



GGD screenings Top400

Kenmerken van de populatie en inventarisatie van het verloop van
toeleiding naar hulp en zorg

Auteur(s) Menno Segeren
Krista van Dorst

Inhoud

1 Methode	3
2 Beschrijving kenmerken Top400	5
2.1 Psychopathologie	5
2.2 LVB	8
2.3 Zelfredzaamheid	8
2.4 Selectie van criminogene risicofactoren	10
2.5 Ouderscreeningen	11
3 Toeleiding naar hulp en zorg	12
3.1 Verwijzingen door GGD	14
3.2 Redenen van uitval	15
3.3 Verbetering situatie	15
4 Conclusies	16

1 Methode

Onderzoeksgroep

Sinds de start van de Top400 is per juni 2017 bij 75 personen op de Top400 lijst een screening door de GGD afgerond. Van 52 personen was informatie verkregen met deze screening beschikbaar ten tijde van het schrijven van deze rapportage. Op basis hiervan kunnen kenmerken van de doelgroep inzichtelijk worden gemaakt¹. Het gaat om personen op de Top400 van 16 jaar en ouder. Jongere Top400 personen worden door het preventief interventie team (PIT) gescreend.

Screening

Prevalentie psychiatrische stoornissen

Tijdens de screening wordt de mogelijke aanwezigheid van diverse psychiatrische stoornissen in beeld gebracht. Dit gebeurt op basis van een sociaalpsychiatrische screening. De screening bestaat uit een gesprek en afname van meetinstrumenten. De screeners doen hiermee een indruk op over het (sociaalpsychiatrisch) functioneren. Indien nodig, en mogelijk, kan aanvullende informatie over de psychiatrische voorgeschiedenis worden opgevraagd. Dat kan gaan om informatie van reeds betrokken hulpverlening of van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie. Op basis van deze uitkomsten, en hypothesevorming tijdens de werkbespreking met de psychiaters van de GGD, worden de uitkomsten verwerkt waarbij de indeling van psychiatrische stoornissen van de DSM-IV-TR leidend is. Een onderscheid wordt gemaakt tussen As I (klinische) psychiatrische stoornissen en As II stoornissen (persoonlijkheidsstoornissen en verstandelijke beperkingen). Het functioneren van de groep op de andere assen van de DSM (As III: somatische aandoeningen; As IV: Psychosociale en omgevingsproblemen en As V: algehele beoordeling van het functioneren) wordt in deze rapportage niet beschreven. Het functioneren van de groep wordt beschreven aan de hand van de zelfredzaamheidsmatrix (ZRM).

Lichte verstandelijke beperkingen

Belangrijk onderdeel van de screening is een inschatting van de intelligentie. Hiervoor wordt een screener voor lichte verstandelijke beperkingen afgenomen, de SCIL². De GGD heeft voor de Top400 naast de SCIL versie 18+ ook beschikking over de SCIL 14-17 jaar.

¹ Naast deze 52 gescreende personen zijn, in dit tijdsbestek, 15 personen herhaaldelijk opgeroepen maar niet verschenen op de screening. Daarnaast is van 8 personen door hun regisseur aangegeven dat een screening niet nodig was omdat zij reeds goed in zorg waren

² SCIL: Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking De SCIL is geschikt om snel te screenen op een mogelijke licht verstandelijke beperking (LVB). Het gaat om een korte screeningslijst die in negen van de tien gevallen een LVB correct voorspelt.

GGD screening Top400

Zelfredzaamheid

Een ander onderdeel van de screening is dat de zelfredzaamheidmatrix (ZRM) wordt ingevuld. Dit is een beoordelingsinstrument waarmee op basis van specifieke indicatoren iemands zelfredzaamheid op elf belangrijke domeinen van het leven kan worden vastgesteld. De scores op de ZRM lopen uiteen van 1 (acute problematiek) tot 5 (volledig zelfredzaam).

Toeleiding naar hulp en zorg

Van de groep gescreende Top400 personen is begin juni 2017 een inventarisatie gedaan van het hulp- en zorgaanbod dat (eventueel) volgde op basis van de uitkomsten van de screening. Van elke persoon is nagegaan welke adviezen door het stedelijk indicatieoverleg Top1000 naar aanleiding van de uitkomsten van de screening zijn uitgebracht, welke trajecten na screening zijn ingezet en in welke mate die ook daadwerkelijk zijn uitgevoerd. Bij een meerderheid heeft de GGD hierover informatie verzameld uit de eigen registraties of door (zorg)partners (IFA, de Waag, de Bascule, Inforsa, Arkin en MEE) daarnaar te vragen. De resultaten van deze inventarisatie zijn allereerst kwantitatief geanalyseerd gevolgd door een inhoudelijke analyse van de doelgroep samen met een GZ-psycholoog en de teampsychiater van het Top1000 team van de GGD.

