredzaam, 3) Beperkt zelfredzaam, 4) Voldoende zelfredzaam en 5) Volledig zelfredzaam. Voor de analyses in deze rapportage is deze schaal gedichotomiseerd naar *niet voldoende zelfredzaam* (score 1 t/m 3) en *voldoende zelfredzaam* (score 4 en 5).

Psychisch welbevinden (begin- en eindmeting): De Health of The Nation Outcome Scales (HoNOS; Mulder et al., 2004) zijn ontwikkeld om het psychisch welbevinden en sociaal functioneren van ggz-cliënten in kaart te brengen. De versie voor volwassenen bestaat uit 12 items – zoals depressieve stemming, hyperactiviteit en destructief gedrag - waarvan de hulpverlener de ernst van de problematiek aangeeft op een vijfpuntsschaal variërend van *geen probleem* tot *ernstig tot zeer ernstig probleem*. Een totaalscore van 15 of hoger is een sterke indicatie voor klinische ernst.

Voor kinderen van drie jaar en ouder werd gebruik gemaakt van De Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA; Staring et al., 2003). Deze lijst bestaat uit 13 items – zoals problemen met storend, antisociaal of agressief gedrag, emotionele problemen en problemen met relaties met leeftijdsgenoten - waarvan de hulpverlener de ernst van de problematiek aangeeft op een vijfpuntsschaal (zie HoNOS). Voor de HoNOSCA geldt geen cut-off score zoals bij de HoNOS. Scores worden vergeleken met een normgroep bestaande uit kinderen en adolescenten die behandeld worden in de kinder- en jeugdpsychiatrie. In deze rapportage is gebruik gemaakt van de totaalscore.

Wanneer voor cliënten één item op de HoNOS of HoNOSCA niet was ingevuld werd deze score door de onderzoekers toegekend waarbij rekening werd gehouden met de scores op de overige items (zie Gale & Boland, 2019).

Opvoedingsbelasting (begin- en eindmeting): De Opvoedingsbelastingsvragenlijst (OBVL; Vermulst et al., 2015) bestaat uit 34 items die betrekking hebben op verschillende facetten van opvoedingsbelasting. De OBVL richt zich met name op kenmerken van de opvoeder in relatie tot de opvoeding en de kwaliteit van de ouder-kind relatie. Voor elke stelling dient de opvoeder op een vijfpuntsschaal – variërend van *geldt niet* tot *geldt helemaal* - aan te geven in hoeverre de stelling op hem of haar van toepassing is. Bijvoorbeeld: “Ik voel me gelukkig met mijn kind”. Omdat de ervaren belasting per opvoeder en per kind kan verschillen, vulde elke opvoeder voor elk van de binnen het gezin opgroeiende kinderen de OBVL in.

De items zijn onder te verdelen in vijf subschalen: 1) Problemen opvoeder-kind relatie, 2) Problemen met opvoeden, 3) Depressieve stemming, 4) Rolbeperking en 5) Gezondheidsklachten. De subschaalscores en totaalscore worden vergeleken met de normgroep op basis waarvan wordt bepaald of de ervaren opvoedingsbelasting in het normaal gebied, grensgebied of klinisch gebied valt. In deze rapportage is gebruik gemaakt van zowel de subschaalscores als de totaalscore.

Cliënttevredenheid (eindmeting): Met de CliëntErvaringsMonitor (CEM+; Gemeente Amsterdam, 2018) wordt de mate van cliënttevredenheid in kaart gebracht. Er is een aparte versie voor opvoeders en jongeren van 12 jaar of ouder. Items richten zich op de toegankelijkheid, kwaliteit

en effectiviteit van de hulpverlening en de samenwerking tussen de hulpverlening onderling. De binnen Beter Thuis gebruikte versie betreft een uitbreiding van de oorspronkelijke vragenlijst zoals in 2018 ontwikkeld door de gemeenten en zorgaanbieders in de regio Amsterdam-Amstelland en Zaanstreek-Waterland. In deze rapportage worden de ervaringen van opvoeders en jongeren op drie specifieke items gedeeld: 1) Ik ben tevreden over hoe snel ik het eerste gesprek had met de hulpverlener, 2) Mijn hulpverlener heeft goed geluisterd naar wat ons gezin nodig had, en 3) Ik vind dat er goed is samengewerkt tussen de verschillende hulpverleners. Tevens wordt het door opvoeders en jongeren gegeven rapportcijfer over het ervaren nut van de hulpverlening van Beter Thuis weergegeven.

Werkalliantie (eindmeting): Binnen Beter Thuis wordt gebruik gemaakt van een aangepaste versie van de Nederlandstalige verkorte versie van de Working Alliance Inventory (WAV-12; Stinckens et al., 2009). De WAV-12 brengt de therapeutische band tussen cliënt en behandelaar in kaart evenals de mate van overeenstemming rond therapiedoelen en -taken. Omdat zowel cliënten als hulpverleners invloed hebben op de kwaliteit van de werkrelatie, is er een aparte versie voor behandelaren, opvoeders en jeugdigen vanaf 12 jaar. Elke van de drie vragenlijsten bestaat uit 12 items – zoals “De behandelaren en ik respecteren elkaar” – die gescoord worden op een vijfpuntsschaal variërend van *zelden of nooit* tot *altijd van toepassing*. De items zijn onder te verdelen in drie subschalen, namelijk: 1) Overeenstemming omtrent doelen, 2) Overeenstemming omtrent taken en 3) Kwaliteit van de interpersoonlijke band tussen cliënt en therapeut. In deze rapportage is gebruik gemaakt van zowel de subschaalscores als de totaalscore.

3.2 Data-analyse

De data zijn ingevoerd in SPSS (versie 27) en geanalyseerd middels R, een softwarepakket geschikt voor data-analysedoelinden. Omdat de data ‘genest’ zijn binnen personen (herhaalde metingen over de tijd) en binnen gezinnen (er zijn data over individuele gezinsleden uit hetzelfde gezin), is voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen gebruik gemaakt van multilevel-analyses. Meer informatie over de psychometrische eigenschappen van de gebruikte onderzoeksinstrumenten en de wijze waarop de data zijn geanalyseerd, is op te vragen bij de eerste auteur van deze rapportage.

3.3 Beschrijving onderzoeksgroep

Gezinnen werden mondeling en schriftelijk geïnformeerd over het pseudo-anoniem gebruik van ROM-data voor wetenschappelijk onderzoek. Gezinnen die hier bezwaar tegen hadden, konden dit laagdrempelig kenbaar maken bij hun behandelaar of het onderzoeksteam. Voor 63 gezinnen waarvoor in de periode 2020 – 2023 binnen één van de drie Beter Thuis teams een hulpverleningstraject was opgestart en afgerond, was een ROM begin- en eindpakket beschikbaar. Daarvan ontvingen 30 gezinnen zorg vanuit Beter Thuis Den Haag, 20 gezinnen vanuit Beter Thuis Zoetermeer en 13 gezinnen vanuit het Integraal 0 tot 6 team in de wijk. De gemiddelde behandelduur bedroeg 15.3 maanden ($SD = 6.9$ maanden, reikwijdte scores: 52 dagen tot 29 maanden).

