Vragen en antwoorden bij de Zelfredzaamheid-Matrix

Screeningsinstrument is niet ongelimiteerd toepasbaar

De Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM) is een screeningsinstrument om een volledig beeld te krijgen van het functioneren van de cliënt. Inmiddels wordt de ZRM toegepast bij zeer uiteenlopende cliëntenpopulaties binnen het sociaal domein. Ontwikkelaar GGD Amsterdam zet vragen en antwoorden uit het veld op een rij.

DOOR Steve Lauriks, Wijnand van den Boom, Matty de Wit en Paul van der Velpen

Een van de eerste toepassingen van de ZRM was bij Centrale Toegang voor de Maatschappelijke Opvang (MO) en de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) keten in Amsterdam en Rotterdam. Bij de doelgroepen van deze zorgsystemen is het functioneren op veel domeinen problematisch en bestaat een lange traditie van integraal werken en korte lijnen tussen hulpverleners. De ZRM past goed in het werkproces van deze zorgsystemen. Het instrument draagt namelijk bij aan het spreken van één taal tussen hulpverleners met verschillende achtergronden. Hierdoor kunnen casemanagement en het volgen en bijsturen van behandeltrajecten worden verbeterd. De ZRM draagt bij aan de professionalisering in de keten waardoor de cliënt eerder de hulp en ondersteuning kan ontvangen die aansluit bij zijn behoeften, onafhankelijk van de hulpverlener die die behoeften inventariseert of het loket waar hij zijn hulpvraag stelt.

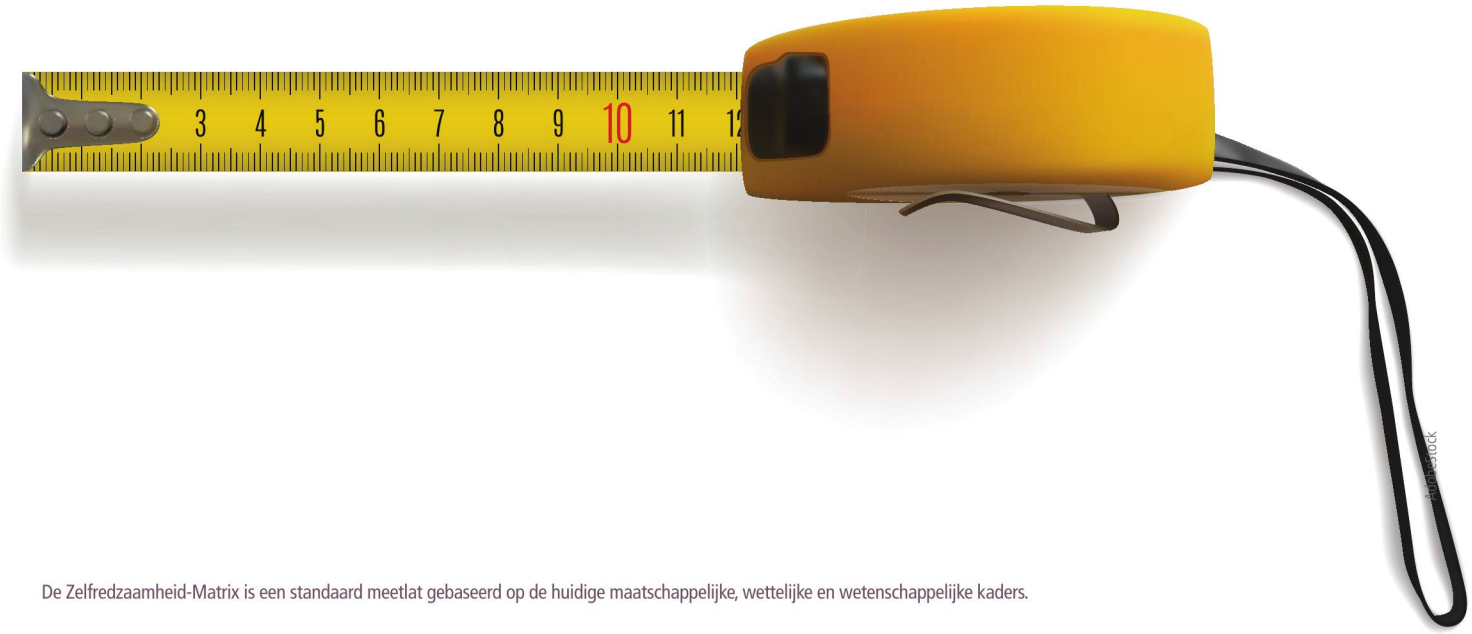
In de afgelopen jaren is ook in de hulpverlening voor andere kwetsbare groepen het bieden van een integrale, gecoördineerde aanpak, wijd verbreid geraakt. Integrale aanpakken en multidisciplinaire teams zijn bijna de norm geworden in de publieke zorg. Wijkteams, kwetsbare huishoudens aanpak, meldpunten voor zorg en woonoverlast, en praktijk-ondersteuners ggz bij huisartsen zijn slechts enkele voorbeelden van domein-overstijgend aanbod voor kwetsbare groepen (Arum en Schoorl 2016; Movisie 2014). Daarmee is de behoefte aan informatie over het functioneren op meerdere, zo niet alle, facetten van het leven van een persoon die een beroep doet op publieke zorg toegenomen. De ZRM is dan ook bij veel van deze aanpakken geïmplementeerd. Echter, het integrale denken is nog niet door alle hulpverleners op de werkvloer, hun teamleiders, of hun managers omarmd (Peeters 2016, Bransen e.a. 2016; Vrielink e.a. 2014). Het vereist dat hulpverleners uit zorg en welzijn in nauwe samenhang opereren en zich thuis gaan voelen op elkaars domein.

