

# Ontwikkeling Richtlijn Cliëntprofielen

Eindrapportage

Utrecht, oktober 2003

## **Voorwoord**

Voor u ligt het eindrapport "Ontwikkeling Richtlijn Cliëntprofielen"; één van de deelprojecten van het Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid, uitgevoerd door het Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving (IVO Rotterdam) en de Universiteit Maastricht in samenwerking met het CAD Limburg en DeltaBouman. Aan de hand van deze richtlijn kunnen instellingen zelf zogenoemde cliëntprofielen opstellen. Het is een handvat om een doelgroep-analyse uit te voeren wanneer er plannen zijn om voor een bepaalde doelgroep zorg te ontwikkelen of te verbeteren. Op deze wijze kan het zorgaanbod beter worden afgestemd op de zorgbehoefte van de doelgroep en is de slagingskans van een nieuwe interventie groter. Voor de duidelijkheid: een cliëntprofiel is niet bedoeld om toe te passen op individueel niveau, zoals bij de indicatiestelling.

De concept richtlijn is in de periode augustus 2001- juli 2003 uitgetest bij twee instellingen voor verslavingszorg: DeltaBouman en het CAD Limburg. Er is inzicht verkregen in de geschiktheid van de werkwijze van de richtlijn in verschillende praktijksituaties. Ook is onderzocht of de opgestelde cliëntprofielen van groepen langdurig verslaafden voorzien in de informatiebehoefte in het proces van zorgprogrammering voor de betreffende doelgroepen.

De richtlijn is gepresenteerd op een studiemiddag op 2 oktober 2003 waar ruim 60 deelnemers aan deel hebben genomen. De toepassing van de richtlijn wordt in de komende twee jaar bij drie instellingen voor verslavingszorg ondersteund en geëvalueerd met behulp van Resultaten Scoren onderzoeksgeld.

Wij zijn dan ook blij dat het ministerie van VWS ons met behulp van Resultaten Scoren subsidie de sector in de gelegenheid stelt deze richtlijn –verder- te ontwikkelen.

*Ruud Rutten*

*Portefeuillehouder deelproject cliëntprofielen*

*Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid*

## *Inhoudsopgave*

<b>SAMENVATTING</b>	<b>7</b>
<b>1 INLEIDING</b>	<b>8</b>
1.1 Achtergrond	8
1.2 Doelstelling en vraagstelling	10
1.3 Werkwijze	11
<b>2 NAAR DE PRAKTIJK: IS DE RICHTLIJN GOED TOEPASBAAR?</b>	<b>13</b>
2.1 Doel en verloop van de toepassing van de concept richtlijn	13
2.2 Doelstelling vrijwel behaald	17
2.3 Concept richtlijn ondersteunt beslissingsproces nog niet voldoende	17
2.4 Kenmerken organisatie en regio beïnvloeden proces en uitkomst	18
2.5 Randvoorwaarden en organisatie: een overzicht	19
<b>3 INHOUDELIJKE GESCHIKTHEID VAN DE RICHTLIJN: WAT LEVERT HET OP?</b>	<b>21</b>
3.1 Afbakening van de doelgroep	21
3.2 Relevantie en informatieve waarde van de gegevens in het cliëntprofiel	24
3.3 Specificiteit van de profielen voor een bepaalde regio	29
<b>4 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN</b>	<b>31</b>
4.1 Geschiktheid van de concept richtlijn	31
4.2 Cliëntprofielen als onderdeel van zorgprogrammering	33
4.3 Aandachtspunten bij gebruik van de richtlijn	34
<b>5 LITERATUUR</b>	<b>35</b>
Bijlage 1 Opzet van de procesevaluatie	37
Bijlage 2 Definitieve Richtlijn Cliëntprofielen (zonder werkschema's)	41
Bijlage 3 Factsheets: vier cliëntprofielen van methadoncliënten in Rotterdam en Limburg	50
Bijlage 4 Toelichting en werkschema's bij de situatieanalyse en strategische analyse van de Richtlijn Cliëntprofielen <i>Werkschema's zijn ook te downloaden op <a href="http://www.ggzkennisnet.nl">www.ggzkennisnet.nl</a></i>	71

## ***Samenvatting***

Voor de ontwikkeling van passende zorg is het essentieel om aandacht te besteden aan de kenmerken en zorgbehoefte van de doelgroep, zeker bij de vaak moeilijk bereikbare doelgroepen van de sociale verslavingszorg. De Richtlijn Cliëntprofielen biedt verslavingszorginstellingen een handvat om een doelgroepanalyse uit te voeren wanneer zij van plan zijn voor een bepaalde doelgroep zorg te ontwikkelen of te verbeteren. Het uitvoeren van een doelgroepanalyse vergroot de kans dat het zorgaanbod aansluit bij de zorgbehoefte van de doelgroep.

Het Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving heeft vanaf 2000 gewerkt aan de ontwikkeling van de richtlijn. Een concept richtlijn is in de periode augustus 2001- juli 2003 uitgetest bij twee instellingen voor verslavingszorg in Nederland, DeltaBouman en het CAD Limburg. Zo is inzicht verkregen in de geschiktheid van de werkwijze van de richtlijn in verschillende praktijksituaties. Ook is onderzocht of de opgestelde cliëntprofielen voorzien in de informatiebehoefte in het proces van zorgprogrammering voor de betreffende doelgroepen.

In Rotterdam zijn twee cliëntprofielen van methadoncliënten opgesteld: dubbele diagnose cliënten en cliënten die zichzelf verwaarlozen (en geen overheersende psychische problemen hebben). In Limburg is een profiel opgesteld van verslaafde methadoncliënten met thuiswonende kinderen van 1-12 jaar oud en een profiel van methadoncliënten met hepatitis C besmetting. Voor alle vier de doelgroepen geldt dat onvoldoende gegevens beschikbaar waren over de situatie op de diverse leefgebieden en over de ervaren zorgbehoefte. Zowel in Rotterdam als in Limburg zijn daarom via medewerkers van methadonprogramma's en door de onderzoekers cliëntgegevens verzameld. De opgestelde cliëntprofielen zijn besproken met de deelnemers van de ingestelde werkgroepen om de profielen waar nodig te verduidelijken, en de gegevens bruikbaar te maken voor toepassing in de praktijk.

Op basis van de uitkomsten van de evaluatie is de concept richtlijn aangepast. De definitieve richtlijn zal in de komende twee jaar in diverse instellingen in Nederland worden geïmplementeerd. Er worden trainingen opgezet voor het toepassen van de richtlijn als geheel en voor het uitvoeren van een specifiek onderdeel van de richtlijn, de gegevensverzameling over de doelgroep.

# 1 Inleiding

## 1.1 ACHTERGROND

Het opstellen van cliëntprofielen werd in 1999 als een van de speerpunten van het Referentiekader van het Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid (OSV) gepresenteerd (Wolf, 1999). Cliëntprofielen, ofwel beschrijvingen van de kenmerken en zorgbehoefte van specifieke doelgroepen, zouden een belangrijke basis moeten vormen voor de verdere prioritering en zorgprogrammering in de sociale verslavingszorg. Let wel: een cliëntprofiel is dus niet bedoeld voor gebruik op individueel niveau, zoals bij de indicatiestelling, maar dient als basis om een zorgprogramma op te kunnen zetten of aan te kunnen passen aan de zorgbehoefte van de doelgroep.

