



**GGD**  
**Amsterdam**

Versie def  
Maart 2016

# Evaluatie indicatieoverleg Top600

**2015**

Evaluatie indicatieoverleg Top600

GGD Amsterdam, maart 2016

Menno Segeren (E&G), Thijs Fassaert, Christel Grimbergen & Nettie Avontuur (MGGZ)

in samenwerking met de screeners Top600 en de deelnemers van het Stedelijk Indicatie Overleg (SIO)

# Inhoud

<b>Kernbevindingen</b>	<b>4</b>
<b>1 Achtergrond</b>	<b>6</b>
<b>2 Methode</b>	<b>7</b>
<b>3 Resultaten</b>	<b>8</b>
3.1 Welke indicatieadviezen zijn gedaan en hoeveel daarvan zijn uitgevoerd?	8
3.2 Uitvoering van de indicatieadviezen	9
3.3 Hoeveel personen zijn begin december 2015 nog in zorg?	10
3.4 Is de situatie van Top600 personen verbeterd?	11
3.5 Welke belemmerende en bevorderende factoren spelen een rol?	12
3.6 Verdieping	12
3.6.1 Aanwezigheid van een reclasseringskader	12
3.6.2 Veranderingen in functioneren	13
3.6.3 In zorg zijn, is dat gerelateerd aan verbetering van functioneren?	13
3.6.4 Recidive	15

## Kernbevindingen

- Voor een groep van 65 gescreende Top 600 subjecten in deze evaluatie werden 187 (sub)adviezen geformuleerd; Veel meer dan bij de vorige evaluatie over 2014. In vergelijking met deze vorige evaluatie werden in 2015 vooral veel meer adviezen voor begeleiding gedaan, getuige de stijging van 15% naar 80% van de subjecten met een advies voor begeleiding.

De reden hiervoor hangt samen met de beëindiging van het zogenaamde aansluitoverleg waarin begeleidingsadviezen ter sprake kwamen. Met het beëindigen hiervan is de definitie van zorgadviezen binnen het Stedelijk Indicatie Overleg (SIO) verbreed en behoren ook begeleidingsadviezen nadrukkelijk tot het indicatieadvies.

- Terwijl er veel meer adviezen werden geformuleerd, is de proportie van niet opgevolgde/uitgevoerde adviezen (ca. 1/3) ongeveer gelijk gebleven. Het gaat daarbij om in totaal de helft (51%) van alle subjecten bij wie ten minste gedeeltelijk is afgeweken van een (sub)advies gemaakt op het SIO.

Hierbij dient opgemerkt te worden dat er valide redenen kunnen zijn om een SIO advies niet uit te voeren, of daarvan af te wijken. Het toestandsbeeld van een subject kan, vanwege een verscheidenheid aan redenen (moe, onder invloed, gestresst, situatie veranderd), anders zijn tijdens de intake bij de aanbieder dan op het moment van screening en onderzoek. Of, tijdens de intake na enkele contacten is er nog beter zicht gekomen op de problematiek. Op basis van dit nieuwe toestandsbeeld kan worden besloten dat een andere interventie meer aangewezen is.

- Begin december 2015 is een ruime meerderheid van de groep (59%) nog in zorg. Ter vergelijking: bij de vorige evaluatie was dit 56%, waarbij de follow-up periode (dwz het aantal maanden tussen het SIO en de effectmeting) voor de huidige effectevaluatie ongeveer gelijk is.
- In totaal is bij driekwart van de groep in de loop van 2015 een verbeterde situatie geconstateerd. Bij een kwart werd een verslechtering waargenomen. Met name over subjecten die in zorg zijn wordt een verbeterde situatie gerapporteerd. Een verbeterde situatie wordt niet bevestigd door (ook) een verbeterd functioneren zoals gemeten met de ZRM. Mogelijk dat subtielere veranderingen wel als verbetering worden geclassificeerd door de behandelaar, terwijl dit nog onvoldoende is om een niveau te stijgen op de ZRM-schaal.
- De aanwezigheid van een reclasseringskader is gerelateerd aan het actueel in zorg zijn: ruim twee keer meer subjecten met een kader is actueel in zorg. Tijdens een reclasseringskader lukt het om een ingezet behandelkader langer te continueren. Daarmee kan daadwerkelijk gewerkt worden aan de problematiek die tijdens dit behandelkader door het subject en zijn behandelaar wordt vastgesteld.