In de komende jaren zullen we complementaire ZRM-instrumenten ontwikkelen, zoals een ZRM waarmee de zelfredzaamheid van een gezinssysteem als eenheid in kaart kan worden gebracht. Hiermee voorzien we in een behoefte van het veld, dragen we bij aan een verdere vergelijkbaarheid van uitkomsten en het spreken van één taal van een nog meer diverse groep hulpverleners.

Proportionaliteit

Er is echter een dilemma met betrekking tot proportionaliteit van de screening: moet het functioneren van een cliënt volledig in kaart worden gebracht wanneer de cliënt een enkelvoudige hulpvraag stelt? Hoe weet je als hulpverlener dan dat de enkelvoudige hulpvraag werkelijk voortkomt uit een enkelvoudige hulpbehoefte en er niet meervoudige (complexe) problematiek speelt die de cliënt niet wil of kan verwoorden in een hulpvraag? Dit is een ethisch en juridisch vraagstuk waarop iedere instelling of ieder team een antwoord zou moeten formuleren alvorens te besluiten om (meer) integraal te gaan werken.[1]

De ZRM is door hulpverleners, teamleiders, managers en juristen wel eens als



De Zelfredzaamheid-Matrix is een standaard meetlat gebaseerd op de huidige maatschappelijke, wettelijke en wetenschappelijke kaders.

middel gebruikt om de ambitie om integraal te werken in de eerste lijn ter discussie te stellen. Maar de ZRM is een screeninginstrument waarmee je integraal kunt kijken naar een cliënt. Of je integraal wilt kijken en of je integraal mag kijken zijn vragen die de ZRM niet kan beantwoorden.