Bij de uitwerking van dit project door het Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving (IVO) werd geconstateerd dat cliëntprofielen mogelijk per regio en in de tijd kunnen verschillen, en dat de informatie die in de cliëntprofielen wordt opgenomen afhangt van het doel van de te ontwikkelen zorg en van strategische overwegingen. Regiospecificiteit van de profielen is te verwachten, omdat bijvoorbeeld de ervaren zorgbehoefte van de doelgroep is gerelateerd aan de aard van het lokale zorgaanbod (Kersten, 1998). Het opstellen van cliëntprofielen die in het hele land gelden en in iedere situatie goed bruikbaar zijn lijkt dus niet realistisch. Een dergelijk profiel zou waarschijnlijk te weinig concrete aanknopingspunten bieden voor het ontwikkelen van een zorgaanbod in een bepaalde regio met alle specifieke (culturele) kenmerken van de doelgroep en de zorg aldaar. Daarom is niet zozeer het daadwerkelijk opstellen van cliëntprofielen op de voorgrond komen te staan, maar het ontwikkelen van een methode waarmee de verslavingszorg zelf zo efficiënt mogelijk een doelgroepanalyse kan uitvoeren op het moment dat zij een zorgprogramma voor een bepaalde doelgroep wil ontwikkelen. De richtlijn zou het beslissingsproces moeten ondersteunen om te komen tot een relevant, betrouwbaar en - in relatie tot de specifieke informatiebehoefte - volledig cliëntprofiel.

Als onderdeel van het OSV ontwikkelprogramma is de studie in juni 2000 van start gegaan. In de periode tot april 2001 is een concept richtlijn voor het opstellen van cliëntprofielen ontwikkeld, geba-

seerd op een literatuuronderzoek en inbreng van praktische ervaring. In de concept richtlijn voor het opstellen van cliëntprofielen worden vijf fasen onderscheiden:

- Situatianalyse
- Selectie van thema's
- Strategische analyse
- Dataverzameling en opstellen van het cliëntprofiel
- Afronding

Na het ontwikkelen van de concept richtlijn is deze in opdracht van ZonMw in twee praktijksituaties getoetst. Bij twee verslavingszorginstellingen in Rotterdam en in Limburg (DeltaBouman, voorheen Bouman Verslavingszorg, en het CAD Limburg) is de toepasbaarheid en inhoudelijke geschiktheid van de concept richtlijn onderzocht.

De concept richtlijn is toegepast in het proces van de herziening van de methadonprogramma's van deze instellingen. Bij DeltaBouman is in september 2000 een project gestart om de bestaande methadonprogramma's te transformeren naar een meer passend zorgaanbod voor cliënten. Dit plan past binnen de ontwikkeling om in het kader van de sociale verslavingszorg een integraal ketengericht zorgaanbod te ontwerpen (Heijman et al., 2000). Bij het CAD Limburg werd in de tweede helft van 2000 geconstateerd dat het wenselijk is om stil te staan bij de verstrekking van methadon. Een werkgroep heeft advies gegeven over de wijze waarop zorg op maat kan worden geleverd en de wijze waarop methadon dient te worden verstrekt (Meulders, 2001).

De resultaten van de toepassing van de concept richtlijn worden in onderliggende rapportage gepresenteerd. Op basis van de aanbevelingen die voortkomen uit de evaluatie is een definitieve richtlijn opgesteld in de vorm van een handboek. Dit handboek verschijnt samen met dit eindrapport. Vanaf de zomer van 2003 start de implementatie van de definitieve richtlijn. Deze fase wordt mede gecoördineerd vanuit het project Resultaten Scoren om zodoende de samenhang tussen dit project en andere projecten te waarborgen. De richtlijn wordt op basis van de ervaringen in de praktijk periodiek bijgesteld en opnieuw uitgebracht.

## 1.2 DOELSTELLING EN VRAAGSTELLING

Het doel van de studie is het testen van de concept richtlijn voor het opstellen van cliëntprofielen in de praktijk van de verslavingszorg, zodat deze kan worden bijgesteld en uiteindelijk zo goed mogelijk aansluit bij de huidige praktijk. Hiervoor is nagegaan (1) hoe de geschiktheid van de concept richtlijn is voor het systematisch opstellen van cliëntprofielen door verslavingszorginstellingen en (2) in hoeverre de cliëntprofielen de verslavingszorginstellingen relevante en voldoende informatie bieden voor de ontwikkeling van passende zorg voor de doelgroep.

Eerst is dus de geschiktheid en toepasbaarheid van de concept richtlijn onderzocht. De richtlijn zou duidelijke aanwijzingen moeten geven voor de systematische opbouw van cliëntprofielen. Dit deel van de studie richtte zich op de volgende vragen:

- (a) In hoeverre ondersteunt de richtlijn de beslissingen die moeten worden gemaakt voor de ontwikkeling van een cliëntprofiel?
- (b) In hoeverre is de benodigde expertise beschikbaar in de verslavingszorginstellingen om elk van de genoemde fasen te doorlopen?
- (c) Aan welke andere randvoorwaarden (zoals de hoeveel tijd en middelen) moet worden voldaan om de concept richtlijn toe te passen?

In een tussentijdse rapportage is uitgebreid gerapporteerd over dit deel van de studie (Wits & Knibbe, 2002); in hoofdstuk 2 van deze rapportage is een samenvatting van de resultaten te vinden.

Ten tweede is nagegaan in hoeverre de cliëntprofielen relevante en voldoende informatie bieden voor de ontwikkeling van passende zorg door de zorginstellingen. Onderzocht is in hoeverre een cliëntprofiel gericht op een subgroep met een vergelijkbare zorgbehoefte resulteert in een voldoende onderscheidend profiel. Duidelijk moet zijn wie wel en wie niet tot de doelgroep behoren, en de zorgbehoefte van deze groep moet duidelijk anders zijn dan die van vergelijkbare groepen. Ook de specificiteit van de profielen voor een bepaalde regio is onderzocht. De resultaten van dit onderdeel van de evaluatie zijn in hoofdstuk 3 te vinden.

## 1.3 WERKWIJZE

Om het verloop van de toepassing van de concept richtlijn bij DeltaBouman en CAD Limburg te onderzoeken (vraag 1) is een procesevaluatie uitgevoerd. Het doel van de procesevaluatie was het verkrijgen van inzicht in bevorderende en belemmerende factoren bij de toepassing van de concept richtlijn. Hierbij is onder meer gelet op factoren die te maken hebben met de tijdsplanning en beschikbare mensen en middelen, met de opzet en instructies van de richtlijn zelf, factoren die te maken hebben met de kenmerken van de twee instellingen waar de concept richtlijn is toegepast en factoren die te maken hebben met de keuze om de groep van methadoncliënten als uitgangspunt te nemen. Gegevens afkomstig uit (groeps-)interviews, verslagen van de bijeenkomsten van de werkgroepen en overige beschikbare documenten zijn hiervoor geanalyseerd.