## Evaluatie indicatieoverleg Top600

- Qua algemeen functioneren laat de helft van de groep in de loop van 2015 vooruitgang zien. De andere helft gaat achteruit. Actueel in zorg zijn is niet gerelateerd aan een verbeterd functioneren: zowel in de groepen in als buiten zorg vindt verbetering van hun toestand waar. In de eerste kwartaalmonitor 2015<sup>1</sup> wordt in bijlage 2 een beschrijving gegeven van wat door behandelaars als verbetering wordt gezien.
- Er zijn geen duidelijke determinanten van recidive gevonden. Recidive komt even vaak voor bij subjecten met en zonder reclasseringskader en is niet gerelateerd aan verbeterd of verslechterd functioneren. Iets meer subjecten die helemaal niet in zorg zijn gekomen (31%) recidiveerden dan subjecten die wel in zorg zijn gekomen (19%). Echter, dit verschil is niet statistisch significant (mogelijk vanwege de beperkte omvang van de onderzoeksgroep).

---

<sup>1</sup> Te vinden op: <https://www.amsterdam.nl/wonen-leefomgeving/veiligheid/openbare-orde/aanpak-top600/feiten-cijfers-o/>

# 1 Achtergrond

In de Top 600 Aanpak vormt de sociaal psychiatrische screening van de GGD de basis voor een voorlopig advies voor passende behandeling, begeleiding of nadere diagnostiek van Top 600 subjecten. Dit voorlopige advies wordt voorgelegd aan het Stedelijk Indicatie Overleg (SIO). Het SIO is een platform dat bestaat uit belangrijke partijen uit het veld van (forensische) GGZ en LVB-zorg. Dit zijn Arkin, de Bascule, GGZ InGeest, de Waag, Amsta, PI Overamstel (PIOA), het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie (NIFP) en MEE. Het overleg wordt voorgezeten door de GGD. Sterke punten van het SIO zijn dat het 'warme overdracht' van subjecten vergemakkelijkt en dat een zorgketen in stand wordt gehouden met korte lijnen en hechte netwerken.

Nadat de inhoud van de screening en het door het SIO gedragen advies voor een vervolgtraject is teruggekoppeld aan het subject en - op hoofdlijnen - aan de regisseur, volgt een proces van verwijzen, begeleiden en motiveren naar passende zorg- en hulpverlening door de screeners van de GGD. Het SIO biedt een geschikt platform om te inventariseren hoe dit proces verloopt en in welke mate adviezen vanuit het SIO daadwerkelijk worden uitgevoerd.

Hierover is door de GGD eerder onderzoek naar gedaan ten behoeve van de eerste kwartaalmonitor 2015. De huidige rapportage is in feite een herhaling van die meting, maar gaat ook een stap verder door te kijken naar aanvullende informatie, zoals mogelijke verbanden met de aanwezigheid van reclasseringstoezicht en aanhoudingen door de politie (recidive).

De volgende vragen zullen worden beantwoord:

1. Welke indicatieadviezen zijn gedaan, en hoeveel daarvan zijn er uitgevoerd?
2. Wat zijn onderliggende oorzaken van het wel/niet uitvoeren van de indicatieadviezen?
3. Hoeveel van deze Top 600 personen zijn actueel nog in zorg?
4. Is hun situatie verbeterd?
5. Welke belemmerende en bevorderende factoren hebben hierbij een rol gespeeld?
6. Vergelijking met de evaluatie van 2014
7. Verdieping
  - a. Welke veranderingen in het functioneren worden waargenomen?
  - b. Is actueel in zorg zijn gerelateerd aan een betere actuele situatie?
  - c. Wat is de invloed van een reclasseringstoezicht?
  - d. Welke factoren lijken gerelateerd aan recidive?

## 2 Methode

### Onderzoeksgroep

Gekozen is een groep te onderzoeken met alle Top 600 subjecten die in het eerste kwartaal van 2015 zijn besproken op het SIO (N=65). Deze keuze is gemaakt omdat, binnen één jaar, een groep beschikbaar is met een 'observatietijd' van 9 maanden of langer. Zo'n periode is nodig om uitkomsten van het proces na screening te kunnen meten. Bovendien is het hiermee mogelijk enkele eenvoudige vergelijkingen te maken met de groep die in 2014 is onderzocht. Verder zijn alleen subjecten geanalyseerd wiens screening voor het eerst werd besproken in het SIO (geen zogenoemde 'terugkomcasus' die over het algemeen complexer verlopen).

### Evaluatieformulieren

Aan het eind van 2015 is over elk van deze 65 subjecten een formulier ingevuld door de actueel betrokken zorgpartner (ggz-instelling). In dit formulier wordt gevraagd een opsomming te geven van de besluiten die zijn genomen op het SIO (de adviezen) en om per (sub)advies aan te geven of dit is uitgevoerd, of is afgeweken van het advies, of een daadwerkelijke verwijzing door de GGD is geregistreerd, of de persoon actueel nog in zorg is en of zijn situatie verbeterd is. Met een aantal aanvullende vragen wordt onder andere de aanwezigheid van belemmerende en bevorderende factoren uitgevraagd.