Ongeveer de helft van de gezinnen (50.8%) bestond uit één kind en één of meerdere opvoeders. In de overige gezinnen woonden twee (31.7%), drie (15.9%) of vier (1.6%) kinderen. In

totaal waren gegevens van 106 kinderen in de leeftijd van 4 maanden tot 17.8 jaar beschikbaar voor het onderzoek. De gemiddelde leeftijd van de kinderen was 9.8 jaar ($SD = 4.5$ jaar). Van de kinderen was 52.8% jongen, 46.2% meisje en 0.9% non-binair.

Bij meer dan de helft van de gezinnen (63.5%) waren twee opvoeders betrokken, al dan niet woonachtig in hetzelfde huis. De overige gezinnen waren eenoudergezinnen (30.2%), meestal bestaande uit moeder. In 6.3% van de gezinnen deelden drie opvoeders de verantwoordelijkheid voor de kinderen in het gezin. In zeven van deze gezinnen (11.1%) speelden naast de ouder(s) ook andere volwassenen een belangrijke rol in de opvoeding van de kinderen. Hierbij kan gedacht worden aan andere familieleden van het kind (zoals een oma of tante) of de nieuwe partner van één van de ouders. In totaal waren gegevens van 111 opvoeders beschikbaar voor het onderzoek: 61 moeders (55%), 43 vaders (38.7%), 3 stiefvaders (2.7%) en 4 overige familieleden (3.6%).

Casusbeschrijving – Deel 3 – Behandelfase

In de uitvoerende fase werken hulpverleners met het gezin aan het plan van aanpak. Dit ziet er voor het gezin Smit als volgt uit:

Gedurende het hele traject is de ambulante gezinsbehandelaar de eerste contactpersoon voor ouders en werken ze in de thuissituatie aan het verlagen van de spanning en verhogen van de veiligheid door middel van de methodiek Geweldloos Verzet. Voor beide ouders starten individuele trajecten gericht op hun eigen ggz-problematiek op een eigen dossier (vanuit de zorgverzekeringswet). Deze behandeling wordt vormgegeven door therapeuten vanuit het Beter Thuis-team. Nadat ouders meer inzicht hebben gekregen in hun eigen processen, volgen ouders relatie/ systeemtherapie bij de systeemtherapeut. Ouders hebben in samenwerking met REAKT gesprekken over de financiën. REAKT helpt hen om de financiën inzichtelijk te maken en te kijken waar extra ondersteuning kan worden aangevraagd, zoals het aanvragen bij dubbele kinderbijslag. Ook helpt REAKT hen met het aanvragen van ondersteuning om ouders te ontlasten in het opruimen van het huis. Voor Jaylee wordt behandeling aangeboden waarbij eerst psycho-educatie wordt gegeven door de orthopedagoog in combinatie met de ambulante gezinsbehandelaar. De ambulante gezinsbehandelaar maakt de vertaalslag naar de thuissituatie, nadat de psycho-educatie met ouders is besproken. Hierna starten hulpverleners met een individueel traject met Jaylee. Naast het individuele traject volgt Jaylee een identiteitsversterkende meidengroep, die door behandelaren van Beter Thuis wordt gegeven aan cliënten vanuit Beter Thuis of cliënten vanuit het jeugdFACT of de poli. Voor Sifra is er eerst diagnostisch onderzoek. Na het onderzoek komt er het advies uit om hechtingsbevorderende therapie tussen Sifra en ouders op te starten. Voor beiden kinderen zijn er contacten met school, waarbij er regelmatig grote overleggen zijn met ouders, leerkracht/mentoren, intern begeleiders en het Samenwerkingsverband. Op het eind komen alle behandelingen samen in gezins-PMT, gegeven door de systeemtherapeut. Gedurende het gehele traject werken alle betrokken behandelaren nauw met elkaar samen. Elke 6 tot 8 weken wordt het gezin besproken in een multidisciplinair overleg, om zo steeds af te stemmen of alle inzet goed op elkaar afgestemd is. Ook wordt er regelmatig met het gezin zelf samen met de casusregisseurs van JGH geëvalueerd.

4. Resultaten

4.1 Afname van problematiek en herstel van het dagelijks leven

Om het herstel van het dagelijks leven in kaart te brengen, wordt in dit onderzoek een brede range aan uitkomstmaten meegenomen, namelijk: de zelfredzaamheid van opvoeders, het psychisch welbevinden van zowel opvoeders als kinderen en de door opvoeders ervaren opvoedingsbelasting.

Zelfredzaamheid: Uit de scores op de ZRM blijkt dat bij de start van het zorgtraject opvoeders op gemiddeld vier domeinen als niet voldoende zelfredzaam worden beoordeeld ($M = 4.35$, $SD = 3.21$, $n = 84$). Aan het eind van het zorgtraject is dit gedaald naar gemiddeld drie domeinen ($M = 3.38$, $SD = 3.11$, $n = 78$). Gemiddeld genomen zijn opvoeders aan het eind van het zorgtraject op 29.3% meer domeinen zelfredzaam dan aan de start van het zorgtraject. Zo zijn opvoeders meer zelfredzaam op de domeinen Huiselijke relaties ($B = 1.02$, $SD = 0.34$, $p = .003$, $OR = 2.76$), Sociaal netwerk ($B = 1.63$, $SD = 0.38$, $p < .001$, $OR = 5.09$) en Zorgdragen voor opvang van kinderen ($B = 1.70$, $SD = 0.39$, $p < .001$, $OR = 5.50$). Desalniettemin wordt ook aan het eind van het zorgtraject ook een deel van de opvoeders als niet zelfredzaam beoordeeld op één of meerdere domeinen. De meest voorkomende domeinen zijn: Huiselijke relaties (27.9% van de opvoeders), Tijdsbesteding (27.0% van de opvoeders), Sociaal-emotionele ondersteuning van de kinderen in het gezin (26.1% van de opvoeders), Financiën (26.1% van de opvoeders), Sociaal netwerk (24.3% van de opvoeders), Werk & opleiding (24.3% van de opvoeders) en Maatschappelijke participatie (24.3% van de opvoeders). Meer informatie over het percentage opvoeders dat wel of niet zelfredzaam is op elk van de in de ZRM opgenomen domeinen is te vinden in Tabel 1 van Bijlage A.