Voor het onderzoek naar de informatieve waarde en de relevantie van de cliëntprofielen (vraag 2) zijn de volgende gegevens verzameld en geanalyseerd:

- Gegevens over de praktische relevantie van de cliëntprofielen. Hiervoor zijn groepsinterviews met leden van de werkgroepen gehouden na afronding van de cliëntprofielen. Nagegaan is in hoeverre de profielen informatief (onderscheidend en betekenisvol) zijn, en hoe de praktische relevantie van de profielen kan worden bevorderd.
- Gegevens over de (oorzaak van de) verschillen in de profielen van subgroepen van methadoncliënten in Rotterdam en in Limburg. In hoeverre zijn de profielen regiospecifiek en wat is hiervan de oorzaak? Ook hiervoor zijn gegevens afkomstig uit de groepsinterviews met leden van de werkgroepen gebruikt. In Rotterdam is daarbij de vraag gesteld waarom de thema's die in Limburg hoge prioriteit hadden in Rotterdam niet specifiek aan de orde zijn geweest. Ook is gevraagd of zij hun doelgroep herkennen in de profielen die in Limburg zijn opgesteld. Omgekeerd is in Limburg gevraagd waarom de twee belangrijkste Rotterdamse thema's niet of nauwelijks aan de orde zijn geweest, en of zij de beschrijving van de Rotterdamse cliëntprofielen als vergelijkbaar beschouwen met de kenmerken van hun cliënten.

Bijzonder aspect van de procesevaluatie is dat de onderzoeker actief betrokken was bij de toepassing van de concept richtlijn (het onderwerp van de evaluatie) via deelname aan de werkgroepen. Dit maakte het mogelijk om alle vragen en onduidelijkheden te registreren en waar nodig obstakels uit de weg te helpen. Deze gegevens zijn in de analyses meegenomen om uiteindelijk te kunnen bepalen hoe de richtlijn zou moeten worden bijgesteld.

Het voornemen om ook de daadwerkelijke toepassing van de opgestelde cliëntprofielen bij het proces van zorgprogrammering te evalueren kon nog niet worden uitgevoerd. Voor concrete projectplannen over de aanpassing van het zorgaanbod op basis van de verkregen cliëntprofielen was het nog te vroeg. Deze gegevens zullen worden verkregen in het vervolgproject - de implementatie van de definitieve richtlijn - dat in augustus 2003 van start is gegaan.

De opzet van de procesevaluatie wordt uitgebreider beschreven in bijlage 1.

## **2 Naar de praktijk: is de richtlijn goed toepasbaar?**

In dit hoofdstuk wordt de geschiktheid en toepasbaarheid van de concept richtlijn voor de systematische opbouw van cliëntprofielen besproken. Het gaat daarbij om de vraag in hoeverre de richtlijn de beslissingen ondersteunt die moeten worden gemaakt voor de ontwikkeling van de cliëntprofielen. In samenhang hiermee zijn de randvoorwaarden voor toepassing van de richtlijn in kaart gebracht. Daarbij is gekeken welke expertise nodig is om de verschillende onderdelen van de richtlijn goed te doorlopen. Ook is nagegaan hoeveel tijd en welke personele inzet nodig is om de concept richtlijn toe te passen.

### **2.1 DOEL EN VERLOOP VAN DE TOEPASSING VAN DE CONCEPT RICHTLIJN**

#### *Doelstelling bij toepassing richtlijn*

Het doel van de toepassing van de concept richtlijn was om bij de deelnemende instellingen enkele cliëntprofielen op te stellen binnen de populatie van methadoncliënten met behulp van de concept richtlijn, door speciaal ingestelde werkgroepen en binnen de gestelde tijdsperiode. Aan deze werkgroepen dienen hulpverleners, beleidsmedewerkers, managers en een vertegenwoordiging van de cliëntenraad deel te nemen. Gezien de gevarieerde samenstelling van de groep methadoncliënten was de verwachting dat meerdere cliëntprofielen van subgroepen methadoncliënten zouden worden opgesteld. Vooraf is niet vastgesteld welke en hoeveel profielen moeten worden opgesteld in de daarvoor gereserveerde periode (oktober 2001 – juni 2002).

#### *Coördinatie*

Om deze doelstelling te behalen is gestart met het aanstellen van een coördinator bij beide instellingen in september 2001. Deze beschikten elk over één dag in de week om de taken uit te voeren die bij de toepassing van de richtlijn horen. Zij waren belast met de volgende taken:

- Coördinatie van de toepassing van de concept richtlijn (het opstellen van cliëntprofielen).

- Het betrekken van hulpverleners, cliënten en managers van de methadonprogramma's bij het opstellen van cliëntprofielen.
- De procesevaluatie faciliteren: het verschaffen van gegevens aan de onderzoeker (notulen van vergaderingen, rapporten, enzovoort), motivatie van hulpverleners en cliënten.

#### *Werkwijze situatieanalyse en strategische analyse*

De coördinatoren hebben om de paar maanden met de onderzoeker en de projectleider de voortgang van het project besproken. De eerste werkgroepen in Limburg en Rotterdam zijn in het najaar van 2001 vlot ingesteld. Voor de situatieanalyse en de keuze van thema's in het cliëntprofiel, de eerste twee onderdelen van de richtlijn, zijn werkgroepen samengesteld met medewerkers van methadonprogramma's, beleidsmedewerkers en de onderzoeker zelf. Begin 2002 zijn voor de strategische analyse vervolgens in Rotterdam en Limburg nieuwe werkgroepen samengesteld uit medewerkers op managementniveau, beleidsmedewerkers en de onderzoeker.

#### *Dataverzameling*

In juni 2002 is de dataverzameling gestart voor het daadwerkelijk opstellen van de cliëntprofielen in Rotterdam en Limburg. De dataverzameling voor het opstellen van de cliëntprofielen is door onderzoekers van het IVO uitgevoerd, en door diverse medewerkers van de methadonprogramma's in Rotterdam en Limburg. In september 2002 is dit proces afgerond. In Rotterdam zijn twee cliëntprofielen van methadoncliënten opgesteld: dubbele diagnose cliënten en cliënten die zichzelf verwaarlozen (en geen overheersende psychische problemen hebben). In Limburg is een profiel opgesteld van verslaafde methadoncliënten met thuiswonende kinderen van 1-12 jaar oud en een profiel van methadoncliënten die besmet zijn met hepatitis C.

Voor alle vier de doelgroepen geldt dat weinig bekend was over de situatie op de diverse leefgebieden en over de ervaren zorgbehoefte. De vindplaats was wel duidelijk (methadonprogramma's), evenals de relatie met de zorg. Er is op beide locaties geïnventariseerd welke van de ontbrekende gegevens over de doelgroepen direct beschikbaar waren. Daarbij is gebruik gemaakt van wetenschappelijke literatuur, landelijke en lokale registraties en documentatie. Uit

deze inventarisatie is gebleken dat de hoeveelheid beschikbare gegevens over de vier doelgroepen beperkt was en dat aanvullende dataverzameling nodig was, met behulp van zowel kwalitatieve als kwantitatieve methoden. De cliëntregistratiesystemen van beide instellingen bleken niet genoeg bruikbare gegevens te bevatten. De benodigde gegevens waren geheel niet, niet recent of onvoldoende in de registratiesystemen opgenomen (psychiatrische diagnose, mate van zelfverzorging, besmetting met hepatitis C, al of niet thuiswonende kinderen, exacte leeftijd van de kinderen). Ook in individuele cliëntdossiers zouden naar verwachting van de betrokken hulpverleners onvoldoende gegevens terug te vinden zijn. Regionale ggz-registratiegegevens konden niet tijdig beschikbaar komen en ook deze registratie bevatte niet alle benodigde gegevens.