Van alle 52 gescreende personen op de Top400 in dit onderzoek is nagegaan welk traject is ingezet naar aanleiding van de screenings en de adviezen die over deze personen zijn uitgebracht in het stedelijk indicatieoverleg. Eerst is gekeken hoeveel adviezen zijn uitgebracht. Adviezen zijn verder onderverdeeld in de volgende categorieën:

- **(aanvullende) Diagnostiek:** Dit betreft adviezen met betrekking tot het nader inzichtelijk maken van de aanwezigheid van medische problematiek, waaronder geestelijke gezondheid (inclusief intelligentie en verslaving) en lichamelijke problematiek;
- **Behandeling:** Alle adviezen betreffende zorg in verband met medische problematiek;
- **Begeleiding:** Alle adviezen over hulp bij het oplossen/omgaan met 'sociale' problematiek (oa. inkomen, schulden, dagbesteding (werk/opleiding), huisvesting, sociaal netwerk/relaties etc.)
- **Overige adviezen:** Deze adviezen hebben in de regel te maken met nader overleg, het bedenken en opstellen van alternatieve plannen en het zorgen voor goede afstemming tussen meerdere betrokken organisaties.

Vergelijking Top600

In deze rapportage wordt zoveel mogelijk een vergelijking gemaakt met de Top600. Dit geldt zowel voor het deel over de kenmerken van de doelgroep als het deel over de toeleiding naar zorg. De vergelijkingsgegevens over toeleiding naar zorg van de Top600 zijn afkomstig uit het rapport: Segeren, Fassaert, Grimbergen & Avontuur. 2016. Evaluatie indicatieoverleg Top600 2015. GGD Amsterdam, afdeling EGZ & MGGZ. De vergelijkingsgegevens van de Top600 over de prevalentie van psychiatrische stoornissen en het functioneren zoals gemeten met de zelfredzaamheidmatrix zijn afkomstig uit de geregistreerde screeninggegevens van ruim 500 gescreende Top600 personen (niet gepubliceerd).

2 Beschrijving kenmerken Top400

De onderzochte groep Top400 personen bestond voor meer dan de helft uit minderjarigen (58%). Een groot deel was 18 jaar ten tijde van de screening (35%) en een klein deel was ouder dan 18 (6%). Omdat de GGD in principe alleen de groep 16+ screent is deze leeftijdsverdeling niet representatief voor de gehele Top400. In de meerderheid betrof het jongens/mannen (87%). De Marokkaanse (37%) en Surinaamse (27%) etnische achtergrond kwamen het meest voor, gevolgd door de Nederlandse (15%).

Tabel 1. Sociodemografische kenmerken van de groep Top400-persone die is gescreend door de GGD

		n	%
Leeftijd	15	1	1.4
	16	14	20.3
	17	26	37.7
	18	24	34.8
	19	2	2.9
	20-23	2	2.9
Geslacht	Man	60	87.0
	Vrouw	9	13.0
Etniciteit	Nederlands	10	14.9
	Marokkaans	25	37.3
	Turks	2	3.0
	Surinaams	18	26.9
	Antilliaans	2	3.0
	Overig . niet westers	10	14.9

2.1 Psychopathologie

In tabel 2 wordt de prevalentie van stoornissen binnen de Top400 op hoofddiagnoses weergegeven. Van belang te vermelden is dat ook aantallen worden vermeld die een 'differentiaal diagnose' betreffen. Dit gaat om gevallen waarbij vermoedens van de aanwezigheid van een stoornis zijn geconstateerd maar waar aanvullend psychiatrisch onderzoek nodig was om een diagnose met zekerheid te kunnen stellen³. Zo wordt per hoofdcategorie van stoornissen de minimale prevalentie (%min) en de maximale prevalentie (%max) gepresenteerd. Deze gegevens kunnen bovendien worden vergeleken met die van de Top600.

³ De GGD beperkt zich tot een brede sociaal maatschappelijke screening en de psychiatrische diagnostiek wordt belegd bij een GGZ-partij na bespreking in het stedelijk indicatieoverleg

GGD screenings Top400

Een aantal zaken valt op:

- Bij 80%-90% van de Top400 lijkt enig vorm van psychopathologie aanwezig of worden hier aanwijzingen voor gezien. Dit is ongeveer vergelijkbaar met de Top600;
- Ongeveer driekwart van de groep lijkt minimaal één As I stoornis te hebben;
- Minimaal 34% en maximaal 75% lijkt een stoornis op As II te hebben;
- Bij één op de vijf Top400 personen wordt geen psychopathologie geconstateerd (21%); een derde van de groep (32%) heeft één stoornis, een derde heeft twee stoornissen (29%) en 17% van de groep heeft twee of meer stoornissen. Dit komt aardig overeen met de Top600.
- Middelennisbruik komt met 21%-28% even veel voor als bij de Top600;
- Middelenafhankelijkheid wordt in de Top400 minder gezien dan bij de Top600. Mogelijk zien we een bij een deel van de Top400 voorlopers van middelenafhankelijk in het geval zij hun middelengebruik zouden continueren tot in de (jong)volwassenheid;
- ADHD (en andere concentratiestoornissen) worden bij de Top400 relatief veel gevonden, zeker in vergelijking met de Top600. Mogelijk is deze vorm van pathologie duidelijker in beeld bij de Top400 omdat dit vooral opvalt als mensen nog leerplichtig zijn en personen met ADHD hiervan hinder ondervinden in hun schoolcarrière. Bij de Top600 is deze fase vaak al langer geleden en zijn mensen al (definitief) uitgevallen;
- Persoonlijkheidsstoornissen lijken wat minder voor te komen dan bij de Top600. Dat heeft ermee te maken dat een persoonlijkheidsstoornis formeel pas vastgesteld mag worden na het 18^e jaar. Volgens de DSM-IV-TR moet er een duurzaam en stabiel patroon van afwijkend gedrag zijn, van lange duur, waarvan de aanvang kan worden teruggevoerd naar ten minste de adolescentie of vroege volwassenheid. De huidige groep is in meerderheid nog niet volwassen. Een verdere vergelijking tussen minder- en meerderjarige personen op de Top400 toont dat bij de minderjarige Top400-persoonen wat minder vaak vastgestelde stoornissen voorkomen (10% vs. 15%), maar wel wat vaker vermoedens van (32% vs. 22%). Het verschil is echter niet significant.
- Het percentage overige stoornissen is bij de Top400 juist wat hoger dan in de Top600. Dit gegeven draagt mede bij aan de vaststelling dat per saldo in beide groepen ongeveer evenveel (tekenen van) psychopathologie (as I en as II) wordt aangetroffen. De verdeling van stoornissen in de Top400 is dus wat anders dan in de Top600. Voor de hand liggende verklaringen hiervoor zijn dat de Top400 een wat jongere doelgroep betreft en dat in de Top400 meer meisjes zitten dan in de Top600. Meisjes internaliseren wat meer (o.a. sociale teruggetrokkenheid, angst, depressie, psychosomatische klachten) en jongens externaliseren vaker (o.a. agressie, overactief gedrag en ongehoorzaamheid);
- Verstandelijke beperkingen (waarover verderop meer) komen in de Top400 ongeveer even vaak voor als in de Top600.

