

25 juli 2012



GGD Amsterdam

Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidsbevordering

“De brede blik als specialisme”

Tussentijdse resultaten van de sociaalpsychiatrische screening Top 600

EDG/MGGZ

Inhoud

1. Aanleiding	5
2. De screening in het kort	7
<i>De screening is een semigestructureerd sociaalpsychiatrisch onderzoek dat wordt verricht door een multidisciplinair team van sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen (SPV), psychologen en psychiaters. Niet alleen letten zij op de aanwezigheid van (symptomen van) psychiatrische stoornissen, maar ook kijken zij naar maatschappelijke problemen op gebieden als huisvesting, inkomen en dagbesteding. De screening is in feite een proces dat bestaat uit een aantal stappen, waarvan de inhoud in dit hoofdstuk kort wordt besproken.</i>	
3. Resultaten van de screening	9
<i>In dit hoofdstuk wordt de zorgbehoefte van de Top 600 beschreven. Eerst wordt ingegaan op het vóórkomen van psychiatrische aandoeningen, waarbij zal blijken dat bij meer dan 80% van de gescreende cliënten aanwijzingen werden gevonden voor psychiatrische aandoeningen. Vervolgens wordt besproken met welke sociale problematiek cliënten kampen, en wordt ingegaan op de behoefte aan begeleiding op het gebied van dagbesteding, inkomen en huisvesting. Omdat met het oog op hulpverlening het perspectief van de cliënt een belangrijke rol, wordt daarna stil gestaan bij de hulpvraag die cliënten zelf stellen. Tenslotte wordt aan de hand van tussentijdse resultaten uit een dossieronderzoek aandacht besteed aan de achtergrond van huidige problematiek van de Top 600.</i>	
4 Achtergrondstudie: dossieronderzoek	20
<i>Een grote deel van cliënten uit de Top 600 had in het verleden contact met verschillende vormen van (jeugd)hulpverlening. De meeste cliënten die op de Top 600 lijst staan hebben dus vaak al een uitgebreid dossier met daarin informatie uit psychologische en psychiatrische onderzoeken. Vanuit de GGD Amsterdam worden dossiers bij Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam (BJAA) of, als er sprake was van (lichte) verstandelijke beperkingen, de William Schrikker Groep (WSG) geanonimiseerd en geschikt gemaakt voor wetenschappelijk onderzoek. Het doel van dit onderzoek is zicht te krijgen op de achtergrond van problemen van cliënten die in de Top 600 zitten, en een beschrijving te geven van de vele risico- en beschermingsfactoren die vaak reeds op jonge leeftijd zichtbaar waren</i>	
5. Samenvatting en conclusie	27
Referenties	31

1. Aanleiding

1 mei 2011 startte de aanpak Top 600. Doel van de aanpak is het terugdringen van criminaliteit door (jong)volwassenen die verantwoordelijk zijn voor een grote hoeveelheid high impact misdrijven; delicten die een forse negatieve uitwerking hebben op slachtoffers (overval, straatroof, inbraak). De aanpak bestaat uit drie pijlers. Deze pijlers zijn:

- (1) Lik op stuk (orde, veiligheid, repressie),
- (2) (na)zorg,
- (3) Schilaanpak.

In het kader van Pijler 1 treden Politie en Justitie consequent op in de vorm van intensieve recherche en voorgeleidingwerkzaamheden. Met de Schilaanpak (Pijler 3) wordt verwezen naar het gegeven dat per individu uit de Top 600 wordt bekeken of diens jongere broertjes, zusjes of kinderen in aanmerking komen voor preventieve maatregelen. In het kader van Pijler 2, tenslotte, wordt per individu uit de Top 600 onderzocht of er sprake is van een sociaal of medisch probleem waarvan de behandeling of begeleiding zou kunnen leiden tot een beter functioneren.

Om dit te realiseren wordt in Pijler 2 een aantal activiteiten uitgevoerd. Zo worden alle personen uit de Top 600 door de GGD Amsterdam gescreend op sociale en psychiatrische problematiek. Personen om wie op basis van deze screening zorgen bestaan worden verwezen (verdere diagnostiek en/of passende hulpverlening). Het *Indicatieoverleg* speelt hierbij een belangrijke rol. Als cliënten worden verwezen, dan worden zij - naar behoefte - begeleid naar dit aanbod. Het uitgangspunt is dat vanuit Pijler 2 met justitiepartners een dwang- en drangkader wordt opgesteld.

Top 600 en de noodzaak van screening

Uit wetenschappelijk onderzoek is bekend dat een puur repressieve aanpak van criminaliteit niet werkt [2]. Om criminaliteit daadwerkelijk terug te dringen moet óók ruimte bestaan voor verandering. De zogenaamde *What Works*-principes formuleren op dit terrein een aantal aanwijzingen die, wanneer toegepast, de effectiviteit van interventies bevorderen. Twee belangrijke principes zijn in dat kader het behoeftebeginsel en het responsiviteitsbeginsel. Met het behoeftebeginsel wordt bedoeld dat interventies voor het terugdringen van criminaliteit zich horen te richten op de factoren die samenhangen met het crimineel gedrag ('criminogene factoren'). Het responsiviteitsbeginsel stelt dat dergelijke interventies daarnaast afgestemd moeten zijn op de persoonlijkheid en cognitieve mogelijkheden van de dader. De screening kan worden beschouwd als een instrument waarmee de mate waarin wordt voldaan aan beide principes kan worden bevorderd. Het belangrijkste doel van de screening is immers het in kaart brengen van psychische gezondheidsproblemen, en knelpunten op het gebied van sociale/maatschappelijke factoren, onder de aanname dat deze verband houden met recidive of gedrag dat er rechtstreeks mee verband houdt.

Eerder onderzoek

Exacte cijfers over het vóórkomen ('prevalentie') van psychiatrische problemen in forensische populaties als de Top 600 variëren. Wel is bekend dat de prevalentie van psychische problemen over het algemeen zeer hoog is. Onderzoek in zowel binnen- als buitenland toont aan dat tussen de 80 en 90% van gedetineerden in westerse detentiecentra in zijn leven ooit één of meer psychiatrische stoornissen heeft gehad, met inbegrip van verslaving en persoonlijkheidsstoornissen [3]. In penitentiaire inrichtingen heeft naar schatting rond 5% van gedetineerden een psychotische stoornis, 17% een stemmingsstoornis en 11% een angststoornis. Daarnaast treft men vaak seksuele stoornissen, autistische stoornissen, stoornissen als gevolg van neurologische problematiek, posttraumatische stressstoornissen en ADHD aan onder gedetineerden [4]. Ongeveer de helft van de populatie in detentie kenmerkt zich door persoonlijkheidsproblematiek, zoals narcistische, antisociale en borderline persoonlijkheidsstoornissen [4].

Naast psychiatrische problematiek verdienen ook sociale/maatschappelijke problemen aandacht. Uit de literatuur blijkt een sterke samenhang tussen (ernstige) psychische stoornissen, verslavingsproblematiek en allerlei maatschappelijke problemen [5]. De gelijktijdige aanwezigheid van psychische stoornissen en verslaving wordt bijvoorbeeld geassocieerd met financiële problemen, huisuitzetting en dakloosheid, problemen tussen familieleden of andere conflicten in de privésfeer, en langdurige/chronische werkloosheid [6-8]. Ondanks deze onderlinge samenhang wordt hulpverlening vaak in aparte, parallelle settings aangeboden. Mede als gevolg van deze fragmentatie is het vaak moeilijker om de juiste hulpverlening te organiseren. Een screening op basis waarvan sociale en psychiatrische problematiek in samenhang in kaart worden gebracht is daarom een belangrijke stap in het opzetten van een integraal plan van aanpak.

Deze rapportage

De aanpak Top 600 is inmiddels ruim een jaar aan de gang. Sinds januari 2012 wordt gewerkt aan een uitgebreid dossieronderzoek, waarbij wordt onderzocht wat de achterliggende (risico) factoren zijn van problemen die cliënten uit de Top 600 ervaren. Zowel de screening als het dossieronderzoek kunnen worden gebruikt om inzicht te krijgen in de vaak complexe zorgbehoefte van cliënten die op de Top 600 lijst staan. Deze informatie is vervolgens van belang om te kunnen bepalen welk zorg-/hulpaanbod het beste past bij deze bijzondere doelgroep. De belangrijkste doelstelling van deze rapportage is dan ook een overzicht te bieden van de problematiek die wordt aangetroffen in de Top 600 doelgroep. Daarbij wordt zowel het perspectief van de cliënt als van de professional belicht.

2. De screening in het kort

De screening is een semigestructureerd sociaalpsychiatrisch onderzoek dat wordt verricht door een multidisciplinair team van sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen (SPV), psychologen en psychiaters. Niet alleen letten zij op de aanwezigheid van (symptomen van) psychiatrische stoornissen, maar ook kijken zij naar maatschappelijke problemen op gebieden als huisvesting, inkomen en dagbesteding. De screening is in feite een proces dat bestaat uit een aantal stappen, waarvan de inhoud in dit hoofdstuk kort wordt besproken.

(Voor)onderzoek en benadering

Als een cliënt moet worden gescreend, wordt eerst een vooronderzoek gedaan. Dit is een belangrijk onderdeel van de screening dat vaak veel tijd kost. Het vooronderzoek houdt in dat basale gegevens worden geïnventariseerd, zoals de actuele verblijfplaats van cliënten, maar ook wat er al bekend is over de cliënt. Zo is het een belangrijk doel van het vooronderzoek om uit te zoeken of cliënten al eerder psychologisch of psychiatrisch werden onderzocht, bijvoorbeeld door de medische dienst van een Penitentiaire Inrichting (PI) of door het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie). Daarnaast probeert men een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van eerdere diagnostiek en beloop van de klachten, om vast te stellen wat er al geprobeerd is en wat er wel of niet gewerkt heeft binnen een eventuele behandeling in het verleden. Het basisdossier en het dossier van de GGD gelden hierbij als belangrijk startdocumenten.

De meeste cliënten worden gescreend in detentie (ca. 80%). Zij worden doorgaans benaderd via de medische dienst van de betreffende penitentiaire inrichting. Cliënten die gescreend moeten worden en die niet gedetineerd zijn kunnen zowel thuis als bij de hoofdvestiging van de GGD gezien worden. Er wordt geprobeerd de cliënt telefonisch te benaderen. Zij ontvangen (daarnaast) een schriftelijke uitnodiging voor de screening (met datum, tijdstip en locatie). In het geval van herhaalde no-shows, en indien mogelijk (d.w.z. als het veilig is), worden cliënten in principe ook thuis bezocht. Er wordt zorg gedragen dat de cliënt de brief van burgemeester rondom de Top 600 heeft ontvangen. Alle cliënten ontvangen een folder waarin uitleg wordt gegeven over de screening en de vertrouwelijke aard van het gesprek wordt benadrukt. De locatie van de screening hangt af van de omstandigheden en de voorkeur van de cliënt.

Het gesprek met de cliënt

De feitelijke screening bestaat vervolgens uit een semigestructureerd interview. Dat betekent dat is vastgelegd welke onderwerpen aan bod moeten komen, maar niet precies in welke volgorde of op welke manier. Het gesprek met de cliënt start met een uitleg over de Top 600, het gezondheidsonderzoek van de GGD, de follow-up na afloop van de screening (uitleg over indicatieoverleg) en de manier waarop de cliënt contact kan opnemen met de GGD.

Een belangrijk uitgangspunt voor het interview is dat de nadruk niet alleen maar ligt op symptomen van psychopathologie, maar ook op onderwerpen als huisvesting en dagbesteding. Een van de redenen hiervoor is dat een te grote nadruk op psychopathologie bedreigend of ongemakkelijk kan zijn voor respondenten. Indien tijdens het interview blijkt dat bepaalde psychiatrische ziektebeelden meer gestructureerd uitgevraagd moeten worden, heeft de screener de beschikking over een set aanvullende gestructureerde vragenlijsten. Deze vragenlijsten bieden de gelegenheid om symptomen van een vermoede diagnose op systematische wijze in kaart te brengen. Op basis van literatuur is bepaald op welke ziektebeelden deze 'testbatterij' zich diende te richten (o.a. angst en depressie, posttraumatische stressstoornis, psychotische stoornis, persoonlijkheidsstoornis) [9-25]. Bij elk ziektebeeld is een vragenlijst geselecteerd, waarbij samenwerking is gezocht met instellingen als de Bascule (vragenlijst voor PTSS) en de VU (vragenlijst voor psychotische stoornissen).

Tijdens het gesprek wordt cliënt gevraagd een schriftelijke toestemmingsverklaring te tekenen waarmee de GGD informatie over zijn voorgeschiedenis kan opvragen. Daarnaast wordt toestemming

gevraagd om namens de cliënt contact met andere (zorg)partijen op te nemen om het behandelkader op te zetten.

Casuïstiebespreking

Op wekelijkse basis komt het Top 600 team van de GGD bijeen voor de bespreking van casuïstiek, en hebben screeners werkoverleg met een psychiater. Tijdens deze overleggen worden de resultaten van de screening besproken. Indien mogelijk wordt een vermoedelijke diagnose bepaald. Bovendien wordt besproken of en op welk(e) gebied(en) zorg en ondersteuning nodig zijn. In sommige gevallen moet een tweede afspraak gemaakt worden met de cliënt, zodat de zorgbehoefte en zorgvraag verder kunnen worden gespecificeerd.