Zowel in Rotterdam als in Limburg zijn via medewerkers van methadonprogramma's cliëntgegevens verzameld. Hiervoor zijn vragenlijsten zodanig opgezet dat het voor de hulpverleners mogelijk was om deze zonder het bijzijn van hun cliënt in te vullen. Voor het opstellen van deze vragenlijsten is gebruik gemaakt van literatuur, bestaande vragenlijsten (zoals de ASI en de vragenlijsten die gebruikt worden door het Drugs Monitoring Systeem van het IVO), de registratieformulieren van de instellingen zelf en consultatie van een verslavingsarts. De lijst gaat uit van het oordeel dat de hulpverlener over de cliënt heeft opgebouwd in de zorgrelatie, een oordeel dat (bijvoorbeeld door de mate van ziekte-inzicht van cliënten) anders kan zijn dan dat van de cliënt. De onderzoekers die voor de dataverzameling waren aangesteld hebben via kwalitatieve interviews met de cliënten het perspectief van de cliënten zelf onderzocht, om zodoende de ervaren zorgbehoefte te kunnen bepalen. In Rotterdam is door de onderzoeker bovendien als aanvulling op de overige kwantitatieve data de SCL-90 (Arrindell & Ettema, 1986) bij cliënten afgenomen. Dit is een gevalideerde en gestandaardiseerde vragenlijst om psychische klachten vast te stellen. De SCL-90 wordt veel gebruikt in wetenschappelijk onderzoek naar therapeutische effecten, vergelijkend bevolkingsonderzoek en screening.



In Limburg heeft de onderzoeker voor het profiel van cliënten met hepatitis C zelf gegevens verzameld via interviews met methadoncliënten. De reden hiervoor was dat de hulpverleners onvoldoende weten over onder meer het wel of niet getest zijn van hun cliënt, de uitslag van de test, de kennis en houding van cliënten ten aanzien van risico op besmetting, en de motivatie om zich te laten testen. Ook zouden cliënten zaken zoals een hoog alcoholgebruik tegenover hun hulpverlener kunnen verzwijgen, omdat alcoholgebruik één van de contra-indicaties is voor een behandeling met het medicijn interferon.

Een uitgebreidere toelichting op de dataverzameling en de resultaten zijn in afzonderlijke rapportages te vinden (Beirens et al., 2003; Roeg et al., 2003). Er is van ieder cliëntprofiel een factsheet opgesteld met daarin een beknopte samenvatting van de gegevens (zie bijlage 3).

#### *Terugkoppeling naar de werkgroepen*

De resultaten van de dataverzameling zijn besproken met de deelnemers van de werkgroepen die zich voorafgaand aan de dataverzameling met de situatie- en de strategische analyse hebben bezighouden. Hun commentaar werd gebruikt om de rapportage en de factsheets waar nodig te verduidelijken en de gegevens bruikbaar te maken voor toepassing in de praktijk. Deze bijeenkomsten hadden tegelijk een functie in de evaluatie van de concept richtlijn: nagegaan werd of de profielen relevante gegevens bevatten en daarmee een basis kunnen vormen voor het opstellen van een zorgaanbod voor de betreffende doelgroepen. Van dit onderdeel van de evaluatie wordt verslag gedaan in het volgende hoofdstuk.

## **2.2 DOELSTELLING VRIJWEL BEHAALD**

Het doel van de toepassing van de concept richtlijn in beide instellingen (zie 2.1 bovenaan) is grotendeels behaald. Het is echter niet gelukt om de cliëntprofielen binnen de gestelde tijdsperiode op te stellen. Dit komt mede door de keuze voor de brede groep van methadoncliënten als uitgangspopulatie, waardoor een groot aantal problemen van langdurig verslaafden de revue is gepasseerd. Ook werd de dataverzameling in de zomer enigszins bemoeilijkt doordat veel medewerkers in de vakantieperiode niet aanwezig waren. Tenslotte dient te worden geconstateerd dat, door toedoen van het evaluatieonderzoek, er iets meer tijd nodig was voor de toepassing van de concept richtlijn dan in een niet-experimentele situatie het geval zou zijn geweest.

Een tweede knelpunt bij de toepassing van de concept richtlijn was dat het lastig blijkt te zijn om de cliëntenraden te betrekken bij een dergelijk implementatieproces. Het idee was om vertegenwoordigers van cliënten in de werkgroep zitting te laten hebben, maar dat is om diverse redenen niet van de grond gekomen. Geadviseerd wordt om in de toekomst bij het opstellen van een cliëntprofiel zo mogelijk leden van de doelgroep zelf erbij te betrekken, in een aparte werkgroep. Met hen zouden bijvoorbeeld enkele discussiebijeenkomsten over de centrale thema's kunnen worden georganiseerd tijdens de situatieanalyse en bij de afronding van het cliëntprofiel.

## **2.3 CONCEPT RICHTLIJN ONDERSTEUNT BESLISSINGSPROCES NOG NIET VOLDOENDE**

Uit de procesevaluatie komt naar voren dat de werkgroepen voor de situatieanalyse en strategische analyse uit circa zes personen dienen te bestaan, vanuit diverse disciplines en functieniveaus. In de werkgroep voor de strategische analyse dient het niveau van clustermanagers (eerste leidinggevende) goed vertegenwoordigd te zijn, zodat deze analyse 'handen en voeten' krijgt als de discussie gaat over het ontwikkelen van een nieuw zorgaanbod en, in samenhang hiermee, over het maken van keuzes bij het opstellen van het cliëntprofiel. De (onafhankelijke) inbreng van de onderzoeker bleek in het algemeen van belang te zijn om het proces inhoudelijk en procesmatig te bewaken. Deze constatering heeft vanzelfsprekend gevolgen voor de toepassing van de richtlijn in de toekomst.

Wanneer onder het eigen personeel niemand aanwezig is met voldoende onderzoeksachtergrond om deze rol te vervullen, zal extern moeten worden gezocht naar een onderzoeker. Om kosten te besparen zou voor de dataverzameling een stagiar kunnen worden ingezet (studie op het terrein van gezondheidswetenschappen). In de werkgroepen dient echter, vanwege de complexiteit van de de situatie- en strategische analyse, een ervaren onderzoeker of een academisch geschoolde ervaren beleidsmedewerker te participeren. Deelname aan de werkgroepen kost veel minder tijd dan het uitvoeren van de dataverzameling, zodat de kosten die gemoeid zijn met het inschakelen van een ervaren onderzoeker op deze manier beperkt blijven.

Het onderscheid in de concept richtlijn tussen de situatieanalyse en de keuze van thema's bleek onduidelijk en is daarom komen te vervallen. De concept richtlijn lijkt op zichzelf nog niet voldoende ondersteuning te hebben geboden bij de verschillende stappen die moeten worden genomen om een cliëntprofiel op te stellen. Hiervoor was het abstractieniveau nog te hoog, en er ontbrak een concreet stappenplan. Door de ondersteuning van de onderzoeker en een door één van de coördinatoren ontwikkeld werkschema is dit echter geen groot knelpunt geworden. Om deze reden is de richtlijn wel sterk vereenvoudigd en zijn werkschema's toegevoegd. Daarnaast worden in een vervolgtraject (2003 – 2005) trainingen aangeboden voor het werken met de richtlijn en het uitvoeren van de dataverzameling. De korte uitleg bij aanvang van de toepassing van de concept richtlijn aan de werkgroepleden werd goed begrepen, maar werd door de deelnemers nog niet voldoende eigen gemaakt.