GGD screenings Top400

Tabel 2. Prevalentie van psychiatrische stoornissen bij de Top400 naar hoofdcategorie, afgezet tegen de Top600

		diagnose	differentiaal diagnose	Top400 min – max ¹	Top600 min - max ¹
		n	n	%	%
As 1	Middelenafhankelijkheid	8	7	11.8 – 22.1	35.4 – 37.8
	Middelenmisbruik	14	5	20.6 – 28.0	20.4 – 28.1
	Angst/stemmingsstoornis	3	6	4.4 – 13.2	5.3 – 20.1
	ADHD	20	3	29.4 – 33.8	7.1 – 15.7
	Psychotische stoornis	1	-	2.0 – 2.0	3.3 – 6.6
	Overige stoornissen ²	28	7	41.2 – 51.5	9.3 – 13.9
Totaal		50	5	73.5 – 80.9	
As 2	Persoonlijkheidsstoornis	8	19	11.8 – 39.7	14.4 – 65.9
	Verstandelijke beperking	19	21	27.9 – 58.8	18.4 – 54.6
	Totaal	23	28	33.8 – 75.0	
As1&2Totaal		54	6	79.4 – 88.2	81%

¹ De kolom 'diagnose' geeft het aantal Top400-personen bij wie de betreffende stoornis is gediagnosticeerd. De kolom 'differentiaal diagnose' geeft het aantal personen bij wie vermoedens van de betreffende stoornis aanwezig zijn. De kolom '%min-%max' combineert de eerdere twee waarbij %min aangeeft bij welk deel van de groep een diagnose is gesteld en %max aangeeft bij welk deel van de groep een diagnose gesteld of vermoedens van de aanwezigheid van de betreffende stoornis zijn geconstateerd.

² Overige stoornissen zijn oa. hechting/identiteit stoornissen (8 keer), autismespectrum stoornissen (4 keer), dyslexie en slaapstoornissen

Tabel 3. Het aantal diagnoses van psychiatrische stoornissen per Top400 persoon, afgezet tegen Top600

Aantal diagnoses per persoon	Top400		Top600	
	n	%	n	%
0	14	20.6	19	
1	22	32.4	46	
2	20	29.4	27	
3	9	13.2	5	
4	3	4.4	3	

GGD screenings Top400

2.2 LVB

Op basis van de SCIL wordt bij 54% van de groep een indicatie voor de aanwezigheid van LVB geconstateerd (tabel 4). Naar aanleiding van de screening wordt bij een afwijkende SCIL-score ingestoken op een IQ test. Dit gebeurt meestal via de GGD. De GGD gaat echter pas over tot het doen van een IQ-meting indien er:

- vanuit de SCIL een aanwijzing voor LVB wordt geconstateerd;
- geen recent IQ-onderzoek / NIFP-onderzoek is uitgevoerd;
- geen sprake is van een actueel behandelcontact waarbinnen een IQ-test georganiseerd kan worden.

In totaal heeft de GGD bij 3 personen een IQ-meting verricht.

Tabel 4. LVB indicaties bij de Top400 op basis van de SCIL

			n	%
SCIL	LVB indicatie	Nee	22	45.8
	LVB indicatie	Ja	26	54.2

NB. Afkapwaardes: 14-15 jaar SCIL-score < 17; 16-17 jaar SCIL-score < 19

2.3 Zelfredzaamheid

Grafiek 1 geeft de mate van zelfredzaamheid van de Top400 weer op groepsniveau. Voor elk van de domeinen wordt bovendien de Top400 ook vergeleken met de score op groepsniveau van de Top600.