Nabespreking screening met psychiater

Elke screening wordt nabesproken met de psychiater met als doel de kwaliteit van de diagnostiek te waarborgen en te bekijken welke informatie uit de voorgeschiedenis of uit nadere diagnostiek noodzakelijk is om een diagnose te stellen. Het geheel aan informatie wordt geanalyseerd waarna er conclusies worden getrokken. Tevens wordt een behandelvoorstel geformuleerd. De informatie uit de screening en het behandelvoorstel worden voorgelegd aan het Indicatieoverleg waar hierover een oordeel wordt geveld en een uiteindelijk behandeladvies wordt geformuleerd. Bij dit oordeel wordt informatie uit de dossiers van de zorgpartijen betrokken die zitting hebben in het indicatieoverleg. Het streven is om het verslag van de screening en behandelplan altijd terug te koppelen aan de cliënt, tenzij deze daar geen behoefte aan heeft. Daarnaast wordt het behandeladvies omgewerkt tot een bejegeningadvies of plan van aanpak bestemd voor de andere partijen binnen de Top 600.

3. Resultaten van de screening

In dit hoofdstuk beschrijven we de zorgbehoefte van de Top 600. Eerst wordt ingegaan op het vóórkomen van psychiatrische aandoeningen, waarbij zal blijken dat bij meer dan 80% van de gescreende cliënten aanwijzingen werden gevonden voor psychiatrische aandoeningen. Vervolgens wordt besproken met welke sociale problematiek cliënten kampen, en wordt ingegaan op de behoefte aan begeleiding op het gebied van dagbesteding, inkomen en huisvesting. Omdat met het oog op hulpverlening het perspectief van de cliënt een belangrijke rol speelt, wordt daarna stil gestaan bij de hulpvraag die cliënten zelf stellen. Tenslotte wordt aan de hand van tussentijdse resultaten uit een dossieronderzoek aandacht besteed aan de achtergrond van huidige problematiek van de Top 600.

3.1 Psychiatrische aandoeningen

Tot en met maart 2012 werden 151 personen gescreend door medewerkers van de GGD (respons van ruim 70%)¹. Van 120 personen waren de resultaten beschikbaar in de vorm van een verslag. Van deze 120 personen was 45% ten tijde van de screening gedetineerd; nog eens 35% bevond zich in voorlopige hechtenis.

Tabel 1 biedt een overzicht van de belangrijkste diagnoses die bij deze personen werden vastgesteld. Bij het lezen van de tabel is het belangrijk om te bedenken dat de diagnose die op basis van de screening wordt gesteld in een aantal gevallen een voorlopige diagnose betreft. Aan veel klachten en symptomen die op het moment van screening aan de orde komen kan namelijk niet altijd een diagnose worden gekoppeld. Daarom wordt in de tabel een onderscheid gemaakt tussen een ondergrens (diagnoses die met zekerheid zijn gesteld) en een bovengrens (er is duidelijke aanwijzing voor een bepaalde diagnose maar er is nader onderzoek nodig om de diagnose definitief te stellen)). In de rest van deze rapportage wordt, als het over diagnostiek gaat, steeds de ondergrens vermeld.

Tabel 1. Overzicht belangrijkste diagnosecategorieën (N=120).

	Ondergrens* (%)	Bovengrens** (%)
Cliënten met:		
0 diagnoses	19.2	15.8
1 diagnose	45.8	30.8
> 1 diagnose	35.0	53.4
Gespecificeerd naar diagnose		
As 1 [1]		
Misbruik middelen [2]	19.2	23.3
Afhankelijkheid middelen	26.7	27.5
Misbruik en/of afhankelijkheid	40.8	43.3
Angst & stemmingsstoornissen [3]	9.2	30.0
ADHD, aandacht [4]	10.8	15.8
Psychotische stoornissen	3.8	5.8
Overige	10.0	11.7
As 2 [1]		
Persoonlijkheidsproblematiek [5]	29.2	52.5
Verstandelijke beperkingen	20.8	47.5

* Voorlopige diagnoses *zonder* aanwijzingen meegeteld (*exclusief* differentiaal diagnostiek)

** Voorlopige diagnoses *met* aanwijzingen meegeteld (*inclusief* differentiaal diagnostiek)

[1] In het diagnostisch handboek van psychiaters (DSM-IV) wordt een onderscheid gemaakt tussen diagnoses op As 1 (klinische stoornissen, of aandoeningen die een reden voor zorg kunnen zijn) en As 2 (persoonlijkheidsstoornissen en verstandelijke beperkingen).

[2] met name cannabis en alcohol, maar ook cocaïne

[3] incl. depressieve stoornissen en Posttraumatische Stressstoornis (PTSS)

[4] incl. problemen met impulscontrole in bredere zin

[5] Voornamelijk cluster B (antisociale, borderline, of narcistische trekken)

¹ Bron: GGD Monitor Top600 week 13 (t/m 01-04-2012)

Uit de resultaten blijkt dat bij 19.2% van alle tot nu toe gescreende cliënten geen psychiatrische diagnose kon worden gesteld; bij meer dan tachtig procent dus wel. Bij ongeveer de helft (45.8%) van de gescreende personen kon met zekerheid één diagnose worden vastgesteld, en bij ruim een derde (35%) kwam men tot meer dan één diagnose. Indien we ook aanwijzingen voor diagnoses mee zouden rekenen (door naar de bovengrens te kijken) dan mogen we concluderen dat bij meer dan de helft (53.4%) van de totale groep meer dan één diagnose werd gevonden. Het percentage met slechts één diagnose neemt in dat geval af tot ruim dertig procent.

Tabel 1 laat zien wat de belangrijkste diagnosegroepen zijn. Het gaat in de eerste plaats om afhankelijkheid en/of misbruik van genotmiddelen; angst en stemmingsstoornissen (o.a. depressieve stoornissen en posttraumatische stress-stoornis); ADHD problematiek en andere problemen met impulscontrole, en tot slot psychotische stoornissen. Dit zijn *klinische stoornissen*; psychiatrische aandoeningen die op zichzelf een reden voor zorg zijn en waarvoor effectieve behandelingen beschikbaar zijn, gericht op (volledig) herstel. Vaker echter wordt een persoonlijkheidsprobleem (antisociaal gedrag, borderline of narcistische trekken) of een verstandelijke beperking vastgesteld. Een verstandelijk beperking kan niet worden genezen, en over de (effectieve) behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bestaan nog veel vragen. Wel is duidelijk dat cliënten met deze aandoeningen baat hebben bij meer en intensievere begeleiding behandeling, omdat de pathologie de begeleiding kan frustreren/bemoeilijken, zeker wanneer zij niet wordt onderkend.

Voor een aantal diagnosegroepen (angst- en stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en verstandelijke beperkingen) geldt dat het verschil tussen de onder- en bovengrens fors is. Zo werd bij ongeveer een derde van de gescreende jongeren persoonlijkheidsproblemen vastgesteld, maar bij veel meer cliënten werden aanwijzingen gevonden voor persoonlijkheidsproblematiek. Hetzelfde geldt voor verstandelijke beperkingen; bij ruim 20% werd een verstandelijke beperking vastgesteld, maar bij ruim 47% vond de GGD aanwijzingen voor beperkingen².

Bij de vertaling van deze cijfers naar de praktijk passen tenminste twee opmerkingen. Om te beginnen laten de cijfers zien dat maximaal de helft van gescreende cliënten verstandelijk beperkt is; de andere helft is dat niet. Voor verstandelijk beperkte en normaal begaafde cliënten geldt in de praktijk een heel andere benadering als het gaat om gedragsverandering. Waar men in de groep met verstandelijke beperkingen meer in zal moeten zetten op begeleiding en bejegening, mag er in de normaal begaafde groep meer worden verwacht van behandeling.

Daarnaast kunnen we op basis van de discrepantie tussen vastgestelde en vermoede diagnoses (boven- en ondergrens) concluderen dat bij een groot aantal cliënten nader diagnostische onderzoek moet worden gedaan. In sommige gevallen is een uitgebreide niveaubepaling, persoonlijkheidsonderzoek of een aanvullend hetero-anamnestic onderzoek (met ouder/verzorger) nodig. In geval van jonge leeftijd van de cliënt (< 17 jaar) wordt conform wetenschappelijke richtlijnen bovendien enige terughoudendheid in acht genomen bij het stellen van een persoonlijkheidsstoornis. Daarnaast zijn er aandoeningen die sterk beïnvloed kunnen worden door de omstandigheden waarin het onderzoek plaatsvindt, en waarbij het (dus) nodig is de cliënt op meerdere momenten te beoordelen. In het geval van een depressieve stoornis betekent dit bijvoorbeeld dat cliënten meerdere keren (en ook buiten detentie) moeten worden gezien om te bepalen of er werkelijk sprake is van een depressie, of eerder van een aanpassingsstoornis waarbij symptomen beïnvloed worden door de situatie waarin de cliënt zich bevindt. In dat kader wordt ook wel gesproken van beloopdiagnostiek. Het is nodig om nadere diagnostiek te doen en de aanwezigheid van symptomen in de tijd te vervolgen. Soms kunnen hiervoor

² In dit verslag worden de termen verstandelijke beperking en LVB (lichte verstandelijke beperking) afwisselend gebruikt. We verstaan hieronder de situatie waarin een individu een afwijkend verstandelijk vermogen heeft in combinatie met tekorten in het (sociale) aanpassingsvermogen en dit ten gevolge van bijkomende medische, sociale of psychiatrische problemen leidt tot afwijkend gedrag. Het afwijkend verstandelijk vermogen wordt gemeten door middel van een IQ test (WAIS-III). Tot de LVB-groep rekenen we IQ scores tussen 50 en 70 (lichte zwakzinnigheid of lichte verstandelijke beperking volgens DSM-IV) en scores tussen 70 en 85 (zwakbegaafdheid volgens DSM-IV). Naast IQ scores zijn oa sociaal-emotioneel functioneren van belang.

eerdere psychiatrische beoordelingen, bijvoorbeeld in het kader van een NIFP rapportage worden gebruikt. In afwezigheid hiervan dient nadere diagnostiek te worden georganiseerd.

Kanttekeningen bij DSM-IV diagnoses

Een diagnose volgens de DSM-IV systematiek (het handboek voor psychiaters) is vrijwel altijd het resultaat van een complex proces. Daarom is het belangrijk te benadrukken dat niet in alle gevallen waarbij de een psychiatrische aandoening wordt vermoed, ook daadwerkelijk een diagnose gesteld kan worden. We spreken ook wel van voorlopige diagnoses, of 'waarschijnlijkheidsdiagnoses'. Nader diagnostisch onderzoek is nodig om vermoedde diagnose vast te stellen of juist uit te sluiten. Daarnaast is het van belang te benadrukken dat personen met dezelfde diagnose heel verschillend symptomen kunnen hebben, en (dus) niet altijd baat hebben bij dezelfde behandeling. De DSM is een systeem waarin psychische aandoeningen op een atheoretische manier geclassificeerd worden: een diagnose zegt niets over de onderliggende oorzaak van de symptomen. Voor een uitgebreid overzicht van voor- en nadelen aan de DSM-IV systematiek verwijzen we bijvoorbeeld naar Jongedijk [1].

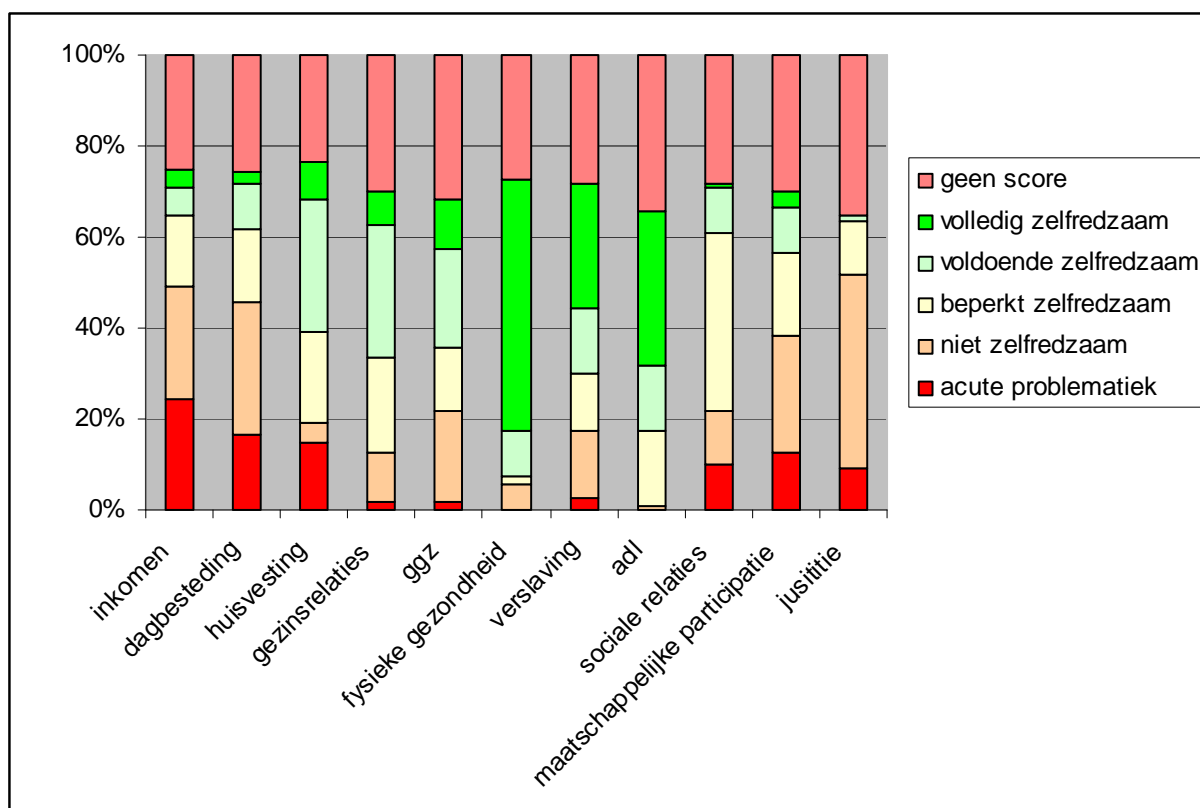
3.2 Zelfredzaamheid van de Top 600

In deze paragraaf gaan we in op de zelfredzaamheid van de Top600; op welke levensdomeinen spelen de belangrijkste problemen, en hoe gaan cliënten daarmee om? Vervolgens wordt verder ingezoomd op de problematiek rondom Inkomen, Dagbestedingen en Huisvesting. Nadat besproken is wat de omvang van de problematiek is laten we zien welke begeleidingsvormen op basis van de screening nodig lijken. Aan het einde van deze paragraaf wordt ingegaan op de aanwezigheid van problematisch middelengebruik, al dan niet in combinatie met LVB, omdat de aanwezigheid van deze problemen een aanwijzing vormen voor meer intensieve en langdurige begeleidingsvormen.