Psychisch welbevinden: Opvoeders ervaren aan het eind van het Beter Thuis traject minder problematiek in vergelijking met de start van die hulpverlening ($B = -0.94$, $SD = 0.45$, $df = 84.4$, $t = -2.210$, $p = .039$). Bij de start van het zorgtraject bedraagt de gemiddelde HoNOS- score van opvoeders 7.86 punten ($SD = 5.54$, reikwijdte scores = 0-23, $n = 96$). Aan het eind van het zorgtraject is dit gedaald naar gemiddeld 6.74 punten ($SD = 5.61$, reikwijdte scores = 0-22, $n = 96$). Desalniettemin behaalt 9.9% van de opvoeders ook bij afronding van Beter Thuis op de HoNOS een score die duidt op klinische ernst (13.5% missende gegevens). Dit percentage is exact gelijk aan het percentage opvoeders aan de start van het zorgtraject (20.7% missende gegevens).

Kinderen ervaren aan het eind van het Beter Thuis traject significant minder problematiek dan aan de start van het traject ($B = -3.19$, $SD = 0.79$, $df = 75.43$, $t = -4.03$, $p < .001$). Bij de start bedraagt de gemiddelde HoNOSCA-score van kinderen 12.94 punten ($SD = 7.89$, reikwijdte scores = 0-32, $n = 82$). In vergelijking met de normgroep bestaande uit kinderen en adolescenten die worden behandeld in de kinder- en jeugdpsychiatrie, scoort 3.8% van de kinderen *zeer laag*, 23.6% *laag*, 15.1% *gemiddeld*, 11.3% *hoog* en 20.8% *zeer hoog*. Aan het eind van het zorgtraject is de gemiddelde HoNOSCA-score gedaald naar 9.90 punten ($SD = 8.01$, reikwijdte scores = 0-32, $n = 84$). In vergelijking met de normgroep scoort 16% van de jeugdigen nu *zeer laag*, 29.2% *laag*, 5.7% *gemiddeld*, 13.2% *hoog* en 10.4% *zeer hoog*. Ook is een afname zichtbaar betreft de klinische ernst

van de scores; kinderen scoren ten opzichte van de normgroep in een lagere categorie (bijvoorbeeld een verschuiving van hoog naar gemiddeld). Desalniettemin behaalt bijna een kwart van de kinderen aan het eind van het zorgtraject nog een verhoogde score in vergelijking met de normgroep.

Opvoedingsbelasting: Opvoeders ervaren aan het eind van het zorgtraject minder opvoedingsbelasting op de subschalen *depressieve stemmingen* ($B = -0.96$, $SD = 0.33$, $df = 180.89$, $t = -2.94$, $p = .004$) en *gezondheidsklachten* ($B = -1.09$, $SD = 0.40$, $df = 177.17$, $t = -2.71$, $p = .007$). Op de overige subschalen en de totaalscore was geen toe- of afname van scores zichtbaar. Hoewel de totaalscore van de begin- en eindmeting niet van elkaar verschilt, is aan het eind van het Beter Thuis-traject wel sprake van een afname van klinische ernst van de totaalscore; opvoeders scoren ten opzichte van de normgroep in een lagere categorie (bijvoorbeeld een verschuiving van grensgebied naar normaal gebied). Er is geen afname in klinische ernst zichtbaar op de vijf subschalen. Bijna een kwart van de opvoeders ervaart aan het eind van het Beter Thuis-traject nog een verhoogde mate van opvoedingsbelasting. Meer informatie over het percentage opvoeders dat aan het begin en eind van het zorgtraject wel of geen verhoogde mate van opvoedingsbelasting ervaart, is te vinden in Tabel 2 van Bijlage A.

4.2 Samenhang mate van herstel en type gezin

In eerder onderzoek van Rianne Wassink – de Stigter en collega's (ter perse) werden binnen de populatie van Beter Thuis twee subgroepen gevonden die met name van elkaar verschilden in de ernst van de problematiek. In het huidige onderzoek zijn geen verschillen in de mate van herstel gevonden tussen gezinnen met zware en zwaardere multiproblematiek. Specificatie van de resultaten is opvraagbaar bij de eerste auteur.

4.3 Cliënttevredenheid

Opvoeders geven gemiddeld het cijfer 8 op de vraag hoe nuttig zij de hulpverlening voor henzelf en hun kind vonden. Jeugdigen van 12 jaar of ouder geven gemiddeld het cijfer 7.5 op de vraag: "Geef met een schoolcijfer van 1 tot 10 aan hoe nuttig deze hulp voor jou was". Ongeveer 75% ($n = 58$) van de opvoeders is tevreden met hoe snel zij binnen Beter Thuis hun eerste gesprek hadden; onder jeugdigen is dit percentage ongeveer 74% ($n = 17$). Ruim 92% ($n = 72$) van de opvoeders en 91% van de jeugdigen ($n = 21$) is tevreden met de mate waarin door hulpverleners geluisterd is naar wat het gezin of de jeugdige nodig had. Over de samenwerking tussen hulpverleners is ongeveer 87% ($n = 67$) van de opvoeders en 73% ($n = 16$) van de jeugdigen tevreden.

4.4 Werkrelatie

Voor de Nederlandstalige, verkorte versie van de WAV-12 zijn geen normscores beschikbaar. Hierdoor is het niet mogelijk om de mate waarin het de hulpverleners en gezinnen van Beter Thuis gelukt is een positieve werkrelatie op te bouwen te vergelijken met andere doelgroepen of klinische settings. Gemiddelden en standaarddeviaties voor de totaalscore en elk van de drie subschaalscores worden per respondentcategorie weergegeven in Tabel 1.

Tabel 1*Beschrijvende gegevens Nederlandstalige, verkorte versie WAV-12*

Subschaal	Opvoeder over professional <i>M (SD)</i>	Professional over opvoeder <i>M (SD)</i>	Jeugdige over professional <i>M (SD)</i>	Professional over jeugdige	Minimale - maximale score
Doel	12.73 (2.64)	10.54 (2.79)	10.47 (3.61)	9.78 (4.11)	0-16
Taak	12.61 (2.56)	10.53 (2.91)	10.88 (3.93)	8.52 (3.91)	0-16
Band	13.96 (2.65)	13.97 (2.40)	13.06 (3.72)	13.85 (2.12)	0-16
Totaal	38.88 (6.98)	34.71 (7.72)	33.94 (10.41)	31.90 (9.22)	0-48

Hulpverleners gaven significant lagere scores dan opvoeders op de WAV-12. Dit geldt zowel voor de *totaalscore* als voor de subschalen *Doel* ($t = 5.20$, $df = 54$, $p < .001$; Cohen's $d = 0.70$; gemiddelde effectgrootte), en *Taak* ($t = 5.21$, $df = 55$, $p < .001$; Cohen's $d = 0.69$; gemiddelde effectgrootte). Dit duidt erop dat hulpverleners de werkrelatie met opvoeders minder positief beoordelen dan opvoeders zelf. Hulpverleners ervaren met name minder overeenstemming rond binnen de behandeling gestelde doelen en de acties die nodig zijn om deze doelen te bereiken.