Cliëntgericht

De ZRM is een beoordelingsinstrument waarbij de hulpverlener de score op de verschillende domeinen bepaalt op basis van wat hij weet over het functioneren, volgens de huidige maatschappelijke, wettelijke en wetenschappelijke normen. De ZRM legt niet de nadruk op beperkingen van de cliënt, maar meet een observeerbare uitkomst, die het gevolg is van beperkingen, maar ook van de wijze waarop een cliënt met eventuele beperkingen omgaat en de ondersteuning van derden die hij of zij ontvangt. Indien een cliënt bijvoorbeeld zelf niet in staat is zich aan te kleden, maar daarbij voldoende ondersteuning krijgt van zijn netwerk of van professionals, is hij op (dit aspect van) het ZRM-domein (basale) ADL voldoende zelfredzaam. Daarmee sluit de ZRM aan bij de kanteling van claim- en aanbodgericht werken naar vraag- en resultaatgericht werken (VNG, 2010) die in het sociaal domein is ingezet.

Ondanks dat de vaardigheden, motivatie en visie van de cliënt bij de beoordeling op de ZRM niet expliciet worden, dienen ze zeker niet uit het oog te worden verloren. Voor effectieve hulpverlening is niet alleen informatie over de huidige situatie van de cliënt van belang maar ook wat de cliënt kan en wil. Om de hulpverlener inzicht te geven in de visie en beleving van de cliënt op zijn eigen functioneren en de positie van de cliënt in het hulpverleningsproces verder te versterken, heeft de GGD Amsterdam een zelfrapportageversie van de ZRM ontwikkeld: de Mijn ZRM (GGD Amsterdam, 2015). Hiermee kan een persoon zijn eigen zelfredzaamheid waarderen op de domeinen volgens de standaard van de ZRM. Bovendien kan een cliënt met de Mijn ZRM aangeven hoe hij zijn zelf-gewaardeerde zelfredzaamheid beleeft en welke domeinen hij/zij belangrijk vindt. De Mijn ZRM geeft de cliënt niet alleen inzicht in zijn eigen functioneren maar ook inzicht in de thema's en onderwerpen waarover het gesprek met de hulpverlener gaat wanneer die de ZRM gebruikt. De hulpverlener krijgt met de Mijn ZRM meer inzicht in de beleving en het probleeminzicht van de cliënt. Bovendien kan het gesprek efficiënter verlopen omdat cliënt en hulpverlener over dezelfde thema's praten.

Met de ZRM kun je integraal kijken naar een cliënt. Maar of je dat ook wilt of mág, daar gaat de ZRM niet over.

Leidraad

De ZRM geeft aan wat de belangrijke gespreksthema's zijn (de domeinen) en wat de kenmerkende en onderscheidende aspecten binnen die thema's zijn (de indicatoren). De ZRM biedt de hulpverlener daarmee een leidraad voor het voeren van het gesprek met de cliënt,

Zelfredzaamheid volgens de ZRM

In de ZRM wordt zelfredzaamheid gedefinieerd als 'het zelf realiseren van een acceptabel niveau van functioneren op de belangrijke domeinen van het dagelijks leven. Indien nodig door de juiste hulp te organiseren op het moment dat een daling van het functioneringsniveau dreigt of plaatsvindt, die niet zelf verholpen kan worden.' (GGD Amsterdam 2013). De mate van zelfredzaamheid, gemeten met de ZRM 2013, is een uitkomst op elf levensdomeinen, zoals Financiën, Lichamelijke gezondheid, Sociaal netwerk en Justitie.

ZRM 2017

In de nieuwe ZRM 2017 is het domein Tijdsbesteding toegevoegd en het domein ADL (Activiteiten van het Dagelijks Leven) gesplitst in Basale ADL en Instrumentele ADL waarmee de zelfredzaamheid op dertien domeinen in kaart wordt gebracht (GGD Amsterdam, 2017). Per domein wordt de zelfredzaamheid uitgedrukt in een score van 1 (acute problematiek) tot 5 (volledig zelfredzaam). De niveaus van zelfredzaamheid op één domein sluiten elkaar uit. De domeinen van de ZRM zijn aan elkaar gerelateerd en alle domeinen zijn noodzakelijk om een volledig beeld te krijgen van de zelfredzaamheid van een persoon.