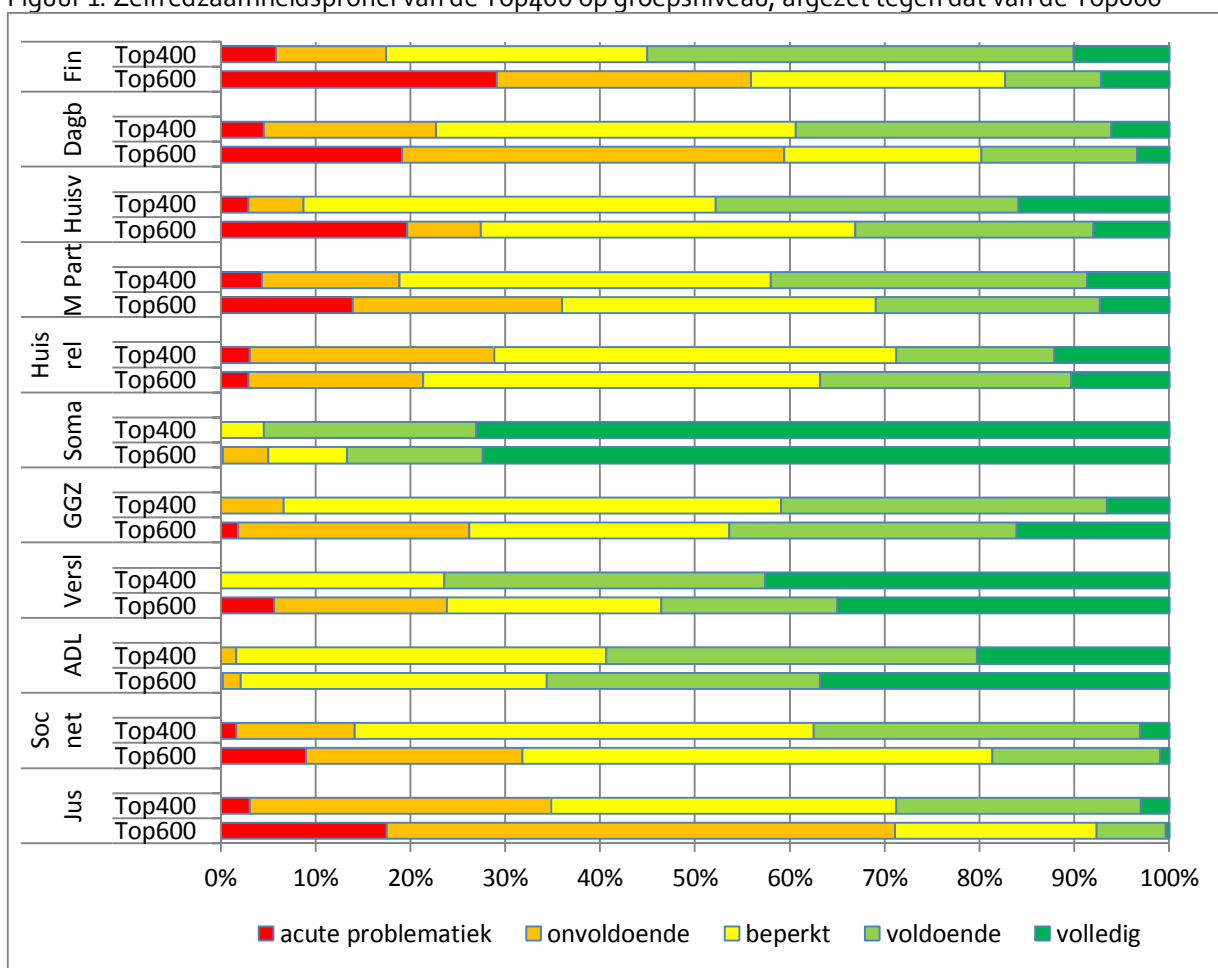
Een aantal zaken valt op, mede in vergelijking met de Top600:

- Problematiek manifesteert zich het sterkst op de domeinen *Justitie*, *Huiselijke relaties*, *Dagbesteding*, *Maatschappelijke participatie* en *Financiën*. Dit zijn ook in de Top 600 de belangrijkste probleemdomeneinen;
- In vergelijking met de Top600 is de zelfredzaamheid van de Top400 met name op de domeinen *Financiën*, *Dagbesteding*, *Huisvesting*, *Verslaving* en *Sociaal netwerk* hoger. Dat geldt ook voor het domein *Justitie*. Op dit laatste domein wordt bij veel personen op de Top400 wel een probleem geconstateerd, maar dat is minder urgent dan bij de Top600. Dat geldt ook voor (bijna) alle andere domeinen;
- Op de domeinen *Lichamelijke gezondheid (somatiek)* en *verslaving* is de mate van zelfredzaamheid relatief goed; Voor verslaving kan daarvoor de verklaring worden aangevoerd dat indien er wel sprake is van middelengebruik, maar daarvoor is een zorgkader aanwezig, de zelfredzaamheid hoger is. Ook is de inschatting van screeners dat middelenmisbruik minder klinisch relevante beperkingen met zich meebrengt dan middelenafhankelijkheid waardoor toch voor een hogere ZRM-score wordt gekozen;
- Het domein *Huiselijke relaties* is het enige domein waarop de Top400 minder zelfredzaam is dan de Top600. Aannemelijk is dat een groter deel van de Top400 dan binnen de Top600 nog als kind thuis woont en in het gezin te maken heeft met spanningen en/of conflict. Circa 20% van de groep heeft ook een actueel civielrechtelijk kader (ondertoezichtstelling e/o uithuisplaatsing) (zie verderop);

GGD screenings Top400

- Op het domein *Geestelijke gezondheid* is de groep betrekkelijk zelfredzaam. Dat lijkt in tegenspraak met de hoge prevalentie van psychopathologie die eerder in dit stuk wordt beschreven. Dit kan worden verklaard door het gegeven dat een behoorlijk deel van de groep met psychopathologie (goed) in zorg is, waardoor zij toch relatief goed scoren op de ZRM op dit domein. Passende zorg zoeken, vragen en aannemen is - in de definitie van de ZRM - een teken van zelfredzaamheid.