4.5 Samenhang behandelduur, cliënttevredenheid of werkrelatie met herstel

Er werd geen samenhang gevonden tussen de behandelduur, de mate van cliënttevredenheid of de ervaren werkrelatie enerzijds en de mate van herstel anderzijds. Specificatie van de resultaten is opvraagbaar bij de eerste auteur.

Casusbeschrijving – Deel 3 – Afrondingsfase

Na inzet van Beter Thuis kan het gezin Smit grotendeels zelf verder. Voor Jaylee wordt een jongerencoach ingezet. Ouders worden verwezen naar een laagdrempelig opvoedondersteuningspunt waar zij terecht kunnen met hun opvoedvragen.

5. Discussie

Gezinnen met meervoudige en complexe problematiek ervaren uiteenlopende problemen op verschillende levensgebieden. Passende en samenhangende zorg vraagt om integrale samenwerking over de grenzen van zorgsectoren heen. Binnen Beter Thuis wordt door hulpverleners uit verschillende zorgorganisaties samen met het gezin gewerkt aan het herstel van het dagelijks leven. Om het zorgaanbod van Beter Thuis te evalueren is gebruik gemaakt van de ROM-data die tussen 2020 en 2023 zijn verzameld. In dit hoofdstuk bespreken we de betekenis van de resultaten en gaan we in op de implicaties hiervan voor de klinische praktijk.

5.1 Herstel van het dagelijks leven

De resultaten van het onderzoek laten zien dat de behandeling binnen Beter Thuis bijdraagt aan het herstel van het dagelijks leven. Zo versterkt de behandeling de zelfredzaamheid van opvoeders. Opvoeders worden met name vaardiger in het aangaan en onderhouden van kwalitatief goede relaties met gezinsleden, familie, vrienden en kennissen. Mogelijk zijn opvoeders hierdoor ook beter in staat om opvang voor / toezicht op hun kinderen te organiseren op de momenten dat zij zelf niet aanwezig zijn en de kinderen niet op school zitten. Desalniettemin staat aan het eind van het zorgtraject voor een deel van de opvoeders de zelfredzaamheid in contacten met anderen nog altijd onder druk.

Inzetten op het versterken van het sociaal netwerk, is een werkzaam element binnen de hulpverlening aan gezinnen met meervoudige en complexe problematiek (Visscher et al., 2022). Het sociaal netwerk is voor opvoeders een belangrijke bron van praktische en emotionele steun. Ook kunnen mensen uit het sociaal netwerk een normatieve functie vervullen. Hierbij kan gedacht worden aan het vervullen van een voorbeeldfunctie of het uitoefenen van sociale controle (Baartman, 2010). Een steunend sociaal netwerk is daarnaast een constante factor wanneer hulpverleners afschalen en kan gezinnen helpen de bereikte resultaten vast te houden. Lotgenotencontact kan hierin eveneens belangrijk zijn (Bartelink & Verheijden, 2015). Bij Beter Thuis wordt er in de analysefase standaard een sociogram gemaakt naast het genogram. Daarnaast worden gezinnen gevraagd steunfiguren uit hun netwerk mee te nemen naar de intake. Ook worden nieuwe partners in het traject betrokken en wordt een netwerkberaad of gezinsvergadering ingezet indien nodig. Het betrekken van het netwerk gaat daarnaast ook informeel, door het netwerk te betrekken bij evaluaties of psycho-educatie.

Naast het versterken van de zelfredzaamheid van opvoeders draagt de behandeling binnen Beter Thuis bij aan het verbeteren van het psychisch welbevinden van opvoeders en jeugdigen. Tevens worden aan het eind van het zorgtraject door opvoeders minder gezondheidsklachten – zoals vermoeidheid, pijn of benauwdheid - gerapporteerd. Lichaam en geest zijn met elkaar verweven. De stress die gepaard gaat met het opvoeden van kinderen onder ingewikkelde omstandigheden kan leiden tot fysieke klachten bij ouders (Shahali et al., 2024). Andersom kunnen langdurige fysieke klachten onder meer leiden tot gevoelens van somberheid (Michalec, 2023). Dit onderstreept het belang om in het hulpverleningstraject voor gezinnen met meervoudige en complexe problematiek ook aandacht te hebben voor het lichamelijk welbevinden van gezinsleden. Binnen Beter Thuis wordt steeds meer ingezet op lichaamsgerichte interventies, zoals Sherborne Samenspel. Ook wordt gezinsgerichte psychomotorische therapie ingezet. Domeinoverstijgend kan samenwerking worden gezocht met de huisarts of eventueel andere medische specialisten. Ook de samenwerking met bijvoorbeeld een fysiotherapeut of psychomotorisch therapeut kan een belangrijke aanvulling op het zorgaanbod zijn.

Het doel van de trajecten binnen Beter Thuis is het herstel van het gewone leven. Soms bestaat dit uit het meer hanteerbaar maken van de aanwezige problematiek, met name waar het gaat om moeilijk veranderbare problematiek, zoals LVB- en persoonlijkheidsproblematiek. Daarom is het niet verwonderlijk dat ondanks de positieve ontwikkeling die veel gezinsleden tijdens het zorgtraject bij Beter Thuis hebben doorgemaakt, veel gezinsleden aan het eind van het Beter Thuis-traject nog steeds klachten ervaren die hun dagelijks functioneren belemmeren. Zo zijn opvoeders op gemiddeld

drie domeinen van het dagelijks leven niet voldoende zelfredzaam om in hun eigen behoeften en in die van de kinderen te voorzien. Kwetsbaarheden op sociaal-maatschappelijk vlak liggen – naast de contacten met anderen - met name in de financiële situatie van opvoeders en het creëren van een passende dagindeling. Hierbij kan gedacht worden aan het hebben van structuur in de dag (of week), bijvoorbeeld door betaald werk, het volgen van een opleiding of deelname aan maatschappelijke activiteiten. Ook het creëren van een omgeving waarin kinderen zich sociaal-emotioneel gezond kunnen ontwikkelen blijft voor een deel van de ouders een aandachtspunt. Eén op de tien opvoeders ervaart bij het afronden van het Beter Thuis traject daarnaast ernstige psychische klachten en bijna een kwart van de opvoeders ervaart een verhoogde opvoedingsbelasting. Voor de kinderen in de gezinnen geldt dat bijna een kwart van hen nog relatief veel psychische problemen ervaart bij het afronden van het Beter Thuis-traject.