Validiteit en betrouwbaarheid

De validiteit en betrouwbaarheid van de ZRM (versies 2010 en 2013) zijn in verschillende wetenschappelijke studies acceptabel bevonden (Fassaert e.a. 2013; Fassaert e.a. 2014; Bannink e.a. 2015; van den Boom e.a. 2016).
Voor meer informatie over de inhoud van de domeinen, indicatoren en het scoren op ZRM verwijzen we naar de handleiding op de website van de GGD Amsterdam: www.zrm.nl.

maar het uitgangspunt is dat de hulpverlener vanuit zijn professionaliteit de beste persoon is om het gesprek vorm te geven. De volgorde waarin thema's aan de orde komen en hoe de thema's worden besproken is volledig aan de hulpverlener en kan dus cliëntgericht worden uitgevoerd.
De ZRM biedt de informatie voor de keuzes aan de voorkant van een integrale zorgketen: welke domeinen moet het aanbod omvatten, wat moet de intensiteit van het aanbod zijn. De GGD Amsterdam onderzoekt voor een aantal beslissingen in hoeverre de ZRM deze keuzes kan ondersteunen en inzichtelijk kan maken. Een voorbeeld hiervan is beslissingsondersteuning voor de toegang tot de OGGZ/ MO-keten (Lauriks e.a. 2014).
Omdat de ZRM een maat is voor het functioneren van een persoon kan zij ook worden ingezet om de ontwikkeling van een persoon die een interventie ontvangt te volgen. Gaat een persoon vooruit, op welke domeinen, wordt achteruitgang voorkomen? Dit biedt houvast voor casemanagement en monitoring. De ZRM biedt de mogelijkheid om individueel concrete doelen te stellen in de vorm van ZRM-scores die worden nagestreefd met de behandeling. Niet bij alle interventies is vooruitgang het doel, stabilisatie bij een persoon die dreigt af te glijden kan ook een doel vormen. Met een doel-ZRM, die de beoogde uitkomsten van behandeling in termen van stabilisatie of vooruitgang op de domeinen van de ZRM beschrijft, kun je dit expliciteren. De monitoring richt zich dan niet alleen op vooruitgang, maar kan informatie bieden over het al dan niet behalen van gestelde doelen.
Uit de score op de ZRM is niet af te leiden wat de oorzaken van het waargenomen functioneren zijn en deze geeft dus geen richting aan een behandeling om deze oorzaken weg te nemen. Daarvoor heb je altijd meer (diagnostische) informatie nodig. Een voorbeeld: een score 2 op het domein Verslaving (middelengebruik) geeft alleen aan dat iemand een problematisch niveau van functioneren heeft met betrekking tot verslaving waarvoor behandeling ontbreekt, maar geeft geen informatie over het middel waaraan de persoon verslaafd is. Deze informatie is overigens wel noodzakelijk voor het aanbieden van een behandeling om het functioneren te verbeteren of te stabiliseren. Om meer te weten te komen over wat speelt bij een cliënt op een bepaald levensdomein is 'doorvragen' vereist; hiervoor zijn (diagnostische) instrumenten beschikbaar.

Prikkels

De ZRM scores bieden niet alleen inzicht in de ontwikkeling van een individuele cliënt maar worden ook gebruikt om inzicht te krijgen in groepen. Hoe verhoudt de cliëntpopulatie van instelling A zich tot die van andere instellingen, zijn er subgroepen te onderscheiden, hoe ontwikkelen cliënten van instelling A zich ten opzichte van cliënten van andere instellingen? Dergelijke vragen kunnen worden beantwoord wanneer de ZRM structureel wordt afgenomen. De ZOOM-database, waarin informatie van verschillende instellingen en gemeenten geanonimiseerd wordt verwerkt, faciliteert deze mogelijkheden.
Om uitspraken te kunnen doen over de relatie tussen de effecten gemeten met de ZRM en de uitgevoerde interventie, is een controlegroep nodig waarmee de ontwikkeling kan worden vergeleken. Alleen het verschil in ontwikkeling tussen de groep met een interventie en de groep zonder interventie kan direct worden toegeschreven aan de interventie.
Als effecten worden gekoppeld aan een interventie dan kunnen daaraan ook gevolgen gekoppeld worden, bijvoorbeeld in de vorm van bekostiging. Dit kan echter leiden tot een perverse prikkel