Figuur 1. Zelfredzaamheidsprofiel van de Top400 op groepsniveau, afgezet tegen dat van de Top600



Fin = financiën; Dagb = dagbesteding; Huisv = huisvesting; M Part = maatschappelijke participatie; Huis rel = huiselijke relaties; Soma = lichamelijke gezondheid; GGZ = geestelijke gezondheid; Versl = verslaving; ADL = activiteiten van het dagelijks leven; Soc net = sociaal netwerk; Jus = justitie

2.4 Selectie van criminogene risicofactoren

Door de GGD is gekeken naar een selecte groep van specifieke risicofactoren waarvan bij de Top600 is gebleken dat die in samenhang ervoor zorgden dat crimineel gedrag in de kindertijd of adolescentie zich voortzette tot in de jongvolwassenheid. Hiervoor is gebruik gemaakt van informatie uit jeugdzorgdossiers van een groep van 206 Top600 personen⁴. Met name de combinatie van het georiënteerd zijn op criminele peers (omgaan met), een abnormale gezinssituatie en criminele gezinsleden voorspelde voortzetting en escalatie van crimineel gedrag in de jongvolwassenheid sterk. Het hebben van symptomen van depressie is geassocieerd met een kleinere kans op escalierend crimineel gedrag.

Top400 personen die aan dit profiel voldoen hebben theoretisch een groter risico om op een later moment de Top600 in te groeien. We hebben daarom gekeken bij welk deel van de Top400 deze risicofactoren aanwezig zijn. Zowel voor de Top600 als de Top400 geldt dus dat deze gegevens betrekking hebben op hun situatie voordat ze meerderjarig zijn.

Zoals is tabel 5 is te zien laat de Top400 als groep op deze factoren een wat minder ernstig profiel zien dan de Top600 tijdens hun jeugd. Een kanttekening is dat vanuit de screening van de GGD het sterke vermoeden bestaat dat het percentage Top400-persoonen dat (weleens) delicten pleegde onder invloed (van alcohol e/o drugs) naar alle waarschijnlijkheid een onderschatting is.

Juist de groep personen op de Top400 bij wie op deze selectie van kenmerken ernstige problemen worden geconstateerd, met uitzondering van symptomen van depressie, hebben een verhoogd risico op persistentie en escalatie van crimineel gedrag.

Tabel 5. Voorkomen en ernst selectie van criminogene risicofactoren Top400, afgezet tegen Top600

	Top400			Top600		
	nee	matig	ernstig	nee	matig	ernstig
	%	%	%	%	%	%
Oriëntatie op criminele peers ¹	20.6	55.9	23.5	4.5	44.7	50.8
Weleens plegen oiv alcohol ²	98.5		1.5	64.4		35.6
Weleens plegen oiv drugs ²	100.0		-	71.3		28.7
Criminele gezinsleden ³	64.7	14.7	20.6	37.8	14.5	47.7
Abnormale gezinssituatie ⁴	79.4	14.7	5.9	54.8	23.9	21.3
Symptomen van depressie ⁵	82.4	16.2	1.5	88.4	11.1	0.5

¹ Mate waarin een persoon zich identificeert, aansluiting zoekt en omgaat met antisociale/criminele leeftijdsgenoten;

² Door Top400-subject benoemd tijdens screening (zelfrapportage);

³ Ernstig indien sprake van een gevangenisstraf van een gezinslid (in de meeste gevallen vader e/o broers);

⁴ Betreft een verstoorde ouder-kind hiërarchie als gevolg van psychiatrische of verslavingsproblematiek van de ouders, of in gevallen waar de ouderlijke verantwoordelijkheid is verschoven van de ouders naar een ander;

⁵ Het hebben van symptomen van depressie lijkt, bij jongens, in een aantal gevallen juist geassocieerd te zijn met een lagere kans op persistentie tot in de jongvolwassenheid.

⁴ Zie: Segeren, Fassaert. (2014). In de nesten. Analyse van de voorgeschiedenis van een groep jongvolwassen gewelddadige veelplegers uit Amsterdam; Segeren, M. W., Fassaert, T. J., Kea, R., de Wit, M. A., & Popma, A. (2016). Exploring Differences in Criminogenic Risk Factors and Criminal Behavior Between Young Adult Violent Offenders With and Without Mild to Borderline Intellectual Disability. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 1-12

2.5 Ouderscreeningen

Gezien de leeftijd van de doelgroep, alsmede de constatering dat een groot deel van de Top400 nog inwonend is bij hun ouders, lijkt het belangrijk om ook zicht te hebben op het functioneren van de ouders en op het gezinssysteem als geheel. Zeker met betrekking tot de inzet van zorg, hulp of begeleiding (en het uiteindelijke effect daarvan), is het van belang dat ook de ouders van deze jonge doelgroep betrokken worden in de persoonsgerichte aanpak.