### Adviezen

Wat betreft de adviezen is, analoog aan de rapportage over 2014, een categorisering gemaakt waarbij wordt onderscheiden naar adviezen over (aanvullende) diagnostiek, begeleiding, behandeling of overige.

- Diagnostiek betreft het nader inzichtelijk maken van de aanwezigheid van medische problematiek, waaronder geestelijke gezondheid (inclusief intelligentie en verslaving) en lichamelijke problematiek;
- Behandeling betreft alles gerelateerd aan zorg in verband met medische problematiek;
- Begeleiding betreft hulp bij het oplossen/omgaan met 'sociale' problematiek (oa. inkomen, schulden, dagbesteding (werk/opleiding), huisvesting, sociaal netwerk/relaties etc.).

Het begrip 'advies' is breed gedefinieerd. Zo is zowel het advies een IQ-test uit te voeren als het opvragen van een recente IQ-score beschouwd als een advies over (aanvullende) diagnostiek. Op dezelfde manier is het advies om een nieuwe vorm van dagbesteding te starten evengoed als het nagaan of de huidige dagbesteding wel geschikt is beiden beschouwd als een advies omtrent begeleiding.

### Aanvullende gegevens

Om de verdiepende vragen van het onderzoek te kunnen beantwoorden is aanvullend gebruik gemaakt van ZRM-gegevens die zijn verzameld door de screeners van de GGD tijdens de sociaal psychiatrische screening (beginmeting) en door de Top600 regisseurs een paar maanden later (follow-up meting), registratiegegevens over de aanwezigheid van reclasseringstoezicht en politiegegevens over gepleegde delicten in 2015. Deze gegevens worden gebruikt om verschillen tussen subgroepen te kunnen identificeren.

## 3 Resultaten

In de eerste drie maanden van 2015 zijn 65 Top 600 subjecten besproken op het SIO. De verdeling van deze subjecten over de betrokken partijen uit het SIO was als volgt: Arkin verleende actueel hulp/zorg aan 8 subjecten, de Bascule aan 5 en 12 subjecten waren in zorg bij Amsta, de Waag, Inforsa of MEE. Deze partijen verzorgden het invullen van het evaluatieformulier. Voor de overige 40 personen heeft de GGD het evaluatieformulier ingevuld aan de hand van het eigen registratiesysteem en/of door betrokken organisaties buiten het SIO te benaderen.

### 3.1 Welke indicatieadviezen zijn gedaan en hoeveel daarvan zijn uitgevoerd?

Van de groep van 65 personen is allereerst geteld hoeveel (sub)adviezen over deze personen op het SIO zijn genomen. Het totaal komt uit op 187 adviezen, met een gemiddelde van 3 (sub)adviezen per persoon. Ter vergelijking: bij de vorige evaluatie werden 122 (sub)adviezen geteld bij 99 subjecten. Op basis van de inhoud van deze adviezen zijn deze onderverdeeld naar adviezen over (aanvullende) diagnostiek, behandeling, begeleiding en overige. Hieronder volgen per categorie enkele voorbeelden om de inhoud van de adviezen te illustreren.

Categorie	Advies
(aanvullende) diagnostiek	Niveaubepaling (intelligentie) met WAIS, verwijzen voor diagnostiek voor een stemmings- of psychotische stoornis, uitgebreid onderzoek of psychiatrische behandeling nodig is, IQ-test in detentie, somatische oorzaken passiviteit onderzoeken
behandeling:	Verslavingsbehandeling, verwijzen voor PTSS behandeling, overleg over de haalbaarheid behandeling, behandeling voor emotie- en agressieregulatieproblemen, delictanalyse en behandeling, inzetten op klinische behandeling
begeleiding:	Op het gebied van dagbesteding, aanmelden andere LVB-woonvoorziening, schuldsanering FIBU, inschrijving Woningnet, aanmelden voor IFA
overige:	Informatie opvragen over bestaande juridische kaders, of mogelijkheden mbt creëren van kaders in toekomst, bijv in kader van toezicht, jeugdbeschermingsmaatregel of ISD. Bij politie en justitie informeren over hoeveelheid delicten, mate van geweld bij meest recente delicten. Praktische zaken oppakken door regisseur. Subject onderbrengen bij andere zorgpaden in de stad (vb aanmelden instroomhuis, veldtafel ed).



## Evaluatie indicatieoverleg Top600

Zoals in tabel 1 hieronder wordt gepresenteerd blijkt dat over bijna de helft (48%) van deze groep subjecten een advies is geformuleerd over (aanvullende) diagnostiek. Een advies over behandeling is bij bijna 60% van de groep gedaan, over begeleiding bij 80% en overige adviezen bij 59%. Opvallend is dat de percentages subjecten met een advies voor diagnostiek en behandeling (2015) vrijwel gelijk zijn gebleven t.o.v. de vorige evaluatie (2014). Wel zijn er bij aanzienlijk meer subjecten adviezen gedaan op het gebied van begeleiding, en 'overige' adviezen.