Zelfredzaamheid van personen uit de Top 600 kan inzichtelijk worden gemaakt met behulp van de Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM)³. Dit is een instrument waarmee professionals in de (openbare) gezondheidszorg, maatschappelijke dienstverlening en gerelateerde werkvelden de mate van zelfredzaamheid van cliënten kunnen beoordelen. Dit gebeurt op elf domeinen, namelijk Inkomen, Dagbesteding, Huisvesting, Gezinsrelaties, Geestelijke gezondheid, Fysieke gezondheid, Verslaving, Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL), Sociale Netwerk, Maatschappelijke Participatie en Justitie. Met steeds vijf antwoordmogelijkheden per domein (acute problematiek – niet zelfredzaam – beperkt zelfredzaam – voldoende zelfredzaam en volledig zelfredzaam) ontstaat een raamwerk (matrix) met 55 cellen. Voor iedere cel zijn criteria opgesteld die de antwoordmogelijkheid nader specificeren en de beoordelaar ondersteunen bij het invullen van het instrument. Zo betekent 'niet zelfredzaam' op het domein Inkomen dat een cliënt 'onvoldoende inkomsten en/ of spontaan of ongepast geld uitgeeft, in combinatie met groeiende schulden'.

De resultaten van de beoordeling van cliënten met de ZRM zijn samengevat in figuur 1. Om te beginnen laat de figuur zien dat van een deel van de gescreende populatie een score op de ZRM ontbreekt. Dit kan worden verklaard doordat de ZRM pas halverwege het Top 600 project geïntroduceerd werd in de screening. Uit de figuur blijkt verder dat, in termen van zelfredzaamheid, de grootste problemen worden gesignaleerd op de domeinen Inkomen, Dagbesteding, Huisvesting, Sociale Relaties, Maatschappelijke Participatie en (uiteeraard) Justitie.

³ Meer informatie over de ZRM is te vinden op www.zelfredzaamheidmatrix.nl



Figuur 1. Zelfredzaamheid van gescreende cliënten op basis van de Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM)

Dagbesteding

Cliënten met een acuut probleem op het domein Dagbesteding (score 1), of die niet zelfredzaam zijn op dit domein (score 2), hebben geen werk of opleiding en vervallen in sommige gevallen tot criminaliteit. Het gaat om tenminste 55 personen, of **46% van alle gescreende cliënten**. In onderstaande tabel 2 is te zien wat het opleidingsniveau is van deze groep, en welke vorm van dagbesteding op basis van de screening passend lijkt.

Uit tabel 2 blijkt dat het merendeel van gescreende cliënten zeer laag opgeleid is; een aanzienlijk deel van de gescreende groep personen heeft niet meer dan (speciaal basis)onderwijs of VMBO. Dit komt overeen met eerdere analyses die laten zien dat slechts zeer weinig cliënten uit de Top 600 over een startkwalificatie beschikken. Tabel 2 laat ook zien dat op basis van de screening geschat wordt dat een vijfde van alle cliënten in staat lijkt tot reguliere arbeid. Het gaat in de meeste gevallen om mannen zonder cognitieve beperkingen of psychiatrische klachten, die in het verleden hebben laten zien te kunnen werken. Voor een derde van alle cliënten lijkt leer/werk trajecten (bijv. 'de Herstelling') passende dagbesteding. Participatie (bijv. vrijwilligerswerk) wordt gekoppeld aan een vijfde (19.1%) van het totaal; in de groep die niet zelfredzaam is ligt dit percentage duidelijk hoger (25.5%). Bij 42.7% wordt, ongeacht de vorm van dagbesteding, de noodzakelijkheid van begeleiding benoemd. In de meest kwetsbare groep gaat het zelfs om 56.4%. Hoe lang begeleiding nodig zou zijn is op basis van de screening niet altijd duidelijk aan te geven. In de totale groep geldt dat ruim een kwart (25.8%) baat zou hebben bij langdurige begeleiding op het gebied van dagbesteding; in de niet zelfredzame groep betreft het circa een derde (34.5%).

Tabel 2. Nadere toelichting op domein *Dagbesteding*

	Acute problematiek of niet zelfredzaam N=55 (%)	Situatie (tenminste) stabiel N=34 (%)	Totaal N=89 (%)
Opleiding (hoogst afgerond) [1]			
<i>Geen</i>	25.5	8.8	18.7
<i>Basisonderwijs</i>	41.8	29.4	37.0
<i>Laag</i>	21.8	38.2	28.1
<i>Middelbaar</i>	5.5	17.6	10.1
<i>Hoger</i>	0.0	0.0	0.0
<i>Onbekend</i>	5.5	5.9	4.6
Opleiding (hoogst gevolgd) [1]			
<i>Geen</i>	0.0	0.0	0.0
<i>Basisonderwijs</i>	7.3	0.0	4.5
<i>Laag</i>	69.1	50.0	61.8
<i>Middelbaar</i>	14.5	38.2	23.6
<i>Hoger</i>	0.0	5.9	2.2
<i>Onbekend</i>	9.1	5.9	7.8
Passende dagbesteding is:			
<i>Arbeid</i>	21.8	20.6	21.4
<i>School</i>	1.8	5.9	3.3
<i>Leer-werk</i>	36.4	23.5	31.5
<i>Participatie</i>	25.5	8.8	19.1
<i>Onduidelijk</i>	14.5	41.1	24.7
Dagbesteding kan zonder begeleiding:			
<i>Nee</i>	56.4	20.6	42.7
<i>Ja</i>	27.3	29.4	28.1
<i>Onduidelijk</i>	16.4	50.0	29.2
Indien niet zonder begeleiding :			
<i>Begeleiding kortdurend</i>	16.4	8.8	13.5
<i>Begeleiding langdurend/permanent</i>	34.5	11.8	25.8
<i>Onduidelijk</i>	21.8	50.0	32.6
<i>n.v.t.</i>	27.3	29.4	28.1

[1] Laag = lbo, mavo, vmbo, mbo-1, eerste drie jaar havo en vwo; Middelbaar = havo, vwo, mbo-2-4; Hoger = hbo

Inkomen

Cliënten met een acuut probleem op het domein Inkomen (score 1), of die niet zelfredzaam zijn op dit domein (score 2), hebben geen of onvoldoende inkomen en meestal hoge en/of groeiende schulden. Het betreft ten minste 59 personen (**49% van gescreende cliënten**). Voor zover van deze groep schulden aan het licht kwamen (uit de screening en/of het basisdossier), worden deze in onderstaande tabel 3 nader omschreven.

Uit de tabel blijkt dat 64.4% van cliënten die niet zelfredzaam waren op het domein Inkomen een indicatie van de omvang van zijn schulden kon geven. Het gemiddelde bedrag dat werd genoemd is 4,576 euro, met een maximum van 20,000 euro. Een gedeelte kon aangeven bij wie zij schulden had; meer dan de helft (61.0%) had schulden bij meerdere partijen. Als voornaamste schuldeisers werden genoemd: zorgverzekeraars (achterstallige premies), zorgaanbieders (onverzekerde ziektekosten), CJIB ((verkeers)boetes), verschuldigde schadevergoedingen (slachtoffers), telefoonaanbieders (frauduleuze abonnementen), IB-groep (studiefinanciering) en DWI. In een klein aantal gevallen leken schulden stabiel, maar in zeker een derde van de gevallen leek sprake van toenemende schulden. Redenen hiervoor waren nieuwe schulden en/of rente over bestaande schulden. Van de meeste

schulden kon echter niet goed worden bepaald wat de dynamiek was (67.8% ontbrekende informatie). Wel is duidelijk dat meer dan de helft van niet zelfredzame cliënten geen aflossingsregeling had, of geen hulp ontving bij het aflossen van schulden. Tijdens de screening noemde men soms een reden om hulp te weigeren. Zo wilden sommige cliënten hun autonomie niet opgeven. Anderen wilden wel hulp maar wezen op het gebrek aan inkomen om schulden af te lossen, of meldden dat eerdere pogingen tot hulpverlening op dit vlak waren onderbroken of gestrand door periodes van detentie.

Het is moeilijk om op basis van de screening in te schatten in hoeverre cliënten in staat lijken om inkomen uit arbeid te vergaren. Toch wordt op basis van de screening geschat dat een aanzienlijk deel (40.6%) van de niet-zelfredzame groep in principe in staat lijkt om nu of in de toekomst (bijvoorbeeld wanneer een opleiding zou worden afgerond of gezondheidsproblemen onder controle zijn) een inkomen uit arbeid te vergaren. Dit percentage is iets lager dan in de groep wiens situatie ten tijde van de screening (tenminste) stabiel was (47.8%). Tenslotte is van een groot deel niet goed in te schatten of zij in staat is een inkomen uit arbeid te verwerven. Dit zou met aanvullend onderzoek alsnog uitgezocht moeten worden.

Tabel 3. Nadere toelichting op domein *Inkomen*

	Acute problematiek of niet zelfredzaam N=59 (%)	Situatie (tenminste) stabiel N= 31 (%)	Totaal N= 90 (%)
Omvang schuld bekend			
<i>Nee</i>	35.6	67.7	46.7
<i>Ja</i>	64.4	32.3	53.3
<i>Niet ingevuld</i>	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Schuld bij meerdere partijen			
<i>Nee</i>	8.5	22.6	13.3
<i>Ja</i>	61.0	9.7	43.3
<i>Niet ingevuld</i>	30.5	67.7	43.3
Schulden nemen toe			
<i>Nee</i>	5.1	9.7	6.7
<i>Ja</i>	27.1	3.2	18.9
<i>Niet ingevuld</i>	67.8	87.1	74.4
Schuldhelpverlening			
<i>Nee</i>	50.8	16.1	38.9
<i>Ja</i>	15.3	22.6	17.8
<i>Niet ingevuld</i>	33.9	61.3	43.3
Inkomen uit arbeid lijkt haalbaar...			
<i>Ja</i>	18.6	25.8	21.1
<i>Ja, maar niet nu</i>	22.0	22.6	22.2
<i>Deels</i>	11.9	16.1	13.3
<i>Nee</i>	8.5	22.6	13.3
<i>Niet ingevuld</i>	39.0	12.9	30.0

Huisvesting

Cliënten met een acuut probleem op het domein Huisvesting zijn dakloos en/of bevinden zich in de nachtopvang. Cliënten die niet zelfredzaam zijn bevinden zich in voor wonen ongeschikte huisvesting en/of de huur/hypotheek is niet betaalbaar waardoor huisuitzetting dreigt. In totaal gaat het om een groep van 23 cliënten, of **19.2% van gescreende cliënten**. Deze groep is zichtbaar gemaakt in onderstaande tabel 4a.

Het percentage cliënten dat zelfstandig en zonder begeleiding zou kunnen wonen wordt op basis van de screening lager geschat dan in de groep die ten tijde van de screening stabiel gehuisvest was. In de meeste gevallen (34.8%) wordt gedacht aan een woonvoorziening (voorziening waar een bepaald aantal uren per dag begeleiding aanwezig is) gevolgd door zelfstandige woonvormen met begeleiding aan huis (17.4%). Het oordeel wel/niet wonen met begeleiding (in een voorziening dan wel met begeleiding aan huis) hangt in sterke mate samen met de aanwezigheid van verstandelijke beperkingen, in combinatie een inschatting van de ernst van deze beperkingen. Dat verklaart ook

waarom, indien op basis van de screening wordt gedacht aan begeleiding, dit in de meeste gevallen voor langere tijd nodig wordt geacht (43.5%).

Bij 69 cliënten werd geen acuut/dringend huisvestingsprobleem geconstateerd (situatie stabiel). Bij een deel van hen bestonden echter wel grote zorgen over de leefsituatie. Spanningen binnen het gezin en/of het sociaal netwerk waren hiervan de voornaamste oorzaak, en leken het risico op recidive bij deze personen te verhogen. Ook voor hen leek andere huisvesting van belang. In totaal gaat het om 23.3% van cliënten met stabiele huisvesting (zie onderaan tabel 4a), of **13.4% van alle gescreende cliënten**.