Een constatering is dat er een hiaat lijkt te bestaan in de mate waarin zicht is op de problematiek van de ouders. Evenmin is onvoldoende bekend of dit het functioneren van de Top400-personen beïnvloedt. De reguliere Top400-screening leent zich niet voor het doen van een betrouwbare inschatting van de prevalentie van problematiek bij de ouder(s) omdat het ten eerste belangrijk is dat de ouders zelf worden gezien, er wellicht taboes spelen rondom psychopathologie waardoor dit in het gezin onderling niet wordt besproken, het niet vanzelfsprekend is dat er een band van vertrouwen is tussen cliënt en screener en ten slotte ook vanuit loyaliteit van kind naar zijn/haar ouder(s).

Ook inhoudelijk zijn er allerlei redenen om de opvoeders nader onder de loep te nemen. Het onderzoek naar de voorgeschiedenis van de Top600 (Segeren & Fassaert, 2014) onderbouwt dit. Een greep uit de resultaten:

- Mishandeling door de opvoeder(s): 45% van de subjecten (23% over een langere periode),
- Getuige van ernstig/ herhaald fysiek (huiselijk) geweld tussen opvoeders: 40% van subjecten.
- Psychiatrische problematiek bij tenminste één opvoeder: 23% van subjecten,
- Ernstige, chronische lichamelijke beperkingen bij opvoeder(s): 52% van subjecten,
- Verslavingsproblematiek bij tenminste één opvoeder: 19% van subjecten.
- Parentificatie⁵: 20% van subjecten.

Om deze redenen is sinds juli 2016 de pilot ouderscreening van cliënten van de Top 400 van start gegaan. Dit houdt in dat regisseurs kunnen verzoeken om een ouder/verzorger te laten screenen door de GGD. Regisseurs zijn hierover geïnformeerd. Omdat er momenteel pas drie ouderscreeningen zijn verricht, biedt dit onvoldoende informatie om over de aanwezigheid van relevante problematiek bij de ouders afspraken te kunnen doen.

⁵ Parentificatie wil zeggen dat een jeugdige langdurig de rol van ouder op zich neemt met de bijbehorende taken en verantwoordelijkheden. Het gaat erom dat de zorg langdurig 'ongepast' is. Ongepast in de zin van niet passend bij de leeftijd en de cultuur van de jeugdige en schadelijk voor zijn ontwikkeling (Bron: NJI). Voorbeelden zijn het op zich nemen van huishoudelijke taken, zorgen voor broertjes/zusjes, steun en toeverlaat van de ouder(s) zijn.

3 Toeleiding naar hulp en zorg

Ten tijde van de screening bleken 21 personen (41%) een actueel (jeugd)strafrechtelijk kader te hebben, 6 personen (12%) een civielrechtelijk en 4 personen een 'dubbele maatregel' (civiel- en strafrechtelijk kader). Ook bleek 71% van de groep reeds een bestaand zorgkader te hebben of actueel begeleiding te hebben. De uitvoerende partij van de rechtelijke maatregelen zijn van het advies op de hoogte gesteld zodat ze deze konden meenemen in hun plan van aanpak. Vanwege de aanwezigheid van bestaande kaders hebben de desbetreffende partijen (in de regel JBRA/WSG) de keuze of ze het advies opvolgen.

Tabel 6. Aanwezigheid van staf- en/of civielrechtelijke kaders en mate waarin personen reeds in zorg/begeleiding waren ten tijde van de screening

Kader	n	%
Strafrechtelijk	21	41.2
Civielrechtelijk	6	11.8
Dubbele maatregel	4	7.8
Totaal	31	60.8

Reeds in zorg/behandeling	11	21.6
Reeds begeleiding	21	41.2
Reeds in zorg en begeleiding	4	7.8
Totaal	36	70.6

Uit de inventarisatie kwam naar voren dat het aantal adviezen varieerde tussen 0 en 6 per persoon. Gemiddeld werden 3 adviezen per persoon uitgebracht. Bij twee personen is er geen enkel advies geformuleerd omtrent diagnostiek, behandeling, begeleiding of overige zaken vanwege het reeds bestaande en toereikende zorgkader.

Tabel 7. Aantal adviezen uitgebracht in het indicatieoverleg Top400 per persoon/per casus

Aantal adviezen	n	%
0	2	3.8
1	2	3.8
2	13	25.0
3	22	42.3
4+	13	24.9
Gemiddeld		2.9

GGD screenings Top400

Adviezen zijn onderverdeeld in vier hoofdcategorieën, (aanvullende) diagnostiek, behandeling, begeleiding en overige. Tabel 8 geeft weer bij welk deel van de groep adviezen in deze categorieën zijn uitgebracht. Dit wordt afgezet tegen de Top600. Ook wordt weergegeven in welke mate deze adviezen zijn opgevolgd.

Een aantal zaken valt op:

- Bij de Top400 worden minder adviezen betreffende (aanvullende) diagnostiek uitgebracht dan bij de Top600. Mogelijk heeft dit ermee te maken dat er al veel mensen in zorg waren en de diagnostiek al had plaatsgevonden bij deze behandelaars;
- Bij de Top400 wordt vaker dan bij de Top600 een advies omtrent behandeling (zorg) uitgebracht. In de regel wordt hiermee bedoeld om op basis van de screening een aanvullend behandeldoel te formuleren. Vanuit de forensische psychiatrie en psychologie wordt bij jongeren vaak nog een interventie geprobeerd vanuit de gedachte dat de ontwikkeling nog gaande is. Een andere verklaring is dat de GGD een uitgebreide screening doet waarbij specifieke aspecten aan het licht komen die voorheen onbekend waren of zich pas relatief recent hebben gemanifesteerd;
- De Top400 wordt minder vaak verwezen ivm begeleiding (ondersteuning). Dit kan ermee te maken hebben dat de Top400, meer dan de Top600, voldoende in begeleiding is en/of de ouders en school een deel hiervan op zich nemen. Maar natuurlijk ook omdat begeleiding vaak al is vormgegeven door JBRA/WSG/IFA;
- Ongeveer de helft van de adviezen omtrent toeleiding naar behandeling wordt niet opgevolgd, bij de Top600 is dat een derde (niet in tabel). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat er (na de screening) een juridisch kader komt waarin bijzondere voorwaarden worden geformuleerd die dan prioriteit krijgen. Sommige cliënten weigeren daarnaast enige vorm van behandeling;
- In totaal wordt bij de Top400 tweederde (66%) van alle adviezen opgevolgd, 11% deels en circa een kwart niet (23%). Bij de Top600 wordt in totaal minder dan de helft (47%) van de adviezen opgevolgd;
- Belangrijke kanttekening bij deze cijfers is dat:
 - een groot deel van de Top400 (71%) ten tijde van de screening en de indicatie overleggen reeds lopende zorg/hulptrajecten heeft;
 - bij 31 personen (61%) kan de aanwezigheid van strafrechtelijke/civielrechtelijke kaders de mate waarin uitgebrachte adviezen werden opgevolgd beïnvloed hebben;
 - uit de indicatie overleggen komen meer adviezen dan daadwerkelijk worden uitgevoerd. Regisseurs hebben hierin de verantwoordelijkheid om te beoordelen en/of te terugkoppelen in welke mate dit de meerwaarde van een periode regie in gevaar brengt.

GGD screenings Top400

Tabel 8. Uitgebrachte adviezen naar categorie en mate waarin deze adviezen zijn opgevolgd

Adviezen opgevolgd										
Advies	Top400		Top600	Volledig		Deels		Nee		Onbekend
	n	%	%	n	%	n	%	n	%	
diagnostiek	15	28.8	47.5	2	20.0	5	50.0	3	30.0	4
behandeling	34	65.4	59.0	10	34.5	5	17.2	14	48.3	5
begeleiding	34	65.4	80.3	23	71.9	2	6.3	7	21.9	2
overig	36	69.2	59.0	20	90.9	-	-	2	9.1	14

Adviezen opgevolgd										
Totaal			Top400	Volledig		Deels		Nee		
				n	%	n	%	n	%	
			Top400	75	66%	12	11%	26	23%	
			Top600	53	47%	22	20%	37	33%	

3.1 Verwijzingen door GGD

In totaal zijn 8 personen door de GGD verwezen naar zorg/behandeling. Een meerderheid (83%) is niet verwezen aangezien de verwijzing via de bestaande kaders als tot stand was gebracht of kon worden opgestart. In veel gevallen heeft het indicatieoverleg nog extra adviezen aan de bestaande behandelaars willen meegeven, omdat bekend was welke insteek in de huidige behandeling is gekozen. Dit is onderdeel van de screening. Maar ook is het zo dat in een aantal gevallen de persoon in kwestie het simpelweg niet eens was met de uitkomst van de screening en het bijbehorende advies. Dan werd door de cliënt geen gebruik gemaakt van het zorgaanbod.

Recent is gekeken welk deel van de groep actueel nog in zorg is (of begeleiding). Dat gaat om de helft van de groep.

Tabel 9. Top400 personen die actueel in zorg zijn

Actueel in zorg		
	n	%
Nee	21	45.7
Ja	25	54.3

3.2 Redenen van uitval

Een inventarisatie is gedaan naar redenen waarom personen na verwijzing zijn uitgevallen. In de meeste gevallen heeft de GGD deze achterhaald door te bellen naar de organisaties waarnaar is verwezen. In 8 gevallen is een eenzijdige/voortijdige beëindiging door cliënt geconstateerd, in 2 gevallen een voortijdige beëindiging door de behandelaar. Maar bij 6 personen werd geconstateerd dat het ingezette traject positief was afgesloten en dat de situatie van de persoon is verbeterd.

Veel voorkomende belemmeringen die ten grondslag hebben gelegen aan voortijdige uitval zijn:

- 11 keer no-show / afspraken niet nakomen (29%);
- 10 keer aanbod geweigerd want het aanbod sloot volgens de cliënt niet aan op zijn behoefte (26%);
- 6 keer niet aangekomen bij intake (16%);
- 4 keer wachtlijst (11%);
- 1 keer niet verzekerd (3%).

3.3 Verbetering situatie

Tot slot is beoordeeld of de situatie van personen anno nu lijkt te zijn verbeterd. Hieruit komt naar voren dat de situatie van circa een derde van de groep aantoonbaar is verbeterd, van een derde deels en bij een derde niet (tabel 10). Dit komt overeen met het beeld hierover van de Top600. Aanvullend is gekeken of de mate waarin de situatie (wel/niet) lijkt te zijn verbeterd verschilt wanneer verder wordt onderscheiden naar het wel/niet actueel in zorg zijn. Hieruit komt naar voren dat de situatie van Top400 personen in zorg minder vaak is verbeterd dan de groep die niet in zorg is. Wel is er bij de groep in zorg vaker sprake van gedeeltelijke verbetering dan bij de groep niet in zorg. Mogelijk is dit ook een indicatie voor de ernst van de problematiek op basis waarvan zij verwezen, reeds in behandeling waren of reeds begeleiding hadden. Ernstige vormen van problemen kunnen immers relatief snel worden opgepakt, maar kunnen meer tijd nodig hebben voordat ze daadwerkelijk zijn opgelost. Overigens geldt ook dat de groep die wel in zorg is minder vaak achteruit is gegaan dan de groep die niet in zorg is.