Tot 2014 bestond, parallel aan het indicatieoverleg, ook nog een zogenaamd aansluitoverleg. Tijdens dit aansluitoverleg werd de situatie van subjecten op de 'sociale' domeinen besproken (oa. inkomen, schulden, dagbesteding, huisvesting). In de loop van 2014 is daarmee gestopt. De adviezen van het SIO waren tot dan met name medisch-psychiatrisch van aard. Vanwege het beëindigen van het aansluitoverleg (ofwel het samengaan van het aansluitoverleg met het indicatieoverleg) beslaat het huidige SIO daarom een breder spectrum aan adviezen. Dit is een verklaring voor de toename van het aandeel subjecten over wie ook een begeleidingsadvies is gedaan ten opzichte van de vorige evaluatie.

Tabel 1. Overzicht genomen adviezen (in categorieën) en mate waarin die zijn opgevolgd

	2014		2015		Besluit opgevolgd					
	%	n	%	n	Volledig		Deels		Nee	
Advies	%	n	%	n	n	%	n	%	n	%
(aanvullende) diagnostiek	47.5	29	47.5	6	25.0	9	37.5	9	37.5	
behandeling	68.7	36	59.0	18	58.1	3	9.7	10	32.3	
begeleiding	15.2	49	80.3	20	55.6	6	16.7	10	27.8	
overig	17.2	36	59.0	9	42.9	4	19.0	8	38.1	

Onbekenden zijn niet opgenomen in deze tabel

### 3.2 Uitvoering van de indicatieadviezen

#### Opvolging van adviezen

In tabel 1 hierboven wordt per type advies ook aangegeven in welke mate dit advies ook daadwerkelijk is uitgevoerd. Hierbij is een onderverdeling gemaakt naar 'volledig', 'deels' en 'nee'. Wat opvalt is dat, ongeacht het type advies, in ongeveer een derde van de gevallen deze niet worden opgevolgd. Ook dit komt overeen met eerdere resultaten. De beschikbare gegevens maken het niet altijd mogelijk om feitelijk te achterhalen wat achterliggende redenen zijn geweest om adviezen niet op te volgen.

Gedeeltelijk zal hiervoor een oorzaak gevonden kunnen worden bij belemmerende factoren die verderop in dit rapport worden behandeld. Het beloop van een casus (bijvoorbeeld het optreden van een specifieke gebeurtenis in het leven van het subject) kan er bijvoorbeeld voor zorgen dat een andere invulling wordt gekozen van het advies.

#### Hoe vaak wordt een andere invulling dan het indicatieadvies gekozen?

Kijken we naar het aantal personen dan is in totaal bij de helft van de onderzochte groep (51%) waargenomen dat (deels) werd afgeweken van de adviezen die zijn gemaakt op het SIO (tabel 2). Bij de meerderheid van deze personen betreft dat een andere invulling aangaande begeleiding (63%). Minder vaak is het voorgekomen dat werd ingezet op een andere (vorm van) behandeling (41%). Een andere invulling aangaande diagnostiek is bij ongeveer een op de tien subjecten (11%) geregistreerd.

Evaluatie indicatieoverleg Top600

Tabel 2. Personen bij wie (geheel of gedeeltelijk) is afgeweken van het IO advies

Andere invulling dan besluit indicatieoverleg	<i>n</i>	%
Aantal subjecten	31	50.8
Betreffend:		
(Aanvullende) diagnostiek	3	11.1
Behandeling	11	40.7
Begeleiding	17	63.0
Overig	4	14.8

Percentages tellen niet op tot 100% omdat bij een aantal personen op meerdere categorieën is afgeweken van het advies

### Hoeveel personen zijn door de GGD verwezen?

Ruim de helft van de personen (57%) is door de GGD verwezen. Dat wil zeggen, er is een verwijsbrief aanwezig in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) van de GGD. Twee personen waren al in zorg bij de instantie waarnaar verwezen werd, en tenminste acht personen zijn vanwege aanwezigheid van een reclasseringskader door de reclassering aangemeld bij de zorg verlenende instanties.

Vermoedelijk betreft het een onderschatting van het daadwerkelijke aantal personen dat wel degelijk is verwezen, want:

- Mondelinge verwijzingen zijn hier niet meegeteld, alleen of een verwijsbrief aanwezig was in het EPD.
- Bij subjecten met een reclasseringskader (IFZO financiering) neemt de reclassering de verwijzing op zich en vragen de behandelaars informatie bij de GGD op. Dit wordt niet altijd middels een briefwisseling gedaan, met name niet in de casus waar een recente NIFP rapportage ter beschikking is bij de behandelaar.