Tabel 4a. Nadere toelichting op domein Huisvesting

	Acute problematiek of niet zelfredzaam N=23 (%)	Situatie (tenminste) stabiel N=69 (%)	Totaal N=92 (%)
Geschikte woonvorm...			
<i>Zelfstandig, geen begeleiding</i>	13.0	21.7	19.6
<i>Begeleiding lijkt nodig (passend onderdak)</i>			
Onduidelijk welke vorm	0.0	8.7	6.5
Zelfstandig met begeleiding aan huis	17.4	23.2	21.7
Woonvoorziening	34.8	14.5	19.6
Zorg met verblijf (kliniek)	4.3	4.3	4.3
<i>Niet ingevuld</i>	30.4	27.5	28.3
Indien woonvorm met begeleiding:			
<i>Kortdurend</i>	13.0	17.4	16.3
<i>Langdurend</i>	43.5	26.1	30.4
<i>Niet ingevuld</i>	30.4	34.7	33.7
<i>n.v.t.</i>	13.0	21.7	19.6
Acute problematiek/niet zelfredzaam...			
<i>Gezinsrelaties [1]</i>	n.v.t.	13.0	n.v.t.
<i>Sociaal netwerk [2]</i>	n.v.t.	20.3	n.v.t.
<i>Gezinsrelaties óf Sociaal netwerk</i>	n.v.t.	23.3	n.v.t.

[1] Acute problematiek/niet zelfredzaam op het domein Gezinsrelaties betekent dat leden van het gezin niet goed met elkaar omgaan, er sprake is van (potentieel) huiselijk geweld, kindermishandeling of verwaarlozing.

[2] Acute problematiek/niet zelfredzaam op het domein Gezinsrelaties betekent dat cliënten geen of nauwelijks steun van familie/vrienden, en hebben zij geen of nauwelijks contacten buiten hun foute vriendenkring.

Tabel 4b beschrijft ook voor deze specifieke groep dezelfde kenmerken. In deze specifieke subgroep wordt het percentage cliënten dat zelfstandig en zonder begeleiding zou kunnen wonen geschat op slechts 6.3%. Het betreft hier vooral jongeren die nog thuis wonen en nooit hebben geleerd voor zichzelf te zorgen. In de meeste gevallen (37.5%) wordt daarom gedacht aan een zelfstandige woonvormen met een lichte vorm van begeleiding aan huis. Als op basis van de screening wordt gedacht aan begeleiding, dan is dit meestal voor langere tijd (50.0%).

Tabel 4b. Cliënten met stabiel huisvesting maar zorgelijke leefsituatie

	N=16 (%)
Geschikte woonvorm	
<i>Zelfstandig, geen begeleiding</i>	6.3
<i>Begeleiding lijkt nodig (passend onderdak)</i>	
Onduidelijk welke vorm	18.8
Zelfstandig met begeleiding aan huis	37.5
Woonvoorziening	18.8
Zorg met verblijf (kliniek)	0.0
<i>Niet ingevuld</i>	18.8
Indien woonvorm met begeleiding:	
<i>Kortdurend</i>	18.8
<i>Langdurend</i>	50.0
<i>Niet ingevuld</i>	25.2
<i>n.v.t.</i>	6.3

Samenvatting huisvesting:

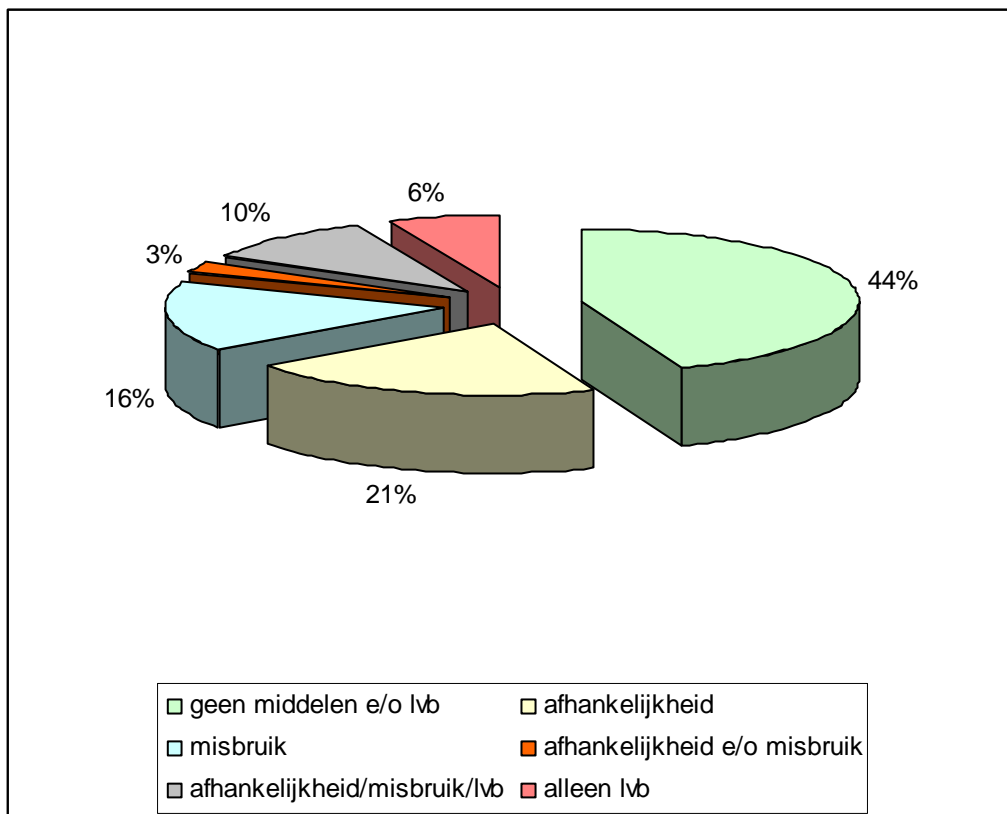
- **19.2%** van gescreende cliënten heeft een acuut probleem op het domein Huisvesting, of is niet zelfredzaam.
 - **13.3%** van gescreende cliënten heeft weliswaar stabiele huisvesting, maar er zijn grote zorgen over de leefsituatie.
- In totaal lijkt dus **32.5%** een huisvestingprobleem te hebben.

Misbruik/afhankelijkheid van middelen en LVB

Zoals eerder aangegeven spelen bij de beslissing of begeleiding nodig is op een van de drie besproken domeinen (*Dagbesteding, Inkomen, en Huisvesting/Leefsituatie*), twee factoren een rol.

- Ten eerste de aanwezigheid van verstandelijke beperkingen. Cliënten die een verstandelijke beperking hebben, zijn in beperkte mate leerbaar en hebben gedurende een langere periode begeleiding nodig. Zo zal men in het geval van schulden bij een verstandelijk beperkte cliënt goed moeten bekijken of de cliënt nu of in de toekomst financiën zelf kan beheren, of bijv. schuldsanering nodig heeft om de financiën op orde te krijgen/beheren. Ook vormt de aanwezigheid van een verstandelijke beperking uiteraard een indicatie voor de mate waarin verwacht mag worden dat een startkwalificatie (alsnog) haalbaar is.
- Ten tweede de vraag of er sprake is van problematisch middelengebruik (met als uiterste vorm afhankelijkheid). We weten bijvoorbeeld dat afhankelijkheid van middelen vraagt om extra begeleiding op het gebied van huisvesting, omdat het wordt geassocieerd met zelfverwaarlozing op allerlei levensgebieden.

Van alle cliënten die niet zelfredzaam bleken - of met acute problematiek - op een van de drie bestudeerde domeinen geeft onderstaande figuur 2 een overzicht van de aanwezigheid van problematisch middelengebruik, al dan niet in combinatie met verstandelijke beperkingen.

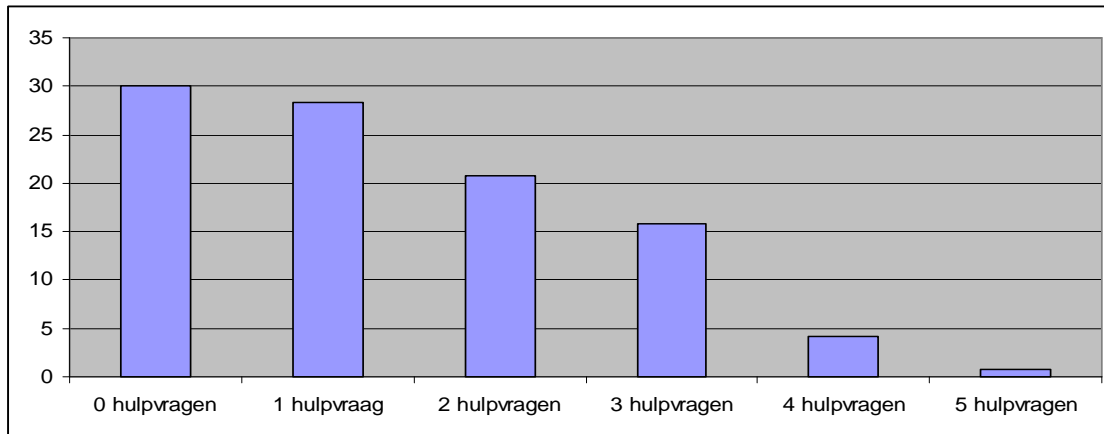


Figuur 2. LVB en misbruik/afhankelijkheid van middelen bij niet zelfredzame cliënten

In totaal blijkt dat bij 50 procent van de groep die niet zelfredzaam is op tenminste één van de domeinen *Dagbesteding*, *Inkomen*, en *Huisvesting* een diagnose werd gesteld voor afhankelijkheid en/of misbruik van middelen, al dan niet in combinatie met LVB. Dit is niet verrassend, omdat uit de gesprekken met cliënten bleek dat zij ten tijde van screening vaak weinig structuur hadden in hun dag, lang slapen, vrienden opzochten en vaak (soft)drugs gebruikten. In paragraaf 3.1 zagen we dat de verdeling afhankelijkheid/misbruik ongeveer gelijk is, en dat lijkt ook nu weer te gelden; bij 21% is sprake van afhankelijkheid en bij 16% spreken we enkel van misbruik. In 6% van de gevallen was alleen sprake van een verstandelijke beperking, en in 10 procent van de groep werd een verstandelijke beperking gediagnosticeerd in combinatie met afhankelijkheid en/of misbruik van middelen.

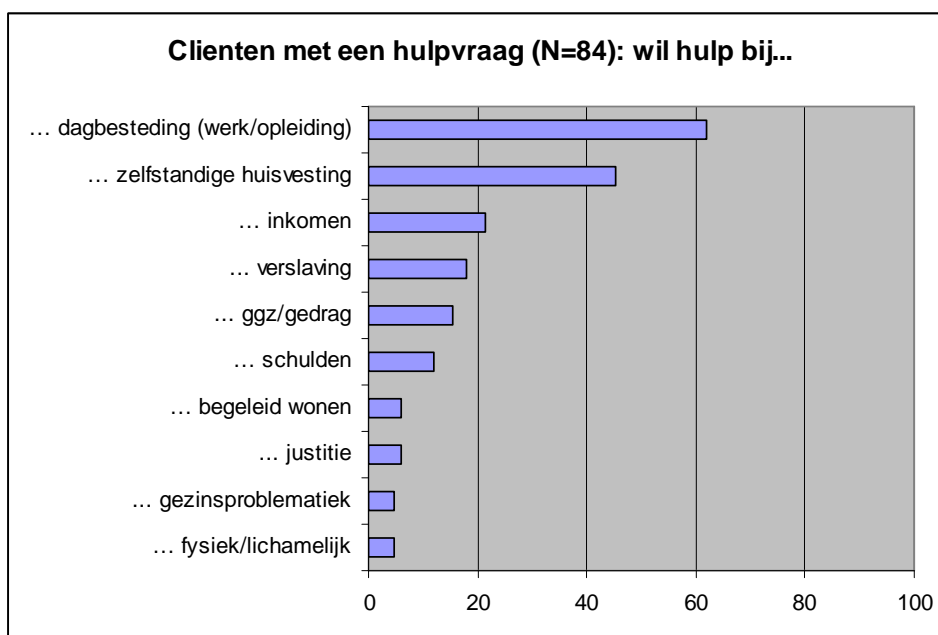
3.3 Welke hulpvraag stelt de Top 600 zelf?

Uit de analyse van screenings blijkt dat in 84 gevallen (70%) een hulpvraag werd gesteld door de cliënt. In de meeste gevallen hadden personen die zelf een hulpvraag stelden meerdere vragen, die bovendien betrekking hadden op verschillende domeinen (bijvoorbeeld inkomen én dagbesteding, huisvesting én verslaving). Onderstaande figuur 3 bevat een overzicht van de meervoudigheid van hulpvragen.



Figuur 3. Meervoudigheid van hulpvragen van cliënten

Uit een analyse van de achtergrond van hulpvragen blijkt dat meer dan 60% van cliënten die een hulpvraag stelden ondersteuning wensten bij het vinden van dagbesteding (figuur 4). Veel cliënten leken hierin de belangrijkste oplossingsrichting voor de huidige problemen met justitie te zien. Verwant hieraan is de vraag van meer dan 20% van cliënten met een hulpvraag naar ondersteuning bij het verkrijgen van een inkomen (bijvoorbeeld een uitkering), en van ruim 10% bij het aanpakken van financiële schulden. Bij het organiseren van dagbesteding is een van de vaker genoemde problemen die cliënten tegen komen het (niet) kunnen beschikken over een verklaring omtrent gedrag (VOG). Zij kunnen die, gezien hun achtergrond, meestal niet overleggen aan potentiële werkgevers. Tijdens de screening blijkt dat cliënten hopen dat op dit vlak vanuit de Top600 aanpak extra mogelijkheden geboden kunnen worden. Andere barrières die tijdens de screening door cliënten worden genoemd zijn de afwezigheid van een zorgverzekering (N=3) en het gebrek aan geldige legitimatie/illegale status (N=4).