Deze resultaten onderstrepen het belang van langdurig samenwerken over de grenzen van zorgsectoren heen. De behandeling zoals die binnen Beter Thuis wordt geboden is een relatief intensieve vorm van dienstverlening die slechts voor een beperkte periode – ongeveer een jaar - kan worden ingezet. In dit jaar wordt in eerste instantie veel tijd geïnvesteerd in het opbouwen van een werkrelatie met gezinnen en het motiveren van gezinsleden voor behandeling. Pas dan kan de daadwerkelijke behandeling plaatsvinden. Daarnaast wordt in de trajecten gewerkt aan bewustwording bij opvoeders van eigen klachten en de invloed daarvan op het ouderschap. Soms ontstaat deze bewustwording en het openstaan voor eigen behandeling bij opvoeders pas tegen het einde van de trajecten. De behandeling binnen Beter Thuis is voor veel gezinnen daarom geen eindstation. Samen met de gezinnen wordt aan het eind van het traject georiënteerd op passende vervolgzorg. Wat passende zorg is, hangt af van de doelen en mogelijkheden van het gezin. Soms is het netwerk van opvoeders voldoende steunend om verder te gaan. Daarnaast kan gedacht worden aan het continueren van de inzet van schuldhulpverlening, het afronden van individuele behandeltrajecten voor opvoeders of kinderen, verdere inzet van opvoedingsondersteuning of de inzet van dagbesteding of logeerhuizen. Een warme overdracht en de aanwezigheid van een externe partij (bijvoorbeeld een casusregiehouder of jeugdbeschermer) die de zorg rondom het gezin coördineert blijft belangrijk.

Oorspronkelijk was het idee dat na het afronden van het Beter Thuis traject het intensieve integrale component van de trajecten niet langer nodig zou zijn. Professionals merken in de praktijk echter op dat er toch blijvende integrale behandeling in een lichtere vorm nodig is voor bepaalde systemische problematiek. Hierbij gaat het met name om de coördinatie van de hulpverlening na de Beter Thuis-trajecten en oog voor de systemische aard van de problematiek in plaats van de focus op individuele problematiek van kinderen of opvoeders. Een te onderzoeken mogelijkheid is een waakvlamarrangement, waarbij coördinatie en hulpverlening snel kunnen worden opgepakt indien nodig, bijvoorbeeld in samenwerking met het FACT of een wijkteam. Dit vraagt wel om personele capaciteit bij zorgaanbieders.

5.2 Waardering zorgaanbod Beter Thuis

Opvoeders en jeugdigen geven het zorgaanbod van Beter Thuis een ruime voldoende. Gezinsleden zijn met name tevreden over de samenwerking tussen hulpverleners onderling en de mate waarin

hulpverleners hebben geluisterd naar wat zij nodig hadden. Opvoeders en jeugdigen beoordelen de werkrelatie met betrokken hulpverleners veelal positief. In het licht van de negatieve ervaringen die veel van deze gezinnen in eerdere hulpverleningstrajecten hebben opgedaan, is dit een belangrijke bevinding. Een goede werkrelatie vormt de basis van waaruit gezinnen zich durven open te stellen voor behandeling, nu en in de toekomst. Binnen Beter Thuis wordt veel tijd besteed aan het opbouwen van verbinding en vertrouwen. Elementen die hierbij van belang zijn, zijn onder meer: aandacht voor het unieke verhaal van het gezin, een positieve, onbevooroordeelde basishouding van professionals, laagdrempelige bereikbaarheid en flexibiliteit in afstand en nabijheid (Barnhoorn et al., 2023; Morris, 2012; Visscher et al., 2022).

Opvoeders beoordelen de werkrelatie met de hulpverleners van Beter Thuis positiever dan hulpverleners zelf. Met name daar waar het gaat om de mate van overeenstemming in therapiedoelen en -taken. Deze schalen meten de mate van overeenstemming rond de doelen van de behandeling en de activiteiten die nodig zijn om deze doelen te behalen (Stinckens et al., 2009). Hulpverleners geven in gesprek aan vaak geen consensus met gezinnen te hebben over behandeldoelen, bijvoorbeeld waar het gaat om veiligheid in het gezin. Tijdens het traject wordt naar consensus toegewerkt. Desalniettemin wordt de werkrelatie met de individuele gezinsleden ook door hulpverleners veelal positief beoordeeld. Dit is een hoopvolle bevinding aangezien hulpverleners over deze gezinnen veelal de representatie hebben dat zij “weerbarstig zijn voor hulp” (Ghesquière, 1993, p. 42). Hulpverleners in de reguliere zorg ervaren dat de geboden hulp gezinnen vaak niet goed weet te bereiken. Los van de wijze waarop de hulpverlening is georganiseerd, wordt van cliënten soms meer verwacht dan ze op dat moment aankunnen. De omvang van de problematiek zet vaardigheden als tijdig en op een adequate manier om hulp vragen en het nemen van regie over de eigen situatie, onder druk. Ook het missen van afspraken (no shows) reflecteert soms eerder het chaotische leven van gezinnen met meervoudige en complexe problematiek dan onvoldoende motivatie voor de behandeling (Morris, 2013; Tausenfreund & Knot-Dickscheit, 2015). De hulpverleners van Beter Thuis lijken hier goed op in te kunnen spelen. Hulpverleners investeren veel in het opbouwen van vertrouwen met gezinnen. Dit bestaat in het begin vooral ook uit het helpen met praktische en organisatorische zaken, zoals het opruimen bij de gezinnen thuis. Professionals noemen dit ook wel het ‘laaghangend fruit plukken’, juist deze zaken helpen gezinnen met motivatie en het wegnemen van een aantal stressoren. Dit vraagt bij hulpverleners om een ‘hands-on’ mentaliteit. Andere belangrijke facetten die hulpverleners noemen in het contact met de gezinnen zijn het vertragen, opvoeders ontschuldigen door het doorzien van de dynamiek en hen daardoor het gevoel geven dat zij gezien worden. Het unieke van Beter Thuis is de aandacht in de gezinsbehandeling voor de ouder als individu, tegemoetkomend aan behoeftes van de opvoeder buiten het ouderschap om, waardoor ook ruimte ontstaat om het over de kinderen te hebben.

In het huidige onderzoek wordt geen verband gevonden tussen de waardering van de werkrelatie en de mate van herstel van individuele gezinsleden. Dit is opmerkelijk aangezien de kwaliteit van de werkrelatie in eerder onderzoek consequent wordt genoemd als voorspeller van de effectiviteit van een behandeling (Horvath & Symonds, 1991; Shirk & Karver, 2003). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het overgrote deel van de gezinsleden de werkrelatie (zeer) positief

beoordeelde. Hierdoor was de variatie binnen de onderzoeksgroep wellicht te beperkt om samenhang te vinden.