Een andere reden van niet verwijzen komt voor als het subject niet gemotiveerd is en niet instemt met een verwijzing. Deze aantallen komen terug onder het kopje belemmerende factoren.

### 3.3 Hoeveel personen zijn begin december 2015 nog in zorg?

Begin december is een ruime meerderheid van de groep (59%) nog in zorg. Ter vergelijking: bij de vorige evaluatie was dit 56%, waarbij de follow-up periodes (het aantal maanden tussen SIO en effectmeting) van de huidige effectevaluatie ongeveer gelijk is aan die van 2014.

De volgende redenen worden regelmatig aangevoerd waarom subjecten niet meer in zorg zijn:

- voortijdige beëindiging door subject (15%)
- eenzijdige beëindiging door subject (10%)
- eenzijdige beëindiging door de behandelaar (7%).

### 3.4 Is de situatie van Top600 personen verbeterd?

Voor de eerste kwartaalmonitor 2015 is een analyse gedaan van wat 'verbetering' volgens behandelaren betekent. Behandelaars gaven aan te spreken van verbetering bijvoorbeeld indien geestelijke gezondheidsproblematiek is behandeld (ongeacht of op dat moment als sprake was van afname van klachten), de maatschappelijke situatie is gestabiliseerd, een vertrouwensrelatie is gecreëerd en het subject gemotiveerd is voor behandeling.

Voor de huidige evaluatie is behandelaars weer gevraagd aan te geven of de situatie van de subjecten volgens hen is verbeterd. Over een derde van de subjecten worden een verbeterde situatie gerapporteerd (32%, dit was 41% in 2014) en bij iets minder dan de helft van de groep een gedeeltelijke verbetering (44%, dit was 36% in 2014). Bij ongeveer een kwart van de subjecten werd aangegeven dat de situatie was verslechterd (24%). Dit komt grotendeels overeen met de evaluatie in 2014 (tabel 3).

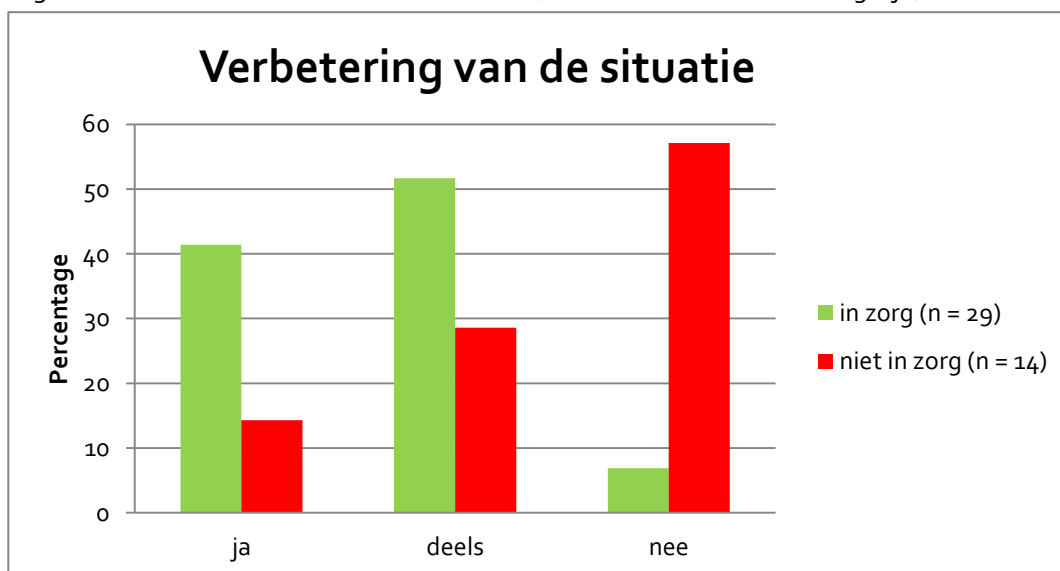
Overigens is er een verschil tussen subjecten die actueel (op peildatum december 2015) wel of niet in zorg waren. Zoals in tabel 3 wordt weergegeven wordt in veel meer gevallen van de groep die niet (meer) in zorg is aangegeven dat de situatie niet is verbeterd. Andersom lijkt de situatie van diegenen die wel in zorg zijn in veel meer gevallen juist wel verbeterd, of ten minste gedeeltelijk. Deze verschillen zijn ook grafisch weergegeven in figuur 1.