## 2.4 KENMERKEN ORGANISATIE EN REGIO BEÏNVLOEDEN PROCES EN UITKOMST

Er zijn twee kenmerken van de uitvoerende organisaties die van invloed zijn geweest op het verloop van het proces. Enerzijds is dit de uitgangssituatie binnen een organisatie: is al eerder nagedacht over differentiatie van zorg gericht op de verschillende hulpvragen van cliënten? Is men gewend om gegevens te verzamelen over cliëntgroepen en hierover strategisch na te denken? Als dit niet het geval is, dan dient het personeel in ieder geval te worden getraind in het werken met de richtlijn.

In de tweede plaats bepaalt de traditie van onderzoek en innovatie mede in hoeverre het management overtuigd is van de noodzaak van het opstellen van cliëntprofielen en van het belang van innovatie van zorg. De houding van managers is voor deelnemers van de werkgroepen van belang om daadwerkelijk te worden vrijgesteld voor de extra taken die ze tijdelijk hebben. Vanzelfsprekend moet de motivatie van medewerkers om een doelgroepanalyse uit te voeren voldoende zijn. Bij de toepassing van de concept richtlijn in Rotterdam en Limburg heeft de positieve houding van de werkgroepleden zeker bijgedragen aan het goede verloop van het proces. Het meewerken aan de verdere professionalisering van de eigen organisatie hebben zij als zeer prettig ervaren. Verschillen in de regionale situatie (aard en omvang van de problematiek en zorgaanbod) heeft in de huidige toepassing geleid tot een deels verschillende keuze van problemen onder methadoncliënten en een verschil in prioritering. Hierop wordt verder ingegaan in hoofdstuk 3.

## 2.5 RANDVOORWAARDEN EN ORGANISATIE: EEN OVERZICHT

### *Expertise*

Om de verschillende onderdelen van de richtlijn goed te doorlopen is de volgende expertise en ervaring van belang:

- situatie- en strategische analyse: werkgroep van circa zes personen, diverse disciplines en functieniveaus.
- strategische analyse: niveau van cluster- of unitmanagers (eerste leidinggevende) van belang
- medewerker(s) met onderzoeksvaardigheden en analytische, onafhankelijke blik in beide werkgroepen en voor uitvoering van de dataverzameling

### *Tijd en inzet personeel*

Belangrijk is om te beseffen dat het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor een bepaalde doelgroep een zekere investering vraagt. Het opstellen van een cliëntprofiel om uiteindelijk passende zorg te kunnen ontwikkelen vergt tijd en inzet van verschillende medewerkers van de organisatie. De verwachting is dat deze investering zich terugverdient, doordat toepassing van de richtlijn ervoor zorgt dat een programma beter aansluit bij de zorgbehoefte van de doelgroep, daardoor effectiever is en minder 'kinderziektes' heeft dan programma's die minder goed doordacht zijn.

Vóórdat met het opstellen van een cliëntprofiel wordt begonnen moet dus duidelijk zijn dat het management van de instelling bereid is om hiervoor daadwerkelijk tijd (en dus geld) uit te trekken, zodat de betrokken medewerkers vrijgesteld worden voor deelname aan het project:

- Voor de projectcoördinator zal het werk circa 1 dag in de week in beslag nemen, gedurende 6 tot 12 maanden.
- De leden van de werkgroepen moeten rekenen op 4 á 5 bijeenkomsten van circa 2,5 uur, die gedurende enkele maanden plaatsvinden.
- Daarnaast moet iemand met onderzoeksvaardigheden bij het project worden betrokken die, afhankelijk van de hoeveelheid gegevens die moet worden verzameld, 4 tot 12 weken fulltime aan het project kan besteden in een periode van 6 tot 12 maanden (circa 1 dag per week gemiddeld, piek tijdens dataverzameling). Veel kosten kunnen worden bespaard door bij de dataverzameling een stagiair met een relevante universitaire studie in te zetten, gedurende minimaal 4 maanden.

#### *Onderzoek en innovatie*

Bij het toepassen van de richtlijn dient rekening gehouden te worden met de traditie van onderzoek en innovatie binnen een instelling. De houding van managers is voor deelnemers van de werkgroepen van belang om daadwerkelijk te worden vrijgesteld voor het opstellen van een cliëntprofiel.

Tenslotte is een goede cliëntregistratie (inclusief follow-up gegevens) van belang om een snelle doelgroepanalyse uit te kunnen voeren op momenten dat dit (vaak met spoed) nodig is. Een goede registratie vraagt een flinke continue investering, maar bespaart uiteindelijk veel tijd en geld wanneer de gegevens op een bepaald moment nodig zijn voor bijvoorbeeld het ontwikkelen van een passend zorgaanbod voor specifieke doelgroepen.

### **3 Inhoudelijke geschiktheid van de richtlijn: wat levert het op?**

Prangende vraag na het opstellen van vier cliëntprofielen is natuurlijk of zij inderdaad een goede basis vormen voor het ontwikkelen van een zorgaanbod voor de betreffende doelgroepen. Met andere woorden: levert het werken met de concept richtlijn op wat er van werd verwacht? In dit hoofdstuk wordt, voor zover mogelijk in dit stadium, beschreven in hoeverre de cliëntprofielen relevante en voldoende informatie bieden voor de ontwikkeling van passende zorg door de zorginstellingen.

#### **3.1 AFBAKENING VAN DE DOELGROEP**

Een van de belangrijkste eisen waaraan een cliëntprofiel moet voldoen is dat de doelgroep duidelijk is afgebakend, én dat de leden van de doelgroep een overeenkomstige zorgbehoefte hebben die kenmerkend is voor deze groep. Een van de vragen bij de situatieanalyse is dan ook: wat maakt deze groep zo 'anders' in verhouding tot vergelijkbare groepen? In deze paragraaf wordt nagegaan of de beschrijvingen van subgroepen methadoncliënten met een vergelijkbare zorgbehoefte een voldoende onderscheidend profiel opleveren, en hoe dit resultaat is bereikt.

In het algemeen kan worden gesteld dat het is gelukt om duidelijk afgebakende doelgroepen te onderscheiden met een bepaalde gemeenschappelijke zorgbehoefte. Gebleken is wel dat het afbakenen van de doelgroep één van de moeilijkste en meest tijdrovende onderdelen van de doelgroepanalyse is, met name voor de werkgroep die de situatieanalyse moet uitvoeren. Daarom wordt dit onderdeel vrij uitgebreid toegelicht. Hieronder wordt per cliëntprofiel besproken hoe tot een afbakening is gekomen en welke problemen zich daarbij hebben voorgedaan.