Als de financiering direct afhankelijk is van de vooruitgang van hun cliënten, zullen volgens de metingen alle cliënten altijd vooruitgaan.

in de beoordeling waardoor de betrouwbaarheid van de informatie die wordt verzameld met het instrument sterk wordt beperkt: als de financiering van een instelling direct afhankelijk is van de vooruitgang van hun cliënten, zullen (volgens die meting) alle cliënten altijd vooruitgaan. Dit geldt voor alle beoordelingsinstrumenten, de ZRM vormt hierop geen uitzondering. Wij adviseren om de ZRM primair in te zetten als casemanagement- en monitoring instrument: om de ontwikkeling van cliënten en cliënt-groepen systematisch te kunnen volgen. De ontwikkeling van cliëntgroepen gemeten met de ZRM kan aanleiding zijn voor nader onderzoek en gesprek, niet tot afrekening of prestatieafspraken. In onderzoek naar de effectiviteit van interventies kan de ZRM een rol spelen, maar dit zou altijd onafhankelijk en volgens gedegen wetenschappelijke methoden moeten worden uitgevoerd.

Balans

Onderzoek toont aan dat de interbeoordelaar-betrouwbaarheid van de ZRM redelijk goed is. Het kan voorkomen dat verschillende hulpverleners tot een verschillend oordeel komen bijvoorbeeld omdat de ene beoordelaar de balans tussen de indicatoren anders weegt dan de andere beoordelaar. In de regel gaat het dan om een verschil van één niveau van zelfredzaamheid (Fassaert e.a. 2013). In aanvulling op een (opfris-)training kan het ook helpen om ZRM-scores te bespreken in een casusoverleg, of professionals van een visualisatie van (de ontwikkeling van) scores in registratiesystemen te voorzien: hiermee krijgen zij een *look & feel* van de resultaten van de ZRM-beoordeling. Een periodieke check waarin een hulpverlener wordt gevraagd zijn scores toe te lichten aan de hand van de concrete situatie van de cliënt op de indicatoren, is mogelijk met de ZRM en kan houvast bieden voor bijsturing.

Tot slot

De ZRM is een meetinstrument dat voor en door professionals, beleidsmakers en onderzoekers is ontwikkeld. Het screeningsinstrument biedt een standaard 'meetlat' die wordt gebaseerd op de huidige maatschappelijke, wettelijke en wetenschappelijke kaders. Dit maakt het een dynamisch instrument dat periodiek wordt herzien om relevant en bruikbaar te zijn en te blijven voor alle gebruikers. Het ZRM-team van de GGD Amsterdam nodigt een ieder dan ook uit om ervaringen te delen, vragen te stellen, suggesties te doen, en opmerkingen te maken over de ZRM. ■

Steve Lauriks, Wijnand van den Boom en Matty de Wit zijn onderzoeker bij GGD Amsterdam, afdeling Epidemiologie, Gezondheidsbevordering en Zorginnovatie. Paul van der Velpen is oud-directeur Publieke Gezondheid, GGD Amsterdam. zrm@ggd.amsterdam.nl.

Referenties

1 Lauriks S, Buster M, de Wit M, van de Weerd S, Tighchelaar G. *Zelfredzaamheid-Matrix 2010*. Amsterdam: GGD Amsterdam; 2010.

2 Lauriks S, Buster M, de Wit M, van de Weerd S, Tigchelaar G, Fassaert T. *Zelfredzaamheid-Matrix 2013*. Amsterdam: GGD Amsterdam; 2013.