Tabel 3. Mate waarin de situatie van personen is verbeterd in 2015

	2014		2015			
	Hele groep	Hele groep	Nog in zorg		Niet (meer) in zorg	
Verbetering situatie		<i>n</i> %	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Ja	41%	16 32.0	12	41.4	2	14.3
Deels	36%	22 44.0	18	51.7	4	28.6
Nee	23%	12 24.0	2	6.9	8	57.1

Onbekenden zijn niet opgenomen in deze tabel

Figuur 1. Mate waarin de situatie is verbeterd (naar wel/niet actueel in zorg zijn)



### 3.5 Welke belemmerende en bevorderende factoren spelen een rol?

#### Belemmerende factoren

Veelvoorkomende belemmeringen die gerelateerd zijn aan voortijdige beëindiging van zorgtrajecten zijn primair gelegen bij de subjecten (zoals niet aangekomen bij intake, niet verzekerd zijn, no-show tijdens de behandeling) (42%), in organisationele aspecten van (toeleiding naar) het zorgproces (onder andere wachtlijsten, geen geschikt aanbod) (31%), gerelateerd aan discontinuïteiten in zorg rondom verblijf in detentie (9%) en aan het uitstromen uit de Top600 aanpak (6%).

Tabel 4. Waargenomen belemmeringen bij het in zorg komen

	<i>n</i>	<i>%</i>
Minstens één belemmering waargenomen	41	63.1
Type belemmeringen:		
Gelegen bij subject	27	41.5
Organisationele aspecten	20	30.8
Detentie	6	9.2
Uitstroom Top600	4	6.2

#### Bevorderende factoren

Bevorderende factoren die worden benoemd als positief voor het verloop en de uitkomst van zorgprocessen en daarmee de situatie en het functioneren van personen zijn:

- Goede vertrouwensband / relatie tussen hulpverlener en subject (12x)
- Aanwezigheid probleembesef en –inzicht bij subject (8x)
- Besef dat behandeling/begeleiding het eigenbelang dient (7x)
- Goede organisationele samenwerking tussen betrokken zorgpartijen(6x)
- Contractgedachte rondom verblijf (4x)
- Aanwezigheid reclasseringskader (3x)

### 3.6 Verdieping

Door de resultaten uit deze effectmeting te verrijken met aanvullende data vanuit reclassering en politie en daar vervolgens een reeks eenvoudige vergelijkingen mee te maken is het mogelijk om een verdiepingsslag te maken.

#### 3.6.1 Aanwezigheid van een reclasseringskader

De invloed van de aanwezigheid van een reclasseringskader op in zorg komen of blijven is onderzocht. De regel is gehanteerd dat reclasseringstoezicht voor minimaal 3 maanden aanwezig moest zijn geweest in de periode tussen april en november 2015. In totaal was bij de helft van de personen sprake van een reclasseringskader (51%). Opvallend is dat ruim twee keer zoveel personen met een reclasseringskader actueel nog in zorg zijn (tabel 5).

Evaluatie indicatieoverleg Top600

Tabel 5. Verschillen tussen personen met en zonder reclasseringskader in 2015

		Reclasseringskader			
		Ja (N = 33)		Nee (N = 32)	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Actueel in zorg		18	69.2	8	30.8
Situatie verbeterd	Ja	10	37.0	6	52.2
	Deels	10	37.0	12	26.1
	Nee	7	25.9	5	21.7
ZRM-functioneren	Vooruitgang	5	31.2	10	66.7
	Gelijk	1	6.2	1	6.7
	Achteruitgang	10	62.5	4	26.7

onbekenden niet opgenomen in tabel; een toelichting bij 'ZRM-functioneren' wordt gegeven in de volgende paragraaf 3.6.2

### 3.6.2 Veranderingen in functioneren

Tijdens de screening is de ZRM afgenomen, een instrument om het functioneren op elf belangrijke levensdomeinen gestructureerd inzichtelijk te maken. De ZRM is onderdeel van de screening door de GGD. Minimaal een half jaar na de screeningsdatum (gemiddeld na 7 maanden) is een tweede ZRM afgenomen en ingevuld door de betreffende regisseur. Op basis van een vergelijking van deze twee ZRM-metingen kunnen per persoon veranderingen in het functioneren worden aangetoond. In dit rapport worden die veranderingen beschreven door te onderscheiden naar vooruitgang, achteruitgang en geen verandering. Dit wordt zowel op de ZRM-totaal score, als op de afzonderlijke levensdomeinen gedaan.