5.3 Integraal werken: Essentieel maar niet makkelijk

Gezinnen met meervoudige en complexe problematiek ervaren gedurende een lange periode problemen op verschillende levensdomeinen. Werken aan herstel van het dagelijks leven vraagt om integrale samenwerking over de grenzen van zorgsectoren heen. Het belang hiervan werd recent nogmaals onderstreept in de Hervormingsagenda Jeugd 2023-2028. Integraal specialistisch werken vraagt echter om partnerschap op het niveau van de gemeente, de zorgorganisaties en de uitvoerend professionals. Op elk niveau vraagt de samenwerking om randvoorwaarden. Voor gemeenten en organisaties gaat het hierbij onder meer om een gezamenlijke visie op zorg, heldere afspraken over financiering en korte lijntjes tussen specialistische en generalistische zorg waardoor ondersteuning flexibel op- en afgeschaald kan worden (Barnhoorn et al., 2023).

Voor professionals werkzaam binnen integrale teams geldt dat zij hun expertise moeten samenbrengen ten behoeve van passende zorg en ondersteuning aan de gezinnen die zich bij hen melden. Deze expertise ligt soms ver van elkaar af en vraagt om het ontwikkelen van nieuwe, gezamenlijke werkwijzen en een gedeelde taal. Posthumus en collega's (2024) interviewden in hun onderzoek verschillende medewerkers uit de Beter Thuis teams en vonden dat het hebben van een helikopterview een essentiële vaardigheid is voor professionals die werken binnen integraal specialistische teams. Het oog hebben voor verschillende perspectieven van professionals en gezinsleden is van belang bij het integreren en prioriteren van hulpvragen van verschillende gezinsleden en het komen tot een afgestemd zorgaanbod. Teams hebben tijd nodig om middels supervisie en intervisie te reflecteren en samen te leren doen wat werkt. Deze tijd staat echter onder druk door lange wachtlijsten, hoge werkdruk, productiedruk en dagelijkse brandjes om te blussen.

Een recente rapportage van het Sociaal en Cultureel Planbureau (Bucx et al., 2023) wijst uit dat ook bij gezinnen met relatief mildere problematiek vaak sprake is van een stapeling van problemen op verschillende levensdomeinen. Zo komen zorgen omtrent de kinderen binnen het gezin vaak voor in combinatie met financiële problemen en een beperkt sociaal netwerk. Ook deze gezinnen hebben baat bij een brede blik en samenwerking tussen professionals vanuit verschillende zorgsectoren. Het is echter de vraag de zorg voor deze gezinnen ook vanuit één integraal specialistisch team moet worden geboden of dat een lichtere vorm van samenwerking volstaat. Om de jeugdzorg op een meer integrale manier te organiseren kiezen sommige gemeenten ervoor om de jeugdhulp uit te besteden aan een consortium van samenwerkende partners. Zo werkt Youz in Den Haag binnen het consortium *rondomJou* samen met Jeugdformaat, Xtra en Middin aan passende en samenhangende ondersteuning voor gezinnen.

Tenslotte wordt op de locatie van Youz Zoetermeer geëxperimenteerd met het versterken van de samenwerking tussen de jeugd-ggz, volwassen-ggz, LVB-zorg en het sociaal-maatschappelijk domein in de intakefase. Op deze manier ontstaat een passend behandelplan met duidelijke prioritering terwijl de behandeling zelf binnen de eigen organisaties van de samenwerkingspartners wordt geboden. We verwijzen naar een interview in het ZonMw *Kennismagazine Jeugd* –

Samenwerken voor en met het gezin voor meer informatie over deze werkwijze: [Perspectiefrijk - kennismagazine jeugd themanummer2](#)

5.4 Beperkingen huidig onderzoek

De huidige rapportage geeft een eerste aanzet voor het evalueren van de dienstverlening van Beter Thuis. Daarbij is het belangrijk aan te merken dat de hulpverlening zoals die vanuit Beter Thuis geboden wordt, zich de afgelopen jaren heeft ontwikkeld kijkend naar de behoeften van gezinnen in zorg. Zo is de samenwerking met de volwassen-ggz in de loop der jaren verstevigd. Het huidige onderzoek is echter niet volledig. Zo betreft de huidige onderzoeksgroep slechts een selectie van de gezinnen die in de periode 2020 – 2023 in zorg waren en waren de verkregen data veelal niet compleet. Het percentage missende gegevens was voor de meeste variabelen rond de 30%. Ook geven de verkregen ROM-data weinig zicht op ontbreekt het perspectief van de jeugdige zelf ten aanzien van zijn of haar klachten en . Verder is er vooral gekeken naar het functioneren van individuele gezinsleden, onvoldoende naar het gezinsfunctioneren als geheel. En is het interessant om Daarnaast was onvoldoende oog voor de krachten van het gezin en diens individuele gezinsleden in kaart te brengen en de wijze waarop deze in de behandeling zijn versterkt. Toekomstig onderzoek zou daarnaast ook de vraag moeten beantwoorden welke specifieke elementen van de zorg het meest bijdragen aan het herstel van het dagelijks leven. Zo wijst eerder onderzoek op het belang van frequent telefonisch contact tussen afspraken met gezinnen en intervisiebijeenkomsten voor hulpverleners (Visscher et al., 2021). Daarnaast lijkt het relevant om deze gezinnen over tijd heen te volgen. Dit geeft zicht in het zorg- en ondersteuningspad dat gezinnen na afloop van de zorg binnen Beter Thuis afleggen en daarmee aanknopingspunten voor het optimaliseren van de samenwerking in de regio.

5.6 Conclusie

Gezinnen met meervoudige en complexe problematiek hebben baat bij passende en samenhangende zorg geleverd vanuit één integraal specialistisch team. Alvorens behandeling kan worden gestart, dient te worden geïnvesteerd in het opbouwen van vertrouwen en verbinding. Veel van deze gezinnen hebben immers eerder negatieve ervaringen in de hulpverlening opgedaan. Het is belangrijk dat gezinnen, opvoeders, kinderen en het gezin als geheel zich gekend voelen in hun unieke verhaal. Dit is de unieke kracht van Beter Thuis. Door aan de start van het zorgtraject een brede verklarende analyse op te stellen, ontstaat behalve zicht op de patronen die de problematiek van het gezin in stand houden of versterken, ook zicht op de krachten van het gezin en diens netwerk. Samen met het gezin kan vervolgens gewerkt worden aan het herstel van het gewone leven. Binnen de regio wordt geadviseerd te investeren in een samenhangend zorgnetwerk waar laagdrempelige ondersteuning tijdig kan worden afgewisseld met meer intensieve interventies. Hierbij is het belangrijk dat behalve het verstevigen van de samenwerking tussen de jeugdhulpverlening en de ggz, er ook samenwerking wordt gezocht met sociaal-maatschappelijke organisaties, scholen, centra voor jeugd en gezin en professionals op het gebied van lichaamsgericht werken zoals (huis)artsen of fysiotherapeuten. Alleen op deze manier kan de intergenerationele overdracht van problematiek worden doorbroken, waardoor kinderen die in deze gezinnen opgroeien een eerlijke kans krijgen op een goede toekomst.