3 Lauriks S, Buster M, de Wit M, van de Weerd S, Theunissen V, Schönenberger M, Fassaert T. *Handleiding en toelichting bij de Zelfredzaamheid-Matrix*. Amsterdam: GGD Amsterdam; 2013.

4 Lauriks S, Buster M, de Wit M, van de Weerd S, van den Boom W, Segeren M e.a. *Zelfredzaamheid-Matrix 2017*. Amsterdam: GGD Amsterdam; 2017.

5 Fassaert T, Lauriks S, van de Weerd S, de Wit M, Buster M. Ontwikkeling en betrouwbaarheid van de Zelfredzaamheid-Matrix. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2013,91:169-177.

6 Fassaert T, Lauriks S, van de Weerd S, Theunissen J, Kikkert M, Dekker J, e.a. Psychometric properties of the Dutch version of the self-sufficiency matrix (SSM-D). *Community Ment Health J* 2014,50:583-590.

7 Bannink R, Broeren S, Heydelberg J, van 't Klooster E, Raat H. Psychometric properties of self-sufficiency assessment tools in adoloescents in vocational education. *BMC Psychology* 2015; DOI 10.1186/s40359-015-0091-2.

8 van den Boom W, Klaufus L, Lauriks S, de Wit M. Psychometrische kenmerken van de Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM) en het ZRM-supplement Ouderschap. *Kind en Adolescent* 2016, 37: 105-119.

9 Arum Sv, Schoorl R. *Sociale (wijk) teams in beeld. Stand van zaken na de decentralisaties*. In: Utrecht: Movisie. Google Scholar; 2016.

10 Movisie. *Praktijkbeschrijving - Samen DOEN in de buurt in Amsterdam*. Utrecht: Movisie; 2014

11 Peeters P-H. Loslaten betekent een nieuwe manier van vasthouden. *Zorg+ Welzijn* 2016,22:8-10.

12 Bransen E, Collard P, van der Poel A. Sociale wijkteams en verslavingspreventie: kansen en belemmeringen. *Verslaving* 2016,12:289-292.

13 Vrielink MO, Sterrenberg L, Koper H. Uitvoeringskracht in sociale wijkteams: een beproefd concept in een nieuwe context. *Bestuurswetenschappen* 2014,68:32-46.

14 van Grondelle M, de Groot J, Kok A, Leenheer M, van de Maat R, Oppenhuis E. *Onderzoeksrapport - Privacy van burgers met een hulpvraag*. Amsterdam: Rekenkamer Amsterdam; 2016.

15 Rijnkels H, de Man S. *Kantelen in de Wmo - Handreiking voor visieontwikkeling en organisatieverandering*. Den Haag: VNG; 2010.

16 Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, e.a. How should we define health? *BMJ* 2011; DOI: 10.1136/bmj.d4163

17 Bushe GR, Kassam AF. When is appriciative inquiry transformational? A meta-case analysis. *Journal of Applied Behavioral Science* 2005, 41(2): 161-181.

18 Lauriks S, de Wit M, Buster M, Fassaert T, van Wifferen R, Klazinga N. The use of the Dutch self-sufficiency matrix (SSM-D) to inform allocation decisions to public mental health care for homeless people. *Community Mental Health Journal* 2014, 50(7): 870-878.

Noot

1 Zie het rapport van de Rekenkamer Amsterdam, 2016 voor meer informatie over dit aspect van integraal werken.

Label

In de volgende editie van Sociaal Bestek verschijnt een vervolgartikel over de rol van de Zelfredzaamheid-Matrix in het spanningsveld tussen integraal werken/generalisten enerzijds en het noodzakelijkheidsvereiste dat volgt uit de AVG anderzijds. Breng je het functioneren al dan niet volledig in kaart ten behoeve van een integraal aanbod? Hoe ga je om met kwetsbare burgers die hulpvragen niet kunnen of willen verwoorden? Hoe geef je als gemeente invulling aan de monitoring-taak?