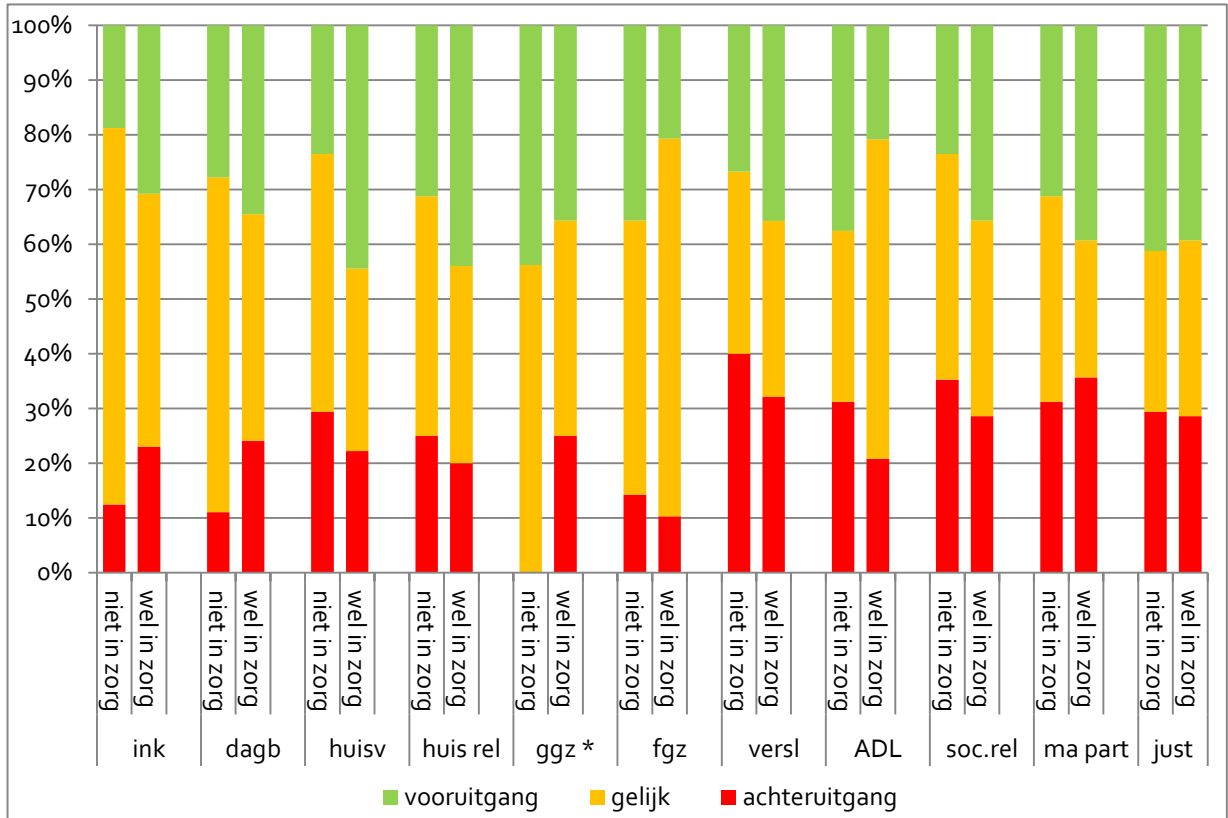
Verschillen in ZRM-totaal scores kunnen alleen worden berekend als de ZRM op beide momenten compleet is ingevuld (score op elk van de domeinen). Van 31 van de 65 personen zijn twee complete ZRM-uitkomsten beschikbaar. Hieruit blijkt dat over het algemene functioneren bij ongeveer de helft van de groep een vooruitgang wordt gevonden (48%) en bij de andere helft (45%) een achteruitgang. Bij ongeveer 7% van de groep vindt geen verandering plaats.

### 3.6.3 In zorg zijn, is dat gerelateerd aan verbetering van functioneren?

Onderzocht is of de ZRM-totaal score verschillend is voor de groep die actueel wel en niet in zorg is. Er blijkt eigenlijk geen verschil qua verandering van functioneren te zijn: binnen beide groepen wordt bij ongeveer de helft een vooruitgang in functioneren gezien. De totaalscore op de ZRM is een hele globale uitkomstmaat. Daarom is het zinnig verder te kijken of er veranderingen op specifieke domeinen zijn. Er is gekozen om hier naar te kijken in samenhang met het wel/niet actueel in zorg zijn (zie figuur 2).

## Evaluatie indicatieoverleg Top600

Figuur 2. Veranderingen in het functioneren op de elf ZRM domeinen, uitgesplitst naar wel/niet in zorg



ink = inkomen, dagb = dagbesteding, huisv = huisvesting, huis rel = huiselijke relaties, ggz = geestelijke gezondheid, fgz = lichamelijke gezondheid, versl = verslaving, ADL = activiteiten dagelijks leven, soc. rel = sociale relaties, ma part = maatschappelijke participatie, just = justitie; \* = significant verschil ( $p < .05$ )

In de bovenstaande figuur 2 vallen een aantal zaken op bij bestudering van de afzonderlijke domeinen. Allereerst laten op meerdere domeinen grofweg evenveel personen een vooruitgang als een achteruitgang zien. Dit is in overeenstemming met de eerdere bevinding bij de ZRM-totaal scores, waarbij ook bij precies de helft een vooruitgang en de andere helft achteruitgang werd geconstateerd.