#### *Methadoncliënten met psychische problematiek*

Tijdens de situatieanalyse in Rotterdam heeft de werkgroep zich niet bezig gehouden met de exacte inclusiecriteria voor de groep methadoncliënten met psychische problematiek. Wel is besloten om persoonlijkheidsstoornissen enerzijds en stoornissen zoals depressie en schizofrenie anderzijds<sup>1</sup>, apart te benaderen. Hierover is verder gediscussieerd tijdens de strategische analyse, die samenviel met de

<sup>1</sup> Deze indeling verwijst naar de DSM IV-groepering in As I en As II stoornissen (American Psychiatric Association, 1994)

voorbereiding van de dataverzameling. Uiteindelijk is - bij gebrek aan goede (voor dit onderzoek beschikbare) psychiatrische diagnoses van methadoncliënten – besloten om deze stoornissen toch bij elkaar te nemen en hierover zoveel mogelijk gegevens te verzamelen. Hierbij is gebruik gemaakt van de SCL-90 (zie 2.1) en is gekeken naar recent ontvangen hulp voor psychische problematiek en/of actueel gebruik van medicatie vanwege psychische problemen. Het eindresultaat is een profiel van een doelgroep waarbinnen naar verwachting meer verschil in zorgbehoefte aanwezig is dan het geval was geweest wanneer wél meer onderscheid was gemaakt naar type stoornis. De doelgroep is dus breder dan aanvankelijk de bedoeling was, maar wel duidelijk afgebakend. Bij de bespreking van het cliëntprofiel komt echter naar voren dat de interventies die voor deze doelgroep worden voorgesteld (zie volgende paragraaf, 3.2) niet altijd van toepassing zijn op cliënten met persoonlijkheidsstoornissen (As II van de DSM IV, bijvoorbeeld borderlinestoornis). Het gevoel overheerst dat de hulpverlening, ook de psychiatrische ziekenhuizen, voor cliënten met een persoonlijkheidsstoornis nog weinig te bieden heeft.

#### *Methadoncliënten die zichzelf ernstig verwaarlozen*

Uit de situatieanalyse in Rotterdam kwam naar voren dat sommige methadoncliënten zichzelf ernstig verwaarlozen, terwijl ze géén duidelijke psychische problemen hebben (volgens de inclusiecriteria van de groep met ernstige psychische problemen). Probleem voor de hulpverleners is dat deze cliënten geen duidelijke zorgvraag uiten; sommigen ontwijken de hulpverleners bij de methadonprogramma's zoveel mogelijk. Deze afbakening was duidelijk genoeg om de dataverzameling gericht te kunnen beginnen. Het resultaat is een goed afgebakend profiel van een groep die op sommige punten duidelijk afwijkt van de groep methadoncliënten met ernstige psychische problemen. Zo blijken deze cliënten minder goed in beeld te zijn van de hulpverleners van de methadonprogramma's en zijn er meer problemen op het gebied van zelfverzorging dan in de groep met psychische problemen (zie ook 3.2).

#### *Methadoncliënten met jonge thuiswonende kinderen*

Op het moment dat in de Limburgse werkgroep de zorgbehoefte van methadoncliënten met kinderen tijdens de situatieanalyse aan

de orde kwam, werd vrij snel duidelijk dat de doelgroep ouders met thuiswonende kinderen betrof, en dat met name de zorg na het eerste levensjaar van kinderen extra aandacht behoeft. De groep ouders met thuiswonende kinderen is een veel kleinere groep dan alle methadoncliënten met kinderen, omdat bij velen de kinderen uit huis zijn geplaatst (ontzetting uit, of ontheffing van de ouderlijke macht). Om de opvoedingsproblematiek verder af te bakenen bleek het nodig om een grens te stellen aan de leeftijd van de kinderen. Uiteindelijk werd de doelgroep omschreven als methadoncliënten met jonge thuiswonende kinderen, in de leeftijd van 1 tot en met 12 jaar. Dit is een duidelijk afgebakende groep, vrij homogene groep met een eenduidige zorgbehoefte op het gebied van opvoeding.

#### *Methadoncliënten en hepatitis C*

De keuze voor het maken van een profiel van methadoncliënten die besmet zijn met het hepatitis C virus volgde uit een eerdere keuze in de situatieanalyse voor een aanpak van de problematiek van infectieziekten in het algemeen. Tijdens de strategische analyse bleek deze laatste brede afbakening niet werkbaar en is gekozen voor alleen hepatitis C. De argumentatie hierbij was dat het probleem van hepatitis C-besmetting onder de cliënten van methadonprogramma's nog nauwelijks in kaart is gebracht, de besmettingsgraad vermoedelijk hoog is en er een zeer beperkt zorgaanbod voor deze groep bestaat. Bij de voorbereiding van de dataverzameling bleek dat het voor de relevantie van de informatie in het cliëntprofiel van belang was ook gegevens te verzamelen over cliënten die niet getest zijn op het virus en cliënten die niet besmet zijn. Deze extra gegevens maken het mogelijk om de besmette groep te vergelijken met niet-besmette cliënten, en geven inzicht in de kennis en houding omtrent risicovol (spuit-) gedrag van cliënten die niet weten of ze besmet zijn en van niet-besmette cliënten. Met deze gegevens kan bijvoorbeeld worden bepaald hoe de vroegsignalering kan worden verbeterd (uitbreiden van testmogelijkheden? Zo ja, hoe laagdrempelig?), en aan welk type voorlichting behoefte is. De analyse van het probleem en de keuze van gegevens die in het cliëntprofiel moeten worden opgenomen heeft dus geleid tot een profiel waarbij gegevens over zowel besmette als niet besmette cliënten zijn opgenomen. Uit het groepsinterview waarin het profiel

werd besproken kwam naar voren dat de afbakening duidelijk is, maar dat in het cliëntprofiel een sterker onderscheid moet worden gemaakt tussen beide groepen. Immers, beide groepen hebben een andere zorgbehoefte (zorg en behandeling voor de besmette groep, vroegsignalering en preventie voor de overige cliënten).

### 3.2 RELEVANTIE EN INFORMATIEVE WAARDE VAN DE GEGEVENS IN HET PROFIEL

Naast een duidelijke afbakening en herkenbaarheid van de doelgroep is een tweede belangrijke eis waaraan een cliëntprofiel moet voldoen dat de gegevens aanknopingspunten bieden voor het ontwikkelen van passende zorg, en op alle belangrijke aspecten voldoende informatie bieden. Allerlei onderdelen van de richtlijn zijn bedoeld om deze relevantie en informatieve waarde zo goed mogelijk te waarborgen. In deze paragraaf wordt nagegaan of de vier cliëntprofielen inderdaad voldoende aanknopingspunten bieden, en welke knelpunten hierbij worden gesignaleerd.

#### *Psychische problemen (Rotterdam)*

Bij de bespreking met de werkgroepleden van het profiel van methadoncliënten met ernstige psychische problemen komt de onderdiagnostisering van deze problematiek als belangrijk probleem naar voren. Er zou een betere dossiervorming moeten komen, om te beginnen door een uitgebreidere, gestandaardiseerde vraagstelling bij de indicatiestelling. Het gedrag van de cliënten in de jeugd (bijvoorbeeld: introvert of extrovert?) zegt veel over het type drugsgebruiker op volwassen leeftijd en heeft consequenties voor de behandeling. Het gevolg van de onderdiagnostisering is een gebrek aan bruikbare gegevens voor het cliëntprofiel, wat de mogelijkheid voor het opstellen van een goed bruikbaar cliëntprofiel heeft beperkt. Bepaalde kenmerken van cliënten met specifieke aandoeningen, zoals zelfmedicatie bij adhd, komen uit het profiel daardoor niet naar voren.