Tabel 10. Mate waarin de situatie van Top400 personen lijkt te zijn verbeterd, afgezet tegen Top600

Situatie verbeterd	Top400		Top600 ¹		Top400: in zorg		Top400: niet in zorg	
	n	%	%	n	%	n	%	
Ja	14	38.9	32	8	34.8	6	50.0	
Deels	11	30.6	44	10	43.5	1	8.3	
Nee	11	30.6	24	5	21.7	5	41.7	
Onbekend	16			17				

4 Conclusies

We zien in de Top400 een jongere groep dan de Top600, waarin ook meer vrouwen zijn vertegenwoordigd. Juist vanwege hun jongere leeftijd betreft het een groep met relatief wat minder 'eigen verantwoordelijkheden' qua inkomen en huisvesting. Qua prevalentie van psychopathologie worden in vergelijkbare mate als in de Top600 problemen aangetroffen. Wel lijkt de verdeling van psychopathologie wat anders verdeeld over de hoofddiagnoses van de DSM. Wellicht dat bij de Top400 meer voorstadia van stoornissen (middelenafhankelijkheid, persoonlijkheidsstoornissen) worden geconstateerd waarvan het in het geval van persoonlijkheidsstoornissen gebruikelijk is dit anders te classificeren omdat het stellen van een persoonlijkheidsstoornis aan leeftijd gebonden is. Daarnaast blijkt er vaker sprake van andere classificatie van problematiek, waaronder internaliserende problematiek, ADHD, hechting/identiteit stoornissen en autismespectrum stoornissen. Gezien de jongere leeftijd is er vaak meer bekend vanuit de vroege ontwikkeling van de cliënt en worden op basis van deze informatie in combinatie met het beeld een hechtingsstoornis geclassificeerd. In vergelijking met de top 600 zal deze informatie vaker onbekend zijn of niet toereikend om deze classificatie te kunnen stellen.

Algemeen genomen lijkt de Top400 een groep waarbinnen het risico op sociaal-maatschappelijke uitval groot is. Dit is af te leiden uit een aantal kenmerken. Zo is het percentage binnen de Top400 met 'een verdenking op' LVB met 54% even groot als in de Top600. Qua aanwezigheid van specifieke risicofactoren voor persistent en escalerend crimineel gedrag lijkt de Top400 wat minder problematisch dan de Top600 tijdens hun jeugd. Desalniettemin lijkt er binnen de Top400 een behoorlijke groep te voldoen aan het profiel met een verhoogd risico later 'door te groeien' naar de Top600 (oftewel geweldscriminaliteit).

Mede vanwege de bevinding dat het ZRM-domein huiselijke relaties het enige domein is waarop de Top400 slechter scoort dan de Top400 en gezinssituaties vaak als 'abnormaal' worden aangemerkt dient het aanbeveling om extra in te zetten op het uitvoeren van ouderscreeningen. Iets dat tot op heden moeilijk van de grond komt. Maar ook het bredere sociaal netwerk is vaak zorgelijk. Een gevaarlijke combinatie want personen die prosociale contacten vanuit zowel het gezin als het sociaal netwerk missen lopen een hoog risico op verder afglijden. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat in de leeftijdsfase van de Top400 criminele peers relatief meer invloed gaan krijgen op het gedrag van de betrokkene en de invloed van de ouders steeds beperkter wordt.

Qua functioneren, zoals in beeld gebracht met de zelfredzaamheid-matrix is de Top400 per saldo zelfredzamer dan de Top600. Er zijn echter wel degelijk problemen, met name op de 'sociale' domeinen dagbesteding, financiën, huisvesting en maatschappelijke participatie. In veel gevallen wordt tijdens de screening geconstateerd dat personen reeds in zorg zijn of begeleiding krijgen. Bovendien is er vaak sprake van strafrechtelijke dan wel civielrechtelijke kaders. Desalniettemin is de indruk dat – ondanks de aanwezigheid van deze kaders - zorg en begeleiding moeizaam verloopt. Adviezen worden weliswaar vaker opgevolgd dan bij de Top600 maar nog steeds in circa een derde van de gevallen niet of slechts deels. Behoorlijk wat zorg-/begeleidingstrajecten worden helemaal niet gestart vanwege onwil van de cliënt dan wel voortijdig beëindigd. Ook de regisseurs hebben hierin een verantwoordelijkheid.

GGD screening Top400

Omdat dit onderzoek relatief vroeg is uitgevoerd na instroom van cliënten in de Top400 kan het zijn dat de waargenomen opbrengsten wellicht nog bescheiden zijn. Maar het is belangrijk dat signalen over vroegtijdige beëindiging van geadviseerde trajecten onder de aandacht komen van zowel het stedelijk indicatieoverleg als de betrokken regisseur zodat hierop tijdig kan worden geanticipeerd. Zeker vanwege de constatering dat de cliënten nog een leeftijd hebben waarbij een motiveringstraject een grote toegevoegde waarde kan hebben om alsnog te kunnen profiteren van behandeling/ begeleiding.