Ten tweede zien we dat op een meerderheid van de domeinen (7 van de 11) meer personen vooruitgang (groene percentages) laten zien in de groep die nog in zorg is. Met name op de domeinen huisvesting, huiselijke relaties en sociale relaties. Ook zijn er domeinen waar juist meer voortgang is bij de groep die niet in zorg is, dit betreft de medische domeinen geestelijke en lichamelijke gezondheid, en ADL (activiteiten van het dagelijks leven).

Ten derde valt op dat, als we kijken naar achteruitgang (rode percentages), dat het functioneren onder de groep die wel in zorg is meer verslechterde op de domeinen inkomen, dagbesteding en geestelijke gezondheid dan in de groep die niet (meer) in zorg is.

De inschatting is dat bij domeinen waar meer achteruitgang wordt gevonden, juist in de groep die in zorg is, door meer toezicht op (in geval van ADL) en meer stilstaan bij (geestelijke en fysieke gezondheid) een

## Evaluatie indicatieoverleg Top600

realistischer beeld ontstaat van de werkelijke problematiek. Dat kan op twee manieren gebeuren: de screener/regisseur krijgt meer kennis van de situatie van het subject op deze domeinen. Daarnaast kan het stilstaan bij problemen ervoor zorgen dat ook het subject zich realiseert dat hij klachten heeft, terwijl hij deze tot dan toe vaak ontkende of externaliseerde.

Enkele voorbeelden ter illustratie zijn dat juist bij subjecten die in zorg komen beter zicht is op hoe hoog de schulden nu daadwerkelijk waren. Ook bij subjecten die in behandeling zijn gekomen voor psychiatrische problematiek kan deze ook voor henzelf meer duidelijk worden. Omdat zij door de behandeling meer tot introspectie worden gestimuleerd. Dit is een bekend fenomeen dat wordt beschreven in de literatuur over patiënten die in psychiatrische behandeling komen (zie bijvoorbeeld Breuk, 2008)<sup>2</sup>.

Eenzelfde redenering kan worden doorgevoerd op het domein dagbesteding, bijvoorbeeld omdat juist vanwege een begeleider aan het licht kwam dat toch geen sprake was van 'wit' werk, maar 'zwart' werk. Of omdat de persoon vanwege absentie/schorsing toch niet stond ingeschreven voor een opleiding.

Er wordt overigens geen significant verband gevonden tussen de aanwezigheid van een reclasseringskader en de uitkomsten van het zorgproces. Zowel het oordeel van de zorgpartner over de huidige situatie ten opzichte van die aan het begin van 2015 als veranderingen op het gebied van functioneren zoals gemeten met de ZRM zijn niet verschillend voor de groep met en zonder reclasseringstoezicht.

### 3.6.4 Recidive

Onderzocht is of het functioneren, in combinatie met het wel/niet in zorg zijn, gerelateerd kan worden aan een hogere of lagere kans op recidive. Daarom zijn ook politiegegevens over 2015 bij deze rapportage betrokken. In totaal hebben 14 personen (22%) in de periode vanaf april 2015 minimaal eens een delict gepleegd.

Een tweedeling van de groep is gemaakt, waarbij een onderscheid is gemaakt tussen subjecten die in de loop van 2015 wel of geen hulp/behandeling hebben gehad. Meer specifiek is iemand alleen ingedeeld in de 'geen' groep indien hij voldeed aan beide onderstaande criteria:

- het IO advies is niet opgevolgd en er is ook geen alternatieve invulling voor het IO advies ingezet;
- het subject is momenteel niet (meer) in zorg.

In totaal zijn 13 subjecten gedurende 2015 niet 'in zorg' gekomen (20%). Nagegaan is of meer personen uit deze groep in de loop van 2015 gerecidiveerd hebben. Zoals in tabel 6 is te zien is er een verschil tussen de twee groepen waarbij iets meer subjecten die niet in zorg zijn gekomen hebben gerecidiveerd (31%) dan binnen de groep die wel in zorg is gekomen (19%). Het verschil is echter niet statistisch significant.

---

<sup>2</sup> Breuk, R. (2008). Breaking the cycle: day treatment for juvenile delinquents Thesis, VUmc.

## Evaluatie indicatieoverleg Top600

Een zelfde vergelijking is gemaakt voor de groepen met en zonder reclasseringskader en voor de groepen die achter- of vooruitgang laten zien qua algemeen functioneren (ZRM totaal score). Deze vergelijkingen hebben geen verschillen laten zien. Dit betekent dat in dit onderzoek het wel of niet hebben van een reclasseringskader niet uitmaakt voor de kans op recidive, net zo min als het maatschappelijk functioneren gemeten met de ZRM.

Tabel 6. Relatie tussen in zorg komen en recidive

	Wel in zorg gekomen (N = 42)		Niet in zorg gekomen (N = 13)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Recidive	10	19.2	4	30.8

onbekenden niet opgenomen in tabel