Tabel 1 - Mogelijke interventiedoelen, behandeldoelen en interventies voor Rotterdamse methadoncliënten met psychische problemen

Interventiedoel	Behandeldoelen/methode	Interventie
<ul style="list-style-type: none"> <li>• stabilisatie en verbetering zelfzorg</li> <li>• bereiken van maximale zelfredzaamheid en autonomie</li> </ul>	<p>voor overgrote deel van cliënten is dit structurering;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• stabilisering woonsituatie en veilige omgeving via hulp bij huisvesting/ beschermd wonen</li> <li>• voorkómen van schulden en verbeteren zelfverzorging via inkomensbeheer</li> <li>• voorkómen van verveling via aanbod dagbesteding/ dagstructurering</li> <li>• meer inzicht in eigen problematiek door psycho-educatie, psychiatrische/psychologische ondersteuning</li> <li>• laagdrempelig aanbod van medische zorg en gebitsverzorging; basale zorg zoals vervoer &amp; begeleiding naar arts/ziekenhuis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bemoeizorg; vast aanspreekpunt hulpverlening via casemanagement; gebruik maken van bestaande voorzieningen voor maatschappelijk herstel via intensieve samenwerking met de maatschappelijke opvang en overige ggz instellingen</li> <li>• gestructureerde, gefaseerde aanpak van hulpverlening om het voor cliënt 'behaapbaar' te maken</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• bereiken van maximale zelfredzaamheid en autonomie voor cliënten met persoonlijkheidsstoornis</li> </ul>	<p>nog ontwikkelen</p>	<p>kenmerken van nog te ontwikkelen zorg:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 24-uurs bereikbaarheid van zorg</li> <li>• groot netwerk van ambulante zorg rond cliënt opbouwen</li> </ul>

Het profiel laat wel zien dat een vast contact binnen de hulpverlening essentieel is voor deze groep. Een ander aanknopingspunt voor het verbeteren van het zorgaanbod is de zelfverwaarlozing die veel voorkomt binnen deze groep. Op basis van deze en andere aanknopingspunten in het cliëntprofiel blijken de werkgroepleden diverse doelen voor de zorgverlening aan deze doelgroep te kunnen formuleren (zie tabel 1).

De vindplaats en toeleiding van deze groep is voor de leden van de werkgroepen helder (methadonprogramma's, en andere laagdrempelige zorg zoals de huiskamer en gebruiksruintes, IMC, Opvang- en Crisis Centrum (OCC), ambulante Medisch Psychiatrisch Team, Centrum voor Dienstverlening). Om de cliënten als hulpverlening niet weer 'kwijt te raken' wordt benadrukt dat, wanneer een cliënt bij de eigen instelling is uitbehandeld, deze niet zou mogen worden ontslagen voordat de overdracht naar een andere zorginstelling geregeld is.

### *Zelfverwaarlozing (Rotterdam)*

Het profiel van methadoncliënten die zichzelf verwaarlozen (en geen overheersende psychische problemen hebben) biedt eveneens voldoende relevante informatie om het zorgaanbod beter te kunnen laten aansluiten op de zorgbehoefte. Er bevinden zich relatief veel spuiters in deze groep. Deze cliënten hebben zoals verwacht meer problemen op het gebied van zelfverzorging dan de groep met psychische problemen. Uit de resultaten van de vragenlijsten die de hulpverleners over hun cliënten hebben ingevuld blijkt bovendien dat de hulpverlening minder zicht heeft op de situatie en problemen van de individuele cliënten in vergelijking met de methadoncliënten met psychische problemen. De antwoordcategorie "onbekend" werd bij deze cliënten vaker ingevuld wanneer naar hun leefsituatie werd gevraagd. De hulpverlening heeft met hen minder intensief contact dan met andere (vergelijkbare) cliënten, met als mogelijke oorzaak dat deze patiënten "weinig vragen" (zich niet bewust zijn van hun hulpvraag of deze niet uiten). De behoefte aan persoonlijke hulp en contact blijkt er echter wel degelijk te zijn, zo blijkt uit de semi-gestructureerde interviews die de onderzoeker heeft afgenomen. Op basis van deze resultaten hebben de werkgroepleden ook voor deze groep concrete aanknopingspunten gevonden voor het verbeteren van het zorgaanbod (tabel 2).

*Tabel 2 - Mogelijke interventiedoelen, behandeldoelen en interventies voor Rotterdamse methadoncliënten die zichzelf verwaarlozen*

Interventiedoel	Behandeldoelen/methode	Interventie
zorgtoeleiding	motiveren van cliënt voor 'stap hoger' in de behandeling	bijvoorbeeld: huiskamer waar cliënt vrijblijvend kan komen en op basis van eigen behoefte zorg kan vragen; enige rekening houden met voorkeur van cliënt voor specifieke hulpverlener
verbeteren lichamelijke gezondheid	hygiëne en zelfzorg verbeteren	<ul style="list-style-type: none"><li>• ADL training</li><li>• individuele ambulante begeleiding, vertrouwensband opbouwen, persoonlijke aandacht bieden</li></ul>
negatieve gevolgen middelengebruik verminderen	cocainegebruik beheersbaar maken of afbouwen; maakt kwetsbaar, dus daarvoor 'iets in de plaats' bieden	<ul style="list-style-type: none"><li>• zelfcontroletechnieken cocainegebruik</li><li>• intensieve individuele ambulante begeleiding, met name in het begin, vertrouwensband opbouwen</li></ul>

De leden van de werkgroep missen in het cliëntprofiel informatie over het zelfbeeld van de cliënten; zij denken dat een zeer negatief zelfbeeld mogelijk de oorzaak is van de zelfverwaarlozing. De eigen lichaamsgeur kan mogelijk ook een gevoel van veiligheid geven en worden gekoesterd als een van de laatste dingen die men van zichzelf heeft. In de situatieanalyse is deze mogelijke oorzaak niet genoemd. Ook menen zij dat het cocainegebruik een verdraaid zelfbeeld kan veroorzaken (te positief, 'ik kan de wereld aan en iedereen vindt me leuk') waardoor de eigen problemen en noodzakelijke zelfverzorging over het hoofd worden gezien.

Uit de evaluatie van het profiel blijkt dat de vindplaats van deze groep cliënten duidelijk is (de methadonprogramma's, net als bij de groep met psychische problemen), maar ook werd uit het groepsinterview duidelijk dat de medewerkers van methadonprogramma's nog meer kennis over andere mogelijke vindplaatsen dan methadonprogramma's hebben, die niet is terug te vinden in het profiel.

### *Ouders (Limburg)*

Op basis van het opgestelde cliëntprofiel van methadoncliënten met jonge, thuiswonende kinderen werden door de werkgroepleden verschillende interventie- en behandeldoelen genoemd (zie tabel 3). De conclusie is dat dit profiel relevante informatie bevat voor het ontwikkelen van een passend zorgaanbod voor de doelgroep. Aandachtspunt blijft de verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen verslavingszorg en andere instellingen. Uit het cliëntprofiel komt niet naar voren of de ouders de extra ondersteuning bij de opvoeding bij voorkeur van de verslavingszorg of van andere instellingen zouden willen krijgen.