Figuur 4. Hulpvraag van gescreende cliënten

Een groot deel van de cliënten die zelf een hulpvraag stelden (45%) uitte daarnaast een wens omtrent huisvesting. Nog eens 6% vroeg tijdens de screening naar hulp bij het vinden van begeleid wonen. Overigens kon bij meer dan 90% van de personen met een hulpvraag omtrent huisvesting op basis van de screening een psychiatrische diagnose gesteld worden. De belangrijkste diagnosegroep was afhankelijkheid, verslaving en/of misbruik van middelen (53.5%). Ruim 15% was verstandelijk beperkt. Uit de screening blijkt dat de achtergrond van vragen omtrent huisvesting zeer divers is. Wat de meeste cliënten met een hulpvraag omtrent huisvesting gemeen hebben is dat zij vaak niet weten hoe zij een eigen huis kunnen vinden. Een deel van de cliënten was feitelijk dakloos en zocht een stabiele plek om te slapen, wonen en te leven. Zij beschikten niet over een netwerk dat hen kon opvangen, bijvoorbeeld omdat familie van de cliënt in het buitenland woonde, of omdat er problemen waren binnen het gezin. Zo beschreef een van de cliënten een ruzie met zijn ouders omdat de politie was binnengevallen. Dit was de aanleiding voor zijn ouders om niets meer met hem te maken te willen hebben. Daarnaast zijn er cliënten die in hun directe leefomgeving teveel bedreigingen zien (bijvoorbeeld in de vorm van foute vrienden) die zij willen ontlopen, en die daarom willen verhuizen. Op een nieuwe plek zouden zij opnieuw willen beginnen, omdat het volgens hen in Amsterdam onmogelijk is nog een “gewoon” leven te kunnen beginnen.

Een ander deel van deze cliënten had ten tijde van de screening de beschikking over stabiele huisvesting, maar woonde daar niet zelfstandig (bijvoorbeeld – al dan niet met vriendin/kind - bij (schoon)familie). Vaak zijn er spanningen ten gevolge van het criminele gedrag van de jongere, of als gevolg van andere problemen binnen het gezin die leiden tot conflicten. Cliënten uitte de behoefte aan meer privacy. Ook deze groep werd al belicht in de vorige paragraaf.

Een kleiner maar nog steeds aanzienlijk deel van de groep cliënten die zelf een hulpvraag stelde wilde ondersteuning bij verslavingsproblematiek (18%), of bij psychische klachten/veranderen van gedrag (16%). Slechts weinig cliënten wilden hulp op het domein justitie. Als men een behoefte signaleerde, ging het meestal om de wens met rust gelaten te worden door de politie. Een enkeling gaf aan zijn relatie met de politie te willen verbeteren. Geen van de gescreende personen had een hulpvraag op het terrein van Gezinsrelaties of ADL. Slechts één persoon noemde tijdens het gesprek dat hij behoefte had om actief deel te nemen aan de maatschappij en wilde hier ondersteuning bij.

Opvallend is tenslotte het aantal mannen (N=11) dat tijdens de screening spontaan aangaf behoefte te hebben aan meer persoonlijke begeleiding bij het organiseren van met name praktische zaken (“Ik vind het jammer dat ik het zelf niet kan regelen, ik weet dat ik daarbij steun moet krijgen”; “zonder *samen doen* gaat het niet werken, omdat er zoveel is dat ik nog niet weet of kan”). Enkele cliënten geven aan dat zij weliswaar begeleiding krijgen, maar in de huidige vorm wordt daarbij teveel zelfstandigheid geëist. Persoonlijke begeleiding zou volgens hen de volgende kenmerken moeten hebben:

- helpen met het regelen van praktische zaken (samen doen),
- meegaan naar belangrijke gesprekken,
- bewaken dat er een dagelijkse routine, ritme is,
- zorgen voor overzicht,
- zorgen voor inzicht in wat hij wil doen in zijn leven met werk,
- stevig in zijn / haar schoenen staan. Iemand die cliënt goed kan motiveren,
- regelmatig gesprekken hebben met de cliënt over hoe de dag/week verliep.

4 Achtergrondstudie: dossieronderzoek

Een grote deel van cliënten uit de Top 600 had in het verleden contact met verschillende vormen van (jeugd)hulpverlening. De meeste cliënten die op de Top 600 lijst staan hebben dus vaak al een uitgebreid dossier met daarin informatie uit psychologische en psychiatrische onderzoeken. Vanuit de GGD Amsterdam worden dossiers bij Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam (BJAA) of, als er sprake was van (lichte) verstandelijke beperkingen, de William Schrikker Groep (WSG)⁴ geanonimiseerd en geschikt gemaakt voor wetenschappelijk onderzoek. Het doel van dit onderzoek is zicht te krijgen op de achtergrond van problemen van cliënten die in de Top 600 zitten, en een beschrijving te geven van de vele risico- en beschermingsfactoren die vaak reeds op jonge leeftijd zichtbaar waren.

Het dossieronderzoek wordt uitgevoerd door twee onderzoekers van de GGD Amsterdam en twee stagiairs. De informatie uit de dossiers van cliënten die nodig is voor profilering van de doelgroep wordt door hen gestructureerd aan de hand van het Forensisch Profiel Justitiële Jeugdigen (FPJ). Dit is een instrument dat ontwikkeld is door de Dienst Justitiële Inrichtingen (Ministerie van Justitie), met als doel de dossiers van jongeren met een PIJ-maatregel ("jeugd-TBS") objectief en betrouwbaar te analyseren. Zodoende bestaat de mogelijkheid om de Top 600 te vergelijken met de relatief zware groep van PIJ-jongeren. Tot en met april 2012 werden de dossiers van 142 jongeren uit de Top 600 gescoord met behulp van de FPJ. Hiervan waren er 60 reeds gescreend door de GGD (42%). In tabel 5 is te zien van welke maatregelen een notitie werd teruggevonden in de bewuste dossiers. Het betreft hier tussentijdse resultaten; in het te verschijnen rapport (najaar 2012) zullen ruim 200 dossiers worden geanalyseerd.

Tabel 5. Overzicht maatregelen onderzochte dossiers Top 600

	Alle cliënten N=142 (%)	Reeds gescreend N=60 (%)	Overige cliënten N=82 (%)
<i>Maatregel</i>			
MHS	84.5	81.7	88.3
OTS	43.7	43.9	43.3
T&B	35.9	34.1	38.3
GBM	5.6	6.1	5.0
PIJ	2.1	2.4	1.7
vOTS	5.6	3.7	8.3
<i>Straf</i>			
(Jeugd)detentie	49.3	51.2	46.7
Taakstraf	38.7	45.1	30.0
HALT	37.3	39.0	35.0
Nachtdet	2.8	2.4	3.3
<i>Begeleiding</i>			
NP	56.3	56.1	56.7
ITB	32.4	24.4	43.3
ITBcriem	20.4	19.5	21.7
BOPPI	7.0	7.3	6.7
<i>Therapie & training</i>			
So Va	33.1	32.9	33.3
FFT/MST	26.1	25.6	26.7
So Va	33.1	32.9	33.3
Agr.tr	15.1	15.9	15.0
<i>Overige</i>	60.6	62.2	58.3

MHS= maatregel hulp en steun; (v)OTS = (voorwaardelijke) ondertoezichtstelling; T&B = toezicht en begeleiding; GBM = Gedrags Beïnvloedende Maatregel; PIJ = Plaatsing in een Inrichting voor Jeugdigen; Nachtdet = nachtdetentie; NP = Nieuwe

⁴ De William Schrikker Groep (WSG) is een landelijk werkende instelling voor jeugdbescherming, jeugdreclassering en pleegzorg. De WSG is gespecialiseerd in de begeleiding van kinderen met een beperking of chronische ziekte, maar ook kinderen van ouders met een beperking.

Perspectieven; ITB = individuele traject begeleiding; SoVa = Sociale Vaardigheids-training; FFT = Functional Family Therapy; MST = Multi-Systeem Therapie; Agr.tr = agressieregulatietraining.

In een meerderheid van de gevallen is een Maatregel Hulp en Steun uitgeschreven, en is het programma Nieuwe Perspectieven in beeld geweest. Bijna de helft van de cliënten in het dossieronderzoek heeft een periode van (jeugd)detentie ondergaan. Uit de percentages in tabel 5 is verder af te leiden dat in de meeste gevallen meerdere maatregelen per cliënt werden geconstateerd⁵. Let op: uit deze resultaten mogen geen conclusies worden getrokken ten aanzien van de effectiviteit van hulpverlening in het verleden. Hierna volgt een overzicht van de eerste resultaten van het dossieronderzoek naar de Top 600 cliënten (tabel 6). Voor een toelichting op de tabel verwijzen we naar de leeswijzer (zie kader)

Kader: leeswijzer bij tabel 6 (dossieronderzoek)

Tabel 6 bevat de voorlopige resultaten van het lopende dossieronderzoek naar de achtergronden van probleemgedrag van de Top600. In de tabel wordt een onderscheid gemaakt tussen de groep cliënten die zowel van het dossieronderzoek als de screening deel uitmaakte (eerste reeks van drie kolommen), en de totale groep van wie de dossiers werden bestudeerd (tweede reeks kolommen). Waar mogelijke worden de resultaten afgezet tegen de gegevens van jongeren met een PIJ-maatregel ("jeugd-TBS"; laatste reeks kolommen).

De tabel bevat zowel gemiddelde waarden als percentages. Voor een exacte omschrijving van de betekenis van de gebruikte ijkpunten moeten we de lezer verwijzen naar de handleiding van de FPJ. Hierna geven we twee voorbeelden.

Historie Crimineel Gedrag: geweldsdelict

Items in dit domein geven o.a. een indicatie van het type delict (vermogen, geweld, seksueel, brandstichting). De waarde 0 wordt toegekend aan een dossier als er geen aanwijzingen voor een type delict werden aangetroffen in het dossier. De betekenis van overige waarden verschilt per delicttype. Voor geweldsdelicten wordt de volgende codering toegepast:

- 1 = materiële schade,
- 2 = bedreiging met geweld/gevaar leven bij brandstichting,
- 3 = lichamelijk letsel (niet dodelijk),
- 4 = dodelijke afloop.

Voor de totale groep ligt het gemiddelde voor geweldsdelicten op 2.64, wat niet verwonderlijk is gezien de selectie van cliënten op zogenaamde *High Impact Crimes*.

Consistentie van opvoeding

Van de totale groep Top600 werd bepaald dat bij 2.1% het dossier onvoldoende informatie bevatte om te komen tot een score op dit item. Van overige cliënten was wel voldoende informatie beschikbaar. Van hen was bij 33.8% sprake van een matig probleem. Volgens de FPJ betekent een matig probleem dat ouders inconsistent zijn met regels en/of zelf foute voorbeelden geven door bijvoorbeeld regels te overtreden. Bij 59.7% van de groep was sprake van een ernstig probleem, wat aangeeft dat ouders zeer inconsistent zijn met regels, en/of zelf veel foute voorbeelden geven (waaronder ruzies tussen ouders) of kind wordt afwisselend verwend en dan lang verwaarloosd.

⁵ Op het peilmoment (april 2012) was nog niet van alle cliënten een overzicht van alle maatregelen beschikbaar. Het werkelijke aantal maatregelen zal dus hoger liggen. Dit geldt met name voor OTS.