Literatuur

- Baartman, H. (2010). Ouderschap en de betekenis van solidariteit om je heen. *Ouderschapskennis*, 13, 182-194.
- Barnhoorn, A. M., Heek, E., Mulder, E., & Nootboom, L. (2023). *De specialist dichterbij?! Beschrijving van een integraal specialistische werkwijze*.
- Bartelink, C., & Verheijden, E. (2015). *Wat werkt bij het versterken van het sociale netwerk van gezinnen?* Nederlands Jeugd Instituut.
- Baxter, S., Johnson, M., Chambers, D., Sutton, A., Goyder, E., & Booth, A. (2018). The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3161-3>
- Buckx, F., Eggink, E., & de Klerk, M. (2023). *Meer zicht op ouders. Zorgen, problemen en hulpbronnen van ouders van minderjarige kinderen*. Sociaal en Cultureel Planbureau
- CliëntErvaringsMonitor (CEM+) (2018). Gemeente Amsterdam
- Evans, G. W., Li, D., & Whipple, S. S. (2013). Cumulative risk and child development. *Psychological Bulletin*, 139, 1342-1396. <https://doi.org/10.1037/a0031808>
- Evenboer, K., Reijneveld, S., & Jansen, D. (2018). Improving care for multiproblem families: Context-specific effectiveness of interventions? *Children and Youth Services Review*, 88, 274–285. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.03.024>
- Gale, T. M., & Boland, B. (2019). A model for predicting missing items on the Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS). *Comprehensive Psychiatry*, 93, 61–64. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.06.005>
- Gemeente Amsterdam (2018). CEM+ CliëntErvaringsMonitor.
- Ghesquière, P. (1993). *Multi-problem gezinnen. Problematische hulpverleningssituaties in perspectief*. Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Goodwin, N. (2016). Understanding integrated care. *International Journal of Integrated Care*, 16(4). <https://doi.org/10.5334/ijic.2530>
- Göpfert, M., Webster, J., & Seeman, M. V. (2015). *Parental Psychiatric Disorder: Distressed Parents and their Families*. <http://ebooks.cambridge.org/ref/id/CBO9781107707559>
- Holwerda, A., Jansen, D. E. M. C., & Reijneveld, S. A. (2014). De effectiviteit van hulpverlening aan multiprobleemgezinnen: een overzicht. Universitair Medisch Centrum Groningen.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal Of Counseling Psychology*, 38(2), 139–149. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>
- Hughes, K., Ford, K., Bellis, M. A., Glendinning, F., Harrison, E., & Passmore, J. (2021). Health and financial costs of adverse childhood experiences in 28 European countries: a systematic

- review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 6, e848–e857. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(21\)00232-2](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(21)00232-2)
- Kann-Weedage, D., Zoon, M., Addink, A., Van Boven, J., Berger, M., & De Wilde, E. J. (2016). Aantal en kosten van multiprobleemgezinnen in Almelo. Nederlands Jeugdinstituut, Utrecht.
- Kenniswerkplaats Jeugd Friesland. Praatplaat 'De kracht van samenwerken met de mensen om je heen'. <https://awtjf.nl/praatplaat-de-kracht-van-samenwerken-met-de-mensen-om-je-heen/>
- Kolthof, H. J., Kikkert, M. K., & Dekker, J. (2014). Multiproblem or multirisk families? A Broad review of the literature. *Journal of Child and Adolescent Behaviour*, 02. <https://doi.org/10.4172/2375-4494.1000148>
- Lauriks, S., Buster, M., de Wit, M., van de Weerd, S., Kamann, T., van den Boom, W., & Fassaert, T. (2017). *Handleiding Zelfredzaamheid-Matrix 2017*. GGD Amsterdam.
- Michalec, O. M. (2023). The intersection of depression and chronic illness. *Royal College of Surgeons in Ireland. Journal contribution*. <https://hdl.handle.net/10779/rcsi.23932062.v1>
- Morris, K. (2012). Troubled families: vulnerable families' experiences of multiple service use. *Child & Family Social Work*, 18(2), 198–206. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2011.00822.x>
- Mulder, C. L., Staring, A. B. P., Loos, J., Buwalda, V. J. A., Kuijpers, D., Sytema, S., & Wierdsma, A. I. (2004). The Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) in Nederlandse bewerking.
- Nederlands Jeugdinstituut (2024). Databank Effectieve jeugdinterventies. https://www.nji.nl/zoeken?keyword=&f%5B0%5D=entity_filter_bundle%3Aintervention&f%5B1%5D=specific_target_audience%3A91
- Nelson, C. A., & Gabard-Durnam, L. J. (2020). Early adversity and critical periods: neurodevelopmental consequences of violating the expectable environment. *Trends in Neurosciences*, 43(3), 133–143. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2020.01.002>
- Nooteboom, L. A., Kuiper, C. H. Z., Mulder, E., Roetman, P. J., Eilander, J., & Vermeiren, R. R. J. M. (2020). What do parents expect in the 21st century? A Qualitative Analysis of Integrated Youth care. *International Journal of Integrated Care*, 20(3), 8. <https://doi.org/10.5334/ijic.5419>
- Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (2023). Met de stroom mee. Naar een duurzaam en adaptief stelsel van zorg en ondersteuning. <https://www.raadvsv.nl/documenten/publicaties/2023/06/20/met-de-stroom-mee>
- Rocks, S., Berntson, D., Gil-Salmerón, A., Kadu, M., Ehrenberg, N., Stein, V., & Tsiachristas, A. (2020). Cost and effects of integrated care: a systematic literature review and meta-analysis. *The European Journal of Health Economics*, 21(8), 1211–1221. <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01217-5>
- Schout, G., De Jong, G., & Zeelen, J. (2011). Beyond care avoidance and care paralysis: Theorizing public Mental health care. *Sociology*, 45, 665–681. <https://doi.org/10.1177/0038038511406591>
- Shahali, S., Tavousi, M., Sadighi, J., Kermani, R. M., & Rostami, R. (2024). Health challenges faced by parents of children with disabilities: a scoping review. *BMC Pediatrics*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-024-05104-3>