Tabel 6. Kenmerken van de Top 600 op basis van het dossieronderzoek bij Bureau Jeugdzorg

Dossier afkomstig van...	Top 600 Reeds gescreend door GGD (N = 60)			Top 600 Alle met FPJ gescoord (N = 142)			Jongeren met PIJ-maatregel*			
	% BJAA	% WSG	% missing	% BJAA	% WSG	% missing	-	-	-	-
	70.2	29.8	5.0	65.0	35.0	3.5				
Historie Crimineel Gedrag	min-max	gemiddelde	% missing	min-max	gemiddelde	% missing	N totaal	min-max	gemiddelde	% missing
1. Delictcomponenten										
ooit vermogensdelict	0-1	0.91	8.3	0-1	0.95	7.3	962	0-1	0.83	18
ooit geweldsdelict	0-4	2.64	11.7	0-4	2.71	9.8	960	0-4	2.53	19
ooit seksueel delict	0-3	0.11	8.3	0-3	0.19	12.2	942	0-3	0.34	20
ooit brandstichting	0-1	0.19	5.0	0-1	0.13	7.3	963	0-1	0.20	18
2. Leeftijd eerste crimineel <i>niet</i> -gewelddadig gedrag	8-16	12.6	13.3	8-17	13.0	9.8	930	5-19	12.85	21
3. Leeftijd eerste gewelddadig gedrag	11-17	14.1	20.0	8-18	14.1	13.4	1083	6-19	14.10	8
4. Delicten hoofdzakelijk solo (0) of in groep (1)	0-1	0.75	26.7	0-1	0.75	22.0	-			
Opvoeding & Milieu	% matig/ja	% ernstig	% missing	% matig/ja	% ernstig	% missing	N totaal	% matig/ja	% ernstig	% missing
5. Uithuisplaatsingen door gedrag jongere	22.0	n.v.t.	1.7	20.6	n.v.t.	.7	953	28	n.v.t.	19
6. Uithuisplaatsingen door gedrag opvoeder	6.8	n.v.t.	1.7	7.1	n.v.t.	.7	952	0	n.v.t.	19
7. Aanvang probleemgedrag in jeugd	51.7	48.3	3.3	53.6	45.7	2.8	1161	40	55	2
8. Aanwezigheid / bereikbaarheid opvoeders	51.7	25.0	0.0	49.6	21.3	.7	1173	47	27	1
9. Adoptieproblematiek	0.0	0.0	0.0	.7	0.0	.7	962	2	3	18
10. Afwijzing door leeftijdgenoten	26.4	3.8	11.7	25.2	8.4	7.7	1049	28	15	11
11. Consistentie van opvoeding	34.5	58.6	3.3	33.8	59.7	2.1	1158	45	46	2
12. Coöperatief gedrag – problemen autoriteit	46.4	41.1	6.7	43.4	41.9	4.2	1167	29	50	1
13. Oriëntatie op crimineel milieu	60.0	36.4	8.3	45.6	50.7	4.2	1150	43	35	3
14. Criminaliteit ouders / andere gezinsleden	12.5	50.0	6.7	16.9	44.1	4.2	1047	14	25	11
15. Mishandeling door opvoeder	24.5	24.5	18.3	20.8	24.0	12.0	897	10	29	24
16. Mishandeling door ander	8.8	7.0	5.0	14.6	4.4	3.5	910	11	9	23
17. Verwaarlozing door opvoeder	31.0	5.2	3.3	22.8	9.6	4.2	1159	43	28	2
18. Geweld in gezin	9.8	36.6	31.7	11.7	29.1	27.5	984	14	26	17
19. Eerdere hulpverleningscontacten	10.0	88.3	-	14.2	83.0	.7	1173	17	72	1
20. Abnormale gezinssituatie	20.7	29.3	3.3	25.9	24.5	2.1	947	25	12	20
21. Escalerende gezinssituatie (recent, acuut)	11.1	8.9	25.0	13.4	8.9	21.1	954	4	2	19
22. Slechte binding met school (of werk)	23.7	61.0	1.7	18.0	67.6	2.1	1144	21	56	3
23. Verslavingsproblematiek ouders	10.9	16.4	8.3	6.8	10.5	6.3	1038	14	17	12
24. Psychiatrische problematiek ouders	19.6	9.8	15.0	18.3	8.7	11.3	992	14	13	16
25. Somatische problematiek van de ouders	40.5	n.v.t.	30.0	53.2	n.v.t.	21.8	-	-	-	-
26. Leerproblemen	29.3	5.2	3.3	27.0	8.8	3.5	1133	33	16	4
27. Dreiging om in de prostitutie te belanden	1.7	0.0	0.0	.7	0	1.4	957	1	1	19
28. Ontvluchten/onttrekken toezicht	74.6	6.8	1.7	75.2	6.6	3.5	-	-	-	-

Tabel 6 (Vervolg)

	Top 600 Reeds gescreend door GGD (N = 60)			Top 600 Alle met FPJ gescoord (N = 142)			Jongeren met PIJ-maatregel*			
	% matig/ja	% ernstig	% missing	% matig/ja	% ernstig	% missing	N totaal	% matig/ja	% ernstig	% missing
Psychologie & Functies										
29. Empathische vermogens	53.7	33.3	10.0	62.1	28.0	7.0	1164	42	56	1
30. Gewetensfuncties	60.7	39.3	6.7	60.9	38.3	6.3	1168	46	53	1
31. Ik-sterkte	42.1	42.1	5.0	44.9	41.9	4.2	1160	33	56	2
32. Impulscontrole (historisch)	46.4	39.3	6.7	39.4	44.7	7.0	1163	35	54	1
33. Probleembesef / Probleeminzicht	48.1	51.9	10.0	50.0	47.7	8.5	1158	40	58	2
34. Intelligentie: IQ	<i>min-max</i>	<i>Gemiddelde</i>		<i>min-max</i>	<i>Gemiddelde</i>			<i>min-max</i>	<i>gemiddelde</i>	
<i>Totaal IQ</i>	56-121	80.5	28.3	51-121	80.1	26.1	955	48-140	89.5	19
<i>Verbaal IQ</i>	56-104	80.0	48.3	53-104	79.7	47.2	594	49-128	84.0	50
<i>Performaal IQ</i>	55-108	80.8	46.7	53-108	81.1	47.2	594	48-147	92.0	50
Psychiatrie & Stoornissen										
35. Verslavingsproblematiek:										
<i>Gokken</i>	0.0	0.0	6.7	0.8	0.8	7.0	1043	7	2	12
<i>Alcohol</i>	22.6	3.8	11.7	21.4	4.0	11.3	1083	25	8	8
<i>Drugs</i>	64.9	10.5	5.0	56.8	11.4	7.0	1121	30	34	5
36. ADHD	19.0	8.6	3.3	14.7	7.4	4.2	1170	18	13	1
37. Angst	7.1	1.8	6.7	8.3	1.5	6.3	1169	14	3	1
38. Depressie (afgelopen jaar)	9.6	0.0	13.3	12.0	0.0	12.0	1168	21	5	1
39. Hersenorganische stoornissen	7.7	0.0	13.3	4.8	0.0	11.3	1097	18	3	7
40. Persoonlijkheidstrekken type B	29.5	36.4	26.7	34.8	42.0	21.1	1174	27	61	1
41. Agressie, blijvende woede	1.8	0.0	6.7	4.5	0.0	5.6	1168	12	3	1
42. Autisme problematiek	0.0	0.0	6.7	0.7	0.0	5.6	1172	6	7	1
43. Psychotische symptomen	3.5	0.0	5.0	2.2	3.7	4.9	1169	9	4	1
44. Sadisme	0.0	0.0	3.3	2.9	0.7	3.5	1160	7	2	2

*Referentiemateriaal PIJ-jongeren (Plaatsing in een Inrichting voor Jeugdigen) afgeleid uit: Brand E., van Heerde W. De Handleiding FPJ (Forensisch Profiel Justitiële Jeugdigen). Den Haag, DJI, 2010.

In totaal zijn 142 dossiers bij Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam (BJAA) of de William Schrikker Groep (WSG) gescoord aan de hand van de FPJ. Van deze groep van 142 cliënten werden er reeds 60 gescreend door de GGD. Zowel in de dossiers van gescreende cliënten in het dossieronderzoek als in de totale groep was ongeveer twee derde van alle dossiers afkomstig van BJAA. Een derde (35.0 %) van de steekproef was afkomstig van de WSG.⁶

Historie van crimineel gedrag.

Top 600 cliënten zijn gemiddeld 13 jaar oud wanneer zij voor het eerst, door niet-gewelddadig gedragingen (winkeldiefstal, inbraak, vandalisme), in aanraking komen met de politie. Niet veel later, gemiddeld zijn zij dan 14 jaar oud, volgen de eerste politiecontacten in verband met gewelddadig delictgedrag. Het geweld is hoofdzakelijk instrumenteel en wordt toegepast ter ondersteuning van het plegen van vermogensdelicten. Hierbij worden verbale (doods-)bedreigingen geuit, al dan niet met ondersteuning van een wapen. In ongeveer driekwart van deze delicten leidt dit tot het toebrengen van lichamelijk letsel aan het slachtoffer. Driekwart van de Top 600 cliënten pleegt hun delicten voornamelijk in groepsverband.

Opvoeding en milieu

Cliënten uit de Top 600 hebben vrijwel allemaal gemeen dat de door hun vertoonde gedragsproblemen zich reeds op jonge leeftijd manifesteren. De FPJ maakt onderscheid tussen de aanvang van probleemgedrag vóór en na het twaalfde levensjaar. Gedragsproblematiek voor het twaalfde jaar wordt als ernstiger beschouwd en kan een indicatie zijn voor verder geïnternaliseerd probleemgedrag. Een aanzienlijk aantal Top 600 cliënten (46%) vertoont al voor 12 jaar probleemgedrag. In veel gevallen heeft dit geleid tot overplaatsingen naar speciaal onderwijs (ZMOK). Probleemgedrag dat plaats vindt na de overgang van de basisschool naar de middelbare school wordt gezien bij 54% van de cliënten.

Over specifieke oorzaken van dit gedrag kunnen geen uitspraken worden gedaan. Wel blijkt uit de tot nu toe gescoorde dossiers dat veel van de Top 600 cliënten zijn opgegroeid in problematische thuissituaties. In de dossiers aangetroffen risicofactoren zijn divers, maar veelal terug te brengen tot het 'paraplubegrip' pedagogische onmacht van de ouders/opvoeders. De meest voorkomende van risicofactoren die hieronder vallen zijn problemen met de aanwezigheid / bereikbaarheid van de ouders en inconsistentie van de opvoeding. Deze worden kort besproken.

Een probleem met de aanwezigheid / bereikbaarheid van de opvoeders (door scheiding, overlijden ouder etc.) is in ongeveer driekwart van de gevallen geconstateerd. Bij ongeveer een kwart was dit zo ernstig dat er gesproken werd van chronische (affectieve en/of emotionele) verwaarlozing. Hiernaast is iets meer dan 90% van de cliënten opgevoed door pedagogisch onmachtige ouders. Bij de helft van de cliënten is dit zelfs als ernstig gekwalificeerd. Kenmerken hiervan zijn, naast onmacht, helemaal niet (goed) willen opvoeden en het vertonen van fout voorbeeldgedrag. Een aantal concrete risicofactoren van pedagogisch onmacht, mishandeling door opvoeder (45%) en verwaarlozing (pedagogisch en affectief; 31%) zijn vaak aangetroffen. Bij 10% is de mishandeling als ernstig aangemerkt omdat deze over een periode (chronisch) heeft plaatsgevonden. Circa een derde van de cliënten is zelf getuige geweest van ernstig of herhaald fysiek geweld tussen de opvoeders. Ongeveer de helft van de gezinnen wordt als 'abnormaal' aangemerkt. De gezagsverhoudingen / hiërarchie in deze gezinnen zijn verstoord en in een aantal gevallen (25%) is dat zelfs zo ernstig dat gesproken werd van parentificatie ('rolomdraaiing'). Dat laatste wil zeggen dat de cliënt (en niet de ouders/verzorgers) verantwoordelijk leek voor de zorgtaken, en ouders/broertjes/zusjes verzorgde.

Ook het milieu waarin de cliënten zijn opgegroeid wordt gekenmerkt door veel problematiek. Zo komt meer dan 60% van de cliënten uit een gezin met criminele gezinsleden. Bij 44% is dit als een ernstige

⁶ Ca. 20 cliënten die onderdeel waren van het dossieronderzoek en in begeleiding waren bij de WSG werden ook gescreend door de GGD. Begeleiding door de WSG is een indicatie dat bij deze groep cliënten verstandelijke beperkingen aan de orde waren/zijn. Op een enkele uitzondering na werd deze verstandelijke beperkingen ook tijdens de screening van de GGD opgemerkt.

risicofactor aangemerkt omdat meerdere gezinsleden antecedenten hadden en/of een gezinslid een delict heeft gepleegd waarvoor hij/zij gedetineerd is geweest. In een aantal gevallen blijken deze politieantecedenten voort te komen uit huiselijk geweldincidenten. Ook psychiatrische (27%) en lichamelijke (53%) problematiek bij ouders/opvoeders wordt veel gezien. Beiden zijn van negatieve invloed op de aanwezigheid van de ouders/ opvoeder in de opvoeding (deze zijn immers veelal met zichzelf bezig). Bovendien is er soms sprake van een biologische (erfelijke) component van psychiatrische problematiek. Verslavingsproblematiek van de ouders is in totaal bij 17% gevonden.

De FPJ maakt daarnaast onderscheid tussen een aantal risicofactoren die inherent aan het gedrag van de jongere zelf worden toegeschreven. Zo wordt in totaal bij 85% problemen met gezag / autoriteit vastgesteld. Bij iets meer dan 40% is dit ernstig omdat het gezag op meerdere domeinen (thuis, op school en/of politie) niet wordt geaccepteerd. Vrijwel alle cliënten zijn in meer of mindere mate op het criminele milieu georiënteerd. Deze oriëntatie is hoofdzakelijk geënt op het doorbrengen van (vrije) tijd met vrienden / kennissen die ook in aanraking komen met politie en justitie. De helft van de Top 600 cliënten voelt zich sterk aangetrokken door criminele jongeren (dit uit zich in gedrag) en wordt ook door de politie tot lid van criminele jeugdgroepen gerekend. Vaak gaat dit ten koste van de schoolgang. Bij 86% van de cliënten zijn problemen met de binding met school. Tweederde heeft zoveel verzuim op zijn naam staan dat dit verzuimgedrag heeft geleid tot schorsing of vroegtijdig schoolverlaten.

Het veelvuldig voorkomen van problematiek in opvoeding en milieu heeft geleid tot veelvuldige contacten met de hulpverlening. Vrijwel alle Top 600 cliënten (97%) uit het dossieronderzoek – en dus bekend bij jeugdzorg - hebben langdurige hulpverleningscontacten⁷. Terugkerende factor in de dossiers is het gegeven dat jeugdhulpverleners en medewerkers van de reclassering over het algemeen veel moeite hebben de cliënten te begeleiden. Verschillende maatregelen en trajecten (taakstraffen, Nieuwe Perspectieven etc.) mislukken en worden ‘teruggemeld’ omdat ruim 80% van deze cliënten zich niet aan afspraken met de jeugdzorg / jeugdreclassering houdt. Van iets minder dan de helft (44%) van de cliënten was de opgroeisituatie dermate zorgwekkend en problematisch dat zij onder toezicht zijn gesteld. Van ongeveer één op de vijf cliënten is het probleemgedrag zo ernstig dat dit heeft geleid tot een uithuisplaatsing.

Psychologie en functies

Het domein psychologie en functies in de FPJ bestaat uit een aantal risicofactoren die voortkomen, zoals in veel psychiatrische onderzoeken valt terug te lezen, uit een gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens. Deze kenmerkt zich in totaal bij 88% van de cliënten door een gebrek aan empathische vermogens, bij 28% is dit ernstig (meldingen van egocentrisme en emotionele ‘hardheid’). De gewetensfuncties worden vaak omschreven als ‘lacunair’ of afwezig. Het besef van wetten en regels is bij 61% van de cliënten nog wel aanwezig, maar desondanks overtreden zij deze toch, vaak (mede) door groepsdruk. Hiernaast heeft 38% een ernstig verstoorde gewetensfunctie, zij zijn berekenend en manipulatief en wijzen verantwoordelijkheid voor de door hun gepleegde delicten af. Zoals reeds eerder beschreven, blijkt uit de delictgeschiedenis dat ongeveer een kwart van de cliënten zijn delicten hoofdzakelijk in groepsverband pleegt. Dit wordt ondersteund door het gegeven dat een onvoldoende ontwikkeld ‘ik-sterkte’ (het hebben van een eigen identiteit en wil, mate van beïnvloedbaarheid) bij 42% als ernstige risicofactor wordt bevonden. Dit zijn jongens die niet bestand zijn tegen groepsdruk en het zou een uiting kunnen zijn van achterliggende LVB problematiek. Een gebrekkig functionerend geweten en een gebrek aan probleembesef / probleeminzicht kunnen een (mede) verklaring zijn voor gebrekkige behandelmotivatie en recidive. Uit de dossiers blijkt dat vrijwel alle Top 600 cliënten onvoldoende probleembesef of probleeminzicht hebben. Voor bijna de helft van hen wordt dit als ernstig bevonden omdat het hen volledig ontbeert aan zowel besef als inzicht. Dit heeft vrijwel zeker consequenties voor de motivatie van cliënten voor behandeling; deze

⁷ Let wel: van de totale groep Top 600 (zoals bij de start van het dossieronderzoek vastgesteld) was 51.6% bekend bij BJAA en 14.6% bij WSG (totaal 66.2%). Uit het dossieronderzoek bleek vervolgens dat naar schatting 97% van hen langdurige hulpverleningscontacten had.

zal in veel gevallen afwezig zijn, wat (deels) de slechte relatie van cliënten met jeugdhulpverlening kan verklaren. Het gebrek aan probleembesef en –inzicht, en daarmee motivatie voor behandeling - wordt vaak gezien bij forensisch psychiatrische patiënten. Het motiveren van cliënten is daarom in veel gevallen een doel op zich, en zou voor deze groep eigenlijk geen voorwaarde mogen zijn om hen wel/niet in behandeling te nemen.

Psychiatrie en stoornissen

Alcohol speelt een bescheiden rol in deze doelgroep. Ook gebruik van harddrugs lijkt niet veel voor te komen. Verdere analyse kan eventueel duidelijk maken of er verschillende groepen ('junks', APV-veelplegers) zijn te onderscheiden. Cannabisgebruik komt in deze groep zeer vaak voor. Bij ruim tweederde van de cliënten is sprake van cannabisgebruik. Van de 11% bij wie drugsgebruik als ernstige risicofactor wordt bevonden is dit hoofdzakelijk toe te schrijven aan overmatig blowen, zo overmatig dat er vanuit verschillende hoeken alarmbellen worden gerinkeld. Het IQ is gemiddeld laag (tussen 'beneden gemiddeld' en 'laag / zwakbegaafd'). Ook valt op dat het totaal IQ gemiddeld 10 punten lager is dan het gemiddelde IQ van de PIJ jongeren. Mogelijk speelt hier een bias door cultuur⁸.

As I problematiek (klinische stoornissen) worden niet veel aangetroffen. ADHD vormt daar een uitzondering op. Vaak worden vermoedens van de aanwezigheid van ADHD wel uitgesproken. Officiële ADHD diagnoses zijn dunner gezaaid. In 7% van de dossiers is een diagnose door een psychiater teruggevonden, of wordt gesproken over het gebruik van ADHD medicatie (Ritalin, Concerta (in hoge dosis)) dat in de FPJ een indicatie is voor een ernstige risicofactor.

As II problematiek (persoonlijkheidsstoornissen en zwakzinnigheid) wordt veel gezien. Met name de antisociale persoonlijkheidsstoornis (ernstig) wordt vaak gediagnosticeerd (42%), waarbij deze in een aantal gevallen zo ernstig is dat de toevoeging 'met trekken van psychopathie' wordt gedaan. Wel valt op dat de prevalentie van antisociale persoonlijkheidstrekken aanzienlijk lager is dan onder de PIJ jongeren. Dit wordt wellicht bevestigd door het gegeven dat slechts een kleine 3% van de Top 600 cliënten een PIJ-maatregel opgelegd heeft gekregen.

⁸ Onderzoek heeft uitgewezen dat migranten en mensen uit niet-westerse culturen gemiddeld vaak lager scoren op een standaard IQ test dan autochtonen. Kennis van het Nederlands blijkt een belangrijke factor om te verklaren waarom bepaalde allochtonen slechter scoren. Daarnaast speelt een lager opleidingsniveau waarschijnlijk een rol. In de handleiding van een van de bekendste - en sterk verbaal gerichte toetsen - in het veld (de Wechsler intelligentie test) wordt daarom opgemerkt dat een lagere score voor allochtone cliënten niet noodzakelijkerwijs betekent dat het intellectuele niveau laag is.

5. Samenvatting en conclusie

Deze rapportage biedt inzicht in de eerste resultaten van de sociaalpsychiatrische screening die de GGD Amsterdam uitvoert in het kader van de Top 600 aanpak. Tot en met maart 2012 werden 151 personen gescreend, wat neerkomt op een respons van ruim 70%. Dat is veel, zeker wanneer men bedenkt dat ook mensen deelnemen die eerder hun medewerking met vergelijkbare onderzoeken weigerden. Van 120 personen waren op peildatum (april 2012) de resultaten uit de screening vastgelegd in een verslag, zodat deze konden worden geanalyseerd. Van hen bleek 45% ten tijde van de screening gedetineerd; nog eens 35% bevond zich in voorlopige hechtenis.

Bij meer dan 80% van alle geanalyseerde screenings kon een voorlopige psychiatrische diagnose worden gesteld. Daarbij stonden verstandelijke beperkingen en persoonlijkheidsstoornissen (vaak in combinatie met een andere psychiatrische aandoeningen) op de voorgrond. Eenduidige/enkelvoudige klinische (d.w.z. 'behandelbare') psychiatrische aandoeningen zoals depressie, PTSS of schizofrenie werden betrekkelijk weinig gediagnosticeerd. Verstandelijke beperkingen en persoonlijkheidsstoornissen hebben met elkaar gemeen dat ze vaak moeilijk te behandelen zijn. Toch is het belangrijk om zicht te hebben op deze problemen, omdat het pathologie betreft waarbij vaak extra begeleiding nodig is en waarbij de pathologie de begeleiding kan frustreren/bemoeilijken, zeker wanneer zij niet wordt onderkend. Zo kan in het algemeen gesteld worden dat de begeleiding van mensen met een LVB intensiever is, en dat interventies gericht op het terugdringen van criminaliteit onder verstandelijk beperkten bij voorkeur voldoen aan specifieke voorwaarden [26]. Echter, ondanks dat bij een grote groep van de Top 600 een verstandelijke beperking werd aangetroffen, bleek een minstens even groot deel niet verstandelijk beperkt te zijn. Dit is belangrijk, omdat in de groep zonder verstandelijke beperkingen meer mag worden verwacht van behandeling.

De screening richt zich ook op andere domeinen dan psychiatrische aandoeningen waarop begeleiding en ondersteuning nodig zijn. De GGD schat op basis van een inventarisatie met de Zelfredzaamheid-Matrix dat 46% van de Top 600 behoefte heeft aan hulp op het gebied van inkomen (bijv. schuldhulpverlening), en ca. 33% baat zou hebben bij ondersteuning op het domein huisvesting. De grootste groep echter (49%) lijkt gebaat bij ondersteuning op het gebied van dagbesteding (opleiding, arbeid, participatie). Een groot deel van deze cliënten lijkt zonder begeleiding in staat een vorm van dagbesteding te realiseren. Belangrijke aanwijzingen hiervoor zijn dat cliënten in het verleden hebben laten zien in staat te zijn tot arbeid/studie, en/of omdat de screening geen aanwijzingen opleverde voor complicerende factoren. Voorbeelden van complicerende factoren zijn middelenmisbruik/-afhankelijkheid, het beperkt in staat zijn tot gedragsverandering op grond van intelligentie en/of een psychiatrisch ziektebeeld. In totaal gaat het om een groep van ruim 20 procent. Voor een derde van de Top 600 lijkt een leer/werk traject passende dagbesteding, terwijl participatie (bijv. vrijwilligerswerk) werd genoemd voor een vijfde van de Top 600. Bij hen spelen complicerende factoren wel een rol. Met de juiste begeleiding zal het aantal cliënten met een dagbesteding in de toekomst ongetwijfeld toenemen.

Meer dan de helft van de meest kwetsbare groep zou volgens de screening baat hebben bij (langdurige) vormen van begeleiding. Kenmerken van de groep helpen verklaren waarom; tenminste 15-20% van cliënten die het minst zelfredzaam zijn op het gebied van Dagbesteding, Inkomen of Huisvesting, heeft een verstandelijke beperking. Bij 50-60% van deze cliënten worden signalen van problematisch middelengebruik vastgesteld. De aanwezigheid van deze problemen onderbouwen de bevinding dat er in deze doelgroep een intensievere vorm van begeleiding nodig is, en dat men slechts in beperkte mate leerbaar is. Hoe lang deze begeleiding precies nodig is wordt op basis van de screening lang niet altijd duidelijk. Wel weten we zeker dat Top 600 cliënten met een verstandelijke beperking baat hebben bij permanente ondersteuning omdat zij vanwege hun cognitieve beperkingen blijvend kwetsbaar zijn voor het (opnieuw) ontwikkelen crimineel gedrag.

In het kader van een dossieronderzoek naar de achtergronden van problematiek in de Top 600 werden meer dan 140 dossiers van cliënten onderzocht. Dit gebeurde in samenwerking met Bureau Jeugdzorg

en de William Schrikker Groep. De resultaten uit het dossieronderzoek maken een aantal dingen duidelijk.

1. Allereerst laten ze zien dat de Top 600 bestaat uit cliënten met een zeer belast verleden; cliënten hadden in hun jeugd vaak, vroeg en veel problemen. Bij ruim 45 procent waren signalen van ernstig probleemgedrag duidelijk zichtbaar voor het 12^{de} levensjaar. De gemiddelde leeftijd van het eerste criminele niet-gewelddadige gedrag is 13 jaar (26% was jonger dan 12 jaar), en de gemiddelde leeftijd van het eerste gewelddadige gedrag is 14 jaar (8% jonger dan 12 jaar). Dit onderstreept het grote belang van preventie en (dus) Pijler 3.
2. Ten tweede valt de enorme variatie van risicofactoren op. Cliënten zijn kwetsbaar bijvoorbeeld vanwege een laaggemiddelde intelligentie, beperkte probleemoplossingvaardigheden, een hoge mate van beïnvloedbaarheid, problemen binnen het gezinsproblemen en gebrekkige steun van de ouders. De aanwezigheid van al deze risicofactoren horen de keuze voor een bepaalde interventie te beïnvloeden, zodat duidelijk mag zijn waarom een universele ('one-size-fits-all') aanpak voor de Top 600 niet aan de orde is. Naarmate meer risicofactoren een rol spelen - zoals ook bleek uit de analyse op basis van de Zelfredzaamheid-Matrix - zullen zwaardere maar ook op meerdere contexten gerichte interventies nodig zijn voor het terugdringen van antisociaal gedrag [2]. De kans op succes bij een willekeurige interventie wordt namelijk klein geacht zo lang de context van cliënten niet ook (mee) verandert. Diverse studies hebben laten zien dat factoren als slechte behuizing of het wonen in een gevaarlijke buurt bevorderen dat mensen in oude patronen vervallen. Beperken we ons tot de resultaten van het dossieronderzoek, dan zien we bijvoorbeeld dat zeker 50% van de Top 600 sterk gericht is op en zich identificeert met het criminele milieu, wat zich uit in een zeer beperkt sociaal netwerk dat vrijwel uitsluitend bestaat uit foute/andere criminele vrienden. Tekenend is ook het feit dat zeker de helft van alle cliënten in het dossieronderzoek een gezinslid heeft dat meerdere keren is veroordeeld, of meerdere veroordeelde gezinsleden, of een gezinslid(-leden) die werden veroordeeld voor een zwaar type delict.
3. Ten derde leert het dossieronderzoek hoe belangrijk het is om rekening te houden met (ervaringen met) hulpverlening aan cliënten in het verleden. We zien immers in het onderzoek dat het veelvuldig en op jonge leeftijd voorkomen van problematiek in de opvoeding en het milieu bij deze groep cliënten geleid heeft tot een groot aantal contacten met politie en hulpverlening. Vrijwel alle Top 600 cliënten (97%) uit het dossieronderzoek – en dus bekend bij jeugdzorg - hebben langdurige hulpverleningscontacten⁹. Ook valt de diversiteit aan hulpverlening op, waarbij geldt dat de meeste maatregelen zijn mislukt en 'teruggemeld'. Zo hield 80% van cliënten zich op enig moment niet aan afspraken met de jeugdreclassering. Factoren die hierbij een rol spelen zijn o.a. problemen met gezag / autoriteit (bij 85% vastgesteld) en volkomen afwezigheid van probleembesef of probleeminzicht (bij 50% vastgesteld).