- Simons, I., Willems, D., van de Laak-Bruins, A., & Soenen, S. (2023). Onderzoeksrapport Integraal werken met gezinnen met meervoudige en complexe problematiek. Doelgroep van de integrale unit van Beter Thuis.
- Staring, T., Hofman, E., & Mulder, N. (2003). Health of the Nation Outcome Scales Jeugd (HoNOSJeugd): instructies bij het invullen van de HoNOS Jeugd.
- Steketee, M., & Vandenbroucke, M., (2010). *Typologie voor een strategische aanpak van multiprobleem gezinnen in Rotterdam. Een studie in het kader van Klein maar Fijn – CEPHIR*. Verwey-Jonker Instituut, Utrecht.
- 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(3), 452–464. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.71.3.452>
- Stinckens, N., Ulburghs, A., & Claes, L. (2009). De werkalliantie als sleutelement in het therapiegebeuren: Meting met behulp van de WAV-12, de Nederlandstalige verkorte versie van de Working Alliance Inventory. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 39, 44–60. <https://lirias.kuleuven.be/handle/123456789/198241>
- Tausendfreund, T., & Knot-Dickscheit, J. (2015). Children in families with multiple problems : Advancing a main challenge. *International Journal of Child and Family Welfare*, 16, 11–21. <https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/16772>
- Trimbos instituut. (2024). KOPP/KOV: wat zijn de risico's? <https://www.trimbos.nl/kennis/kopp-kov/feiten-en-cijfers/risico-s/>
- Tuenter, T., Hooijsma, M., & Donker, A. (2020). *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen in 2017. Een analyse met behulp van CBS microdata*. Nederlands Jeugdinstituut.
- Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13(1). <https://doi.org/10.5334/ijic.886>
- Van Assen, A., Knot-Dickscheit, J., Post, W., & Grietens, H. (2020). Home-visiting interventions for families with complex and multiple problems: A systematic review and meta-analysis of out-of-home placement and child outcomes. *Children and Youth Services Review*, 114, 104994. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.104994>
- Van de Laak-Bruins, A., Soenen, S., Wassink-de Stigter, R., & Simons, I. (2024). Beter Thuis. De doelgroep van integrale hulpverlening in beeld. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 4, 52-58.
- Van den Berg, D., Van der Groot, S., & Jansen, M. (2016). Cirkel van onmacht. Mechanismen in hulpverlening. <https://www.slideshare.net/slideshow/cirkel-van-onmacht/64283555>
- Vermulst, A., Kroes, G., De Meyer, R., Nguyen, L., & Veerman, J. W. (2015). Handleiding OBVL. Praktikon: Nijmegen.
- Visscher, L., Holwerda, A., Van Eijk, L., Labun, A., Evenboer, E., & Knot-Dickscheit, J. (2024). Succesvol(ler) samenwerken met het sociaal netwerk van gezinnen met meervoudige en complexe problemen. *Jeugd in Ontwikkeling*, 2. <https://doi.org/10.54447/jio.18122>

Visscher, L., Jansen, D., Scholte, R., Van Yperen, T., Evenboer, K., & Reijneveld, S. (2022). Elements of care that matter: Perspectives of families with multiple problems. *Children and Youth Services Review*, 138, 106495. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2022.106495>

Visscher, L., Reijneveld, S. A., Knot-Dickscheit, J., Van Yperen, T. A., Scholte, R. H., Delsing, M. J., Evenboer, K. E., & Jansen, D. E. (2021). Toward tailored care for families with multiple problems: A quasi-experimental study on effective elements of care. *Family Process*, 61(2), 571–590. <https://doi.org/10.1111/famp.12745>

Wassink-de Stigter, R., Jansen, R., Deen, M., Visser, I., Simons, I., & Soenen, S. (ter perse). Onderzoek naar gezinsprofielen binnen integraal specialistische gezinsbehandeling, Beter Thuis. *Kind & Adolescent Praktijk*.

Bijlage A

In deze bijlage staan beschrijvende gegevens ten aanzien van de zelfredzaamheid van opvoeders en de door opvoeders ervaren opvoedingsbelasting. Deze gegevens vormen een aanvulling op de resultaten-sectie van deze rapportage (hoofdstuk 5).

Tabel 1

Het percentage opvoeders dat onvoldoende zelfredzaam is per domein op de Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM)

Domein	% onvoldoende zelfredzaam start zorgtraject (n)	% onvoldoende zelfredzaam eind zorgtraject (n)
Financiën	40.5% (n = 45)	26.1% (n = 29)
Werk & Opleiding	36.9% (n = 41)	24.3% (n = 27)
Tijdsbesteding	36.0% (n = 40)	27.0% (n = 30)
Huisvesting	15.3% (n = 17)	7.2% (n = 8)
Huiselijke relaties	48.6% (n = 54)	27.9% (n = 31)
Geestelijke gezondheid	29.7% (n = 33)	21.6% (n = 24)
Lichamelijke gezondheid	27.0% (n = 30)	20.7% (n = 23)
Middelengebruik	4.5% (n = 5)	5.4% (n = 6)
Basale Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL)		
Instrumentele ADL	8.1% (n = 9)	2.7% (n = 3)
Sociaal netwerk	46.8% (n = 52)	24.3% (n = 27)
Maatschappelijke participatie	33.3% (n = 37)	24.3% (n = 27)
Justitie	5.4% (n = 6)	3.6% (n = 4)
<i>Ouderschapssupplement</i>		
Lichamelijke verzorging	12.6% (n = 14)	5.4% (n = 6)
Sociaal-emotionele ondersteuning	45.9% (n = 51)	26.1% (n = 29)
Scholing	16.2% (n = 18)	4.5% (n = 5)
Opvang	14.4% (n = 16)	4.5% (n = 5)

Tabel 2*Beschrijvende gegevens opvoedingsbelasting zoals gemeten met de OBVL*

Subschaal	<i>M (SD)</i>	<i>n</i>	Range	% normaal gebied	% grensgebied	% klinisch gebied
<i>Start zorgtraject</i>						
Totaalscore	59.70 (16.47)	153	34-114	32.1%	8.8%	38.3%
Problemen opvoeder-kind relatie	9.27 (3.39)	153	6-22	47.7%	9.8%	21.8%
Problemen met opvoeden	13.91 (4.42)	154	7-26	37.3%	11.4%	30.6%
Depressieve stemming	12.15 (4.24)	153	7-24	36.3%	10.4%	32.1%
Rolbeperking	10.34 (4.24)	154	6-24	46.1%	9.8%	23.3%
Gezondheidsklachten	13.90 (5.57)	154	8-32	31.6%	7.8%	39.9%
<i>Eind zorgtraject</i>						
Totaalscore	56.43 (15.56)	113	34-102	33.7%	4.1%	20.7%
Problemen opvoeder-kind relatie	8.93 (3.32)	116	6-20	40.9%	5.2%	14.0%
Problemen met opvoeden	13.53 (4.35)	116	7-27	32.1%	9.3%	18.7%
Depressieve stemming	11.04 (4.21)	116	7-25	32.1%	12.4%	15.5%
Rolbeperking	9.55 (3.77)	116	6-22	38.9%	7.8%	13.5%
Gezondheidsklachten	13.10 (5.11)	112	8-32	25.9%	9.3%	22.8%