Het dossieronderzoek geeft tenslotte een indruk van de groep Top 600 cliënten die nog niet is gescreend door de GGD. Beide groepen lijken immers sterk op elkaar qua risicoprofiel. Dat maakt het aannemelijker dat aanbevelingen die we baseren op de groep reeds gescreende cliënten ook relevant zullen zijn voor andere personen uit de Top 600.

Opvallend is dat niet alleen de GGD een zorg- en hulpbehoefte constateert bij de Top 600; het grootste deel van de gescreende groep formuleert zelf een hulpvraag tijdens het gesprek met de screeners. Zeventig procent van cliënten heeft tenminste één hulpvraag, die veelal geënt is op dagelijkse

⁹ Let wel: van de totale groep Top 600 (zoals bij de start van het dossieronderzoek vastgesteld) was 51.6% bekend bij BJAA en 14.6% bij WSG (totaal 66.2%). Uit het dossieronderzoek bleek vervolgens dat naar schatting 97% van hen langdurige hulpverleningscontacten had.

praktische problemen. Veel minder vaak zijn hulpvragen gericht op de onderliggende problematiek, zoals verstandelijke beperkingen, verslaving of andere psychiatrische problemen. In de meeste gevallen kunnen we dus stellen dat wat de cliënt zelf wil vaak niet het eerste is wat een clinicus voor deze cliënt nodig acht. Bij de begeleiding van deze cliënten is het de kunst om een brug te slaan tussen de hulpvraag van de cliënt en het behandelplan van de zorgverlener, en zodoende zorg en ondersteuning van de grond te krijgen. Met andere woorden het laten aansluiten van de behandeling bij de persoon. Dat is een lastige opgave bij een groep waarin vrijwel alle personen onvoldoende probleembesef of probleeminzicht hebben¹⁰. Uit onderzoek en de praktijk van hulpverlening weten we dat het ontbreken van probleembesef/inzicht vrijwel zeker consequenties heeft voor de motivatie van cliënten voor behandeling. Deze zal in veel gevallen afwezig zijn, wat (deels) de slechte relatie van cliënten met hulpverlening in het verleden verklaart. Het gebrek aan probleembesef en –inzicht, en daarmee motivatie voor behandeling - wordt vaak gezien bij forensisch psychiatrische patiënten. In de hulpverlening aan deze doelgroep is het motiveren van cliënten daarom in veel gevallen een doel op zich [28]. Als dat traject is afgelegd en afgerond is een van de belangrijkste doelen van de aanpak al bereikt.

Kader: Top 600 en hulpverlening

Indien op basis van de screening bij een Top 600 cliënt een zorg- of ondersteuningsbehoefte wordt vastgesteld, is het zaak dat een passend traject wordt ingezet. Op dit moment speelt het Stedelijk Indicatieoverleg een belangrijke rol in dit proces. In het Indicatieoverleg hebben verschillende Amsterdamse zorgpartners zeggenschap over het behandelaanbod en de zorgverwijzingen binnen de Top 600. Naast de GGD Amsterdam, nemen vertegenwoordigers van verschillende zorgpartners deel aan het indicatieoverleg, zoals de Bascule, het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie (NIFP), Inforsa, Arkin, Amsta, GGZ Ingeest, Jellinek Jeugd, Spirit, de Waag, PI Overamstel, de reclassering (zelfde als Inforsa) en stichting MEE. Daarnaast schuiven regelmatig nieuwe partners aan. Eens per twee weken komen alle partijen samen waarbij gemiddeld zes tot acht nieuwe casussen worden besproken en van een indicatie voorzien. Daarnaast worden casussen besproken die zijn behandeld in voorgaande bijeenkomsten, waarbij informatie wordt meegenomen over het behandelverloop, afkomstig van (één van) de interventiepleger(s), om zo de zorg aan de jongeren van de Top 600 te volgen. Tevens worden knelpunten in het verwijstraject besproken waarbij afspraken over de afhandeling worden gemaakt. Ook vindt er uitwisseling plaats over het beloop van de Top 600 aanpak waarbij opvattingen van het indicatieoverleg worden geïnventariseerd om elders in de Top 600 (Weegploeg) te worden besproken.

Van alle cliënten die tot april 2012 besproken werden in het Indicatieoverleg (N=66) laat een eerste inventarisatie zien dat een meerderheid (75%) zich op het moment van onderzoek in een traject leek te bevinden, of was een traject op dat moment in voorbereiding. Op basis van de huidige registraties zijn de mogelijkheden om te specificeren in welke specifieke zorg- en begeleidingstrajecten cliënten uit de Top 600 zich bevinden vooralsnog beperkt. De verwachting is dat dit kan zodra het voor de Top 600 aanpak ontwikkelde cliëntvolgsysteem "VEHAA" structureel en volledig gebruikt wordt door alle regisseurs. VEHAA stelt regisseurs namelijk in staat specifieke interventies te koppelen aan individuele cliënten, en op gezette tijden te evalueren hoe de uitvoering van deze trajecten vordert. Wanneer deze informatie systematisch wordt bijgehouden en centraal wordt geregistreerd kan ook voor de groep gescreende cliënten daadwerkelijk inzichtelijk gemaakt worden (i) welk type interventies worden gestart, en (ii) welke interventies in uitvoering/afgerond/afgebroken/succesvol afgesloten zijn.

Dankzij een samenwerking tussen de GGD Amsterdam en zorgverzekeraar ACHMEA/Agis is het nu wel al mogelijk om het zorggebruik van de Top 600 met terugwerkende kracht te monitoren. Deze gegevens bieden ons namelijk inzicht in het type zorg dat cliënten in het verleden ontvingen, en bij welke organisaties. Afspraken over de uitwisseling van gegevens zijn reeds gemaakt. Een beperking van de zorgregistratie van ACHMEA/Agis is dat deze structureel achterloopt (ca. een jaar), zodat het zorggebruik van de Top 600 alleen retrospectief in kaart kan worden gebracht. Bovendien registreert ACHMEA/Agis uitsluitend medische/psychiatrische zorg, terwijl we in deze rapportage hebben laten zien dat hulpverlening op andere levensdomeinen ook van groot belang is. De eerste resultaten van de analyse van ACHMEA/Agis-data worden in het najaar verwacht.

Dankwoord

Aan dit rapport hebben zeer veel mensen op uiteenlopende wijzen een bijdrage geleverd: Wilco Tuinebreijer; Christel Grimbergen; Giel van Brussel; Ardan Miedema; Job Zwaal; Odette Anthony; Jan Ottens; Kaj van Geleuken; Mirjam Reitsma; Nettie Avontuur; Linda Dol; Monica Ploch; Triny Bakker; Menno Segeren; Koen de Ridder; Eva Kuiper; Ariane Bonga; Matty de Wit. Verder zijn we Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam (Henry Janssen; Esther de Boer) en de William Schrikker Groep (Rob Schuddemat; Melissa Timmermans, Diana Wolff) zeer erkentelijk voor het voor wetenschappelijk onderzoek beschikbaar stellen en van dossierinformatie. Eddy Brand (Dienst Justitiële Inrichtingen) danken we voor de tijd die hij heeft genomen om ons te trainen in het gebruik van de FPJ.

Referenties

1. Jongedijk R: Psychiatrische diagnostiek en het DSM-systeem. Een kritisch overzicht. Tijdschrift voor Psychiatrie 43:309-319, 2001.
2. Brons D, Hilhorst N, Willemsen F. Het kennisfundament t.b.v. de aanpak van criminele Marokkaanse jongeren. 2008. Den Haag, WODC.
3. Bulten E, Nijman H, van der Staak C: Psychiatric disorders and personality characteristics of prisoners at regular prison wards. *Int J Law Psychiatry* 32:115-119, 2009.
4. Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming. De zorg aan gedetineerden met een ernstige psychische stoornis of verslaving. 2007. Den Haag, RSJ.
5. Planije M, van Rooijen S, Kroon H. Inventarisatie van het zorgaanbod voor dubbele diagnose cliënten in de GGZ en verslavingszorg in Nederland. Publicatie in het kader van de Monitor Langdurige GGZ. 2006. Utrecht, Trimbos-intituut.
6. Brunette MF, Mueser KT, Drake RE: A review of research on residential programs for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. *Drug Alcohol Rev* 23:471-481, 2004.
7. Van Laere I, de Wit M, Klazinga N: Preventing evictions as a potential public health intervention: characteristics and social medical risk factors of households at risk in Amsterdam. *Scand J Public Health* 37:697-705, 2009.
8. van der Meer C, Hendriks V. Dubbele Diagnose, Dubbele hulp. Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling. 2003. Den Haag, Parnassia Addiction Research Center.
9. Bender K, Ferguson K, Thompson S, et al: Factors associated with trauma and posttraumatic stress disorder among homeless youth in three U.S. cities: the importance of transience. *J Trauma Stress* 23:161-168, 2010.
10. Gwadz MV, Nish D, Leonard NR, et al: Gender differences in traumatic events and rates of post-traumatic stress disorder among homeless youth. *J Adolesc* 30:117-129, 2007.
11. Merscham C, Van Leeuwen JM, McGuire M: Mental health and substance abuse indicators among homeless youth in Denver, Colorado. *Child Welfare* 88:93-110, 2009.
12. Milburn NG, Rotheram-Borus MJ, Rice E, et al: Cross-national variations in behavioral profiles among homeless youth. *Am J Community Psychol* 37:63-76, 2006.
13. Martijn C, Sharpe L: Pathways to youth homelessness. *Soc Sci Med* 62:1-12, 2006.
14. Mallett S, Rosenthal D, Keys D: Young people, drug use and family conflict: pathways into homelessness. *J Adolesc* 28:185-199, 2005.
15. Walsh SM, Donaldson RE: Invited commentary: National Safe Place: meeting the immediate needs of runaway and homeless youth. *J Youth Adolesc* 39:437-445, 2010.
16. Thompson SJ, Bender K, Windsor L, Cook M, Williams T. Homeless Youth: Characteristics, Contributing Factors, and Service Options. *Journal of Human Behavior in the Social Environment* 20, 193-217. 2010.
17. Vermeiren R: Psychopathology and delinquency in adolescents: a descriptive and developmental perspective. *Clin Psychol Rev* 23:277-318, 2003.
18. Vermeiren R, Jaspers I, Moffitt T: Mental health problems in juvenile justice populations. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 15:333-viii, 2006.
19. Doreleijers TA, Moser F, Thijs P, et al: Forensic assessment of juvenile delinquents: prevalence of psychopathology and decision-making at court in the Netherlands. *J Adolesc* 23:263-275, 2000.
20. Bailey S, Doreleijers T, Tarbuck P: Recent developments in mental health screening and assessment in juvenile justice systems. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 15:391-3ix, 2006.
21. Fazel S, Doll H, Langstrom N: Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: a systematic review and meta-regression analysis of 25 surveys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 47:1010-1019, 2008.
22. Colins O, Vermeiren R, Vreugdenhil C, et al: Psychiatric disorders in detained male adolescents: a systematic literature review. *Can J Psychiatry* 55:255-263, 2010.
23. Hyde J: From home to street: understanding young people's transitions into homelessness. *J Adolesc* 28:171-183, 2005.

24. Bender K, Thompson SJ, McManus H, et al: Capacity for Survival: Exploring Strengths of Homeless Street Youth. *Child Youth Care Forum* 36:25-42, 2007.
25. Kidd SA, Carroll MR: Coping and suicidality among homeless youth. *J Adolesc* 30:283-296, 2007.
26. Lieferink A. Overlast en criminaliteit door jongeren met een licht verstandelijke beperking. 2010. Gemeente Utrecht/Universiteit Utrecht.
27. van Rakt M, Nieuwbeerta P, de Graaf ND. Zo vader, zo zoon? De intergenerationele overdracht van crimineel gedrag. *Tijdschrift voor Criminologie* 48:345-360, 2006.
28. Tervoort M: Forensische Psychiatrie: tussen dwang en vrijblijvendheid. Assen, Koninklijke Van Gorcum BV, 2009.
29. Hambridge JA. Use of an outpatient forensic psychology service: The non-attenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 34:165-169, 1990.
30. Dalton R, Major S, Sharkey M. Nonattenders and attrition from a forensic psychology outpatient service. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 42:174-180, 1998.
31. Feitsma WN, Popping R, Jansen DE. No-show at a forensic psychiatric outpatient clinic: risk factors and reasons. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 56:96-112, 2012.