Tabel 3 - Mogelijke interventiedoelen, behandeldoelen en interventies voor Limburgse methadoncliënten met thuiswonende jonge kinderen

Interventiedoel	Behandeldoelen/methode	Interventie
<ul style="list-style-type: none"> <li>• uithuisplaatsing van kinderen voorkomen; consolideren van bestaande situatie als deze bevredigend is</li> <li>• opvoedingsproblemen verhelpen, zoals problemen met grenzen stellen aan het gedrag van het kind.</li> </ul>	Enkele mogelijkheden om deze interventiedoelen te behalen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• vertrouwen in eigen kunnen versterken door het ontwikkelen van een positief zelfbeeld</li> <li>• verbeteren van het sociaal functioneren</li> <li>• versterken van vertrouwensband met hulpverlener verslavingszorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sociale vaardigheidstraining specifiek voor ouders, bijvoorbeeld via zelfhulpgroepen</li> <li>• hulpverlening aan ouders en kind gescheiden houden (hulpverlener van ouders moet niet mede beslissen over het lot van het kind); vaste contactpersoon, versterken van casemanagement</li> </ul>
stabilisatie	drempel voor methadonverstrekking verlagen	aanpassen verstrekkingstijden aan opvoedingssituatie
zorggebruik ouders vergroten	kennis van ouders vergroten over behandelingsmogelijkheden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• informatievoorziening over behandelings- en opvangmogelijkheden verbeteren</li> <li>• indien nodig zorg ontwikkelen die rekening houdt met de noodzakelijke opvang van het kind</li> </ul>

#### Hepatitis C (Limburg)

In 3.1 is al aan de orde gekomen dat, voor de relevantie van de informatie in het cliëntprofiel van hepatitis C-besmette cliënten, het van belang is om ook gegevens te verzamelen over cliënten die niet getest zijn en over cliënten die niet besmet zijn. Hierdoor was het mogelijk om de besmette groep te vergelijken met niet-besmette cliënten, zodat de specifieke problemen van de besmette groep duidelijker naar voren komen. Ook zijn voor het eerst gegevens verzameld over de kennis die cliënten hebben van de leefregels die gelden bij hepatitis C besmetting, zoals het matigen van het alcoholgebruik, en het naleven van deze regels.

De bespreking van de relevantie van de gegevens in het cliëntprofiel (groepsinterview) richtte zich op de besmette groep en vroegsignalering van besmettingen. Hierover zijn op basis van het cliëntprofiel diverse concrete doelen en interventies geopperd (zie tabel 4). Een gebrek in de informatie van het cliëntprofiel is dat niets bekend is over besmette cliënten die zo ernstig ziek zijn dat ze de methadon niet of nauwelijks zelf kunnen ophalen bij het methadonprogramma. Zij zouden wellicht methadon thuis bezorgd moeten krijgen.

Tabel 4 Mogelijke interventiedoelen, behandeldoelen en interventies voor Limburgse methadoncliënten met hepatitis C-besmetting.

Interventiedoel	Behandeldoelen/methode	Interventie
vroegsignalering verbeteren	drempel voor testen verlagen	testen actief aanbieden op momenten dat cliënten tijd hebben, bijvoorbeeld tijdens de methadonverstrekking
lichamelijke gezondheid van besmette cliënten stabiliseren of verbeteren	kennis en houding t.a.v. leefregels verbeteren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• voorlichting over leefregels, met name over de risico's van alcoholgebruik</li> <li>• mogelijkheid bieden voor onderling sociaal contact/ zelfhulp</li> <li>• het bij de zorg betrekken van partners van besmette cliënten</li> </ul>

### 3.3 SPECIFICITEIT VAN DE PROFIELEN VOOR EEN BEPAALDE REGIO

Verschillen in de regionale situatie (aard en omvang van de problematiek en zorgaanbod) hebben geleid tot een deels verschillende selectie van problemen onder methadoncliënten en een verschil in prioritering hiervan. Probleemgroepen waarvoor al een sluitend zorgaanbod is ontwikkeld blijken bij de situatieanalyse niet specifiek te worden benoemd of niet als prioriteit te worden gezien. Problemen rond de opvoedingssituatie bij methadoncliënten met jonge kinderen werden in Rotterdam bijvoorbeeld niet genoemd, omdat daar al een redelijk functionerend zorgsysteem voor lijkt te zijn. Bij de situatieanalyse is dit probleem daardoor niet als zodanig herkend. Bij de bespreking door de Rotterdamse werkgroep van het cliëntprofiel van methadoncliënten met kinderen kwam wel naar voren dat de zorg voor verslaafde ouders in de regio Rotterdam nog verder zou moeten worden uitgebreid; het systeem is nog heel kwetsbaar omdat de organisatie van het Kinder Maatschappelijk Werk heel klein is.

Gezien het doel van de situatieanalyse - nagaan waar het zorgaanbod niet goed aansluit bij de problematiek en zorgbehoefte - is deze uitkomst bevredigend. Echter, vergelijking van cliëntprofielen van exact dezelfde doelgroepen in twee verschillende regio's is hierdoor niet mogelijk. Daardoor is de vraag of de profielen van dezelfde groep cliënten per regio anders uitpakken moeilijk te beantwoorden. Wel is bij de groepsinterviews nagegaan of de werkgroepen de twee cliëntprofielen uit de andere regio van toepassing vin-

den op de cliënten uit deze doelgroepen in hun eigen regio. Dit was slechts ten dele het geval. Duidelijk werd dat in Limburg beduidend minder niet-westerse allochtone cliënten voorkomen, en meer Duitsers en Belgen. Dit verschil werkt waarschijnlijk door in de meeste subgroepen van de populatie van methadoncliënten in beide regio's.

Ernstige psychische problematiek komt in de Limburgse methadonprogramma's volgens de Limburgse werkgroepleden minder voor, en cliënten met psychische klachten lijken daar voor minder problemen te zorgen dan in Rotterdam. De groep met psychische problemen werd in de situatieanalyse in Limburg daardoor niet specifiek benoemd. De hypothese dat cliëntprofielen per regio dienen te worden opgezet (zie 1.1) lijkt hiermee voorlopig te worden bevestigd.

De visie van de instelling op de zorg en op de eigen cliënten/patiënten heeft tenslotte consequenties voor de manier waarop de gegevens in een cliëntprofiel worden vertaald naar zorginterventies. Onder de leden van de werkgroepen is bijvoorbeeld veel gediscussieerd over de vraag of bij de zorg voor de methadoncliënten met kinderen het belang van de eigen cliënt (de ouder) of dat van de kinderen voorop dient te staan. Deze keuze heeft gevolgen voor de opzet van het zorgaanbod voor de doelgroep.

## 4 Conclusies en aanbevelingen

### 4.1 GESCHIKTHEID VAN DE CONCEPT RICHTLIJN

De concept richtlijn is in twee instellingen toegepast om te zien of hij duidelijke aanwijzingen geeft voor de systematische opbouw van cliëntprofielen. Een eerste graadmeter hiervoor is het behalen van de doelstelling van het toepassen van de concept richtlijn bij de deelnemende instellingen. Doel was om enkele cliëntprofielen op te stellen binnen de populatie van methadoncliënten met behulp van de concept richtlijn, door speciaal ingestelde werkgroepen en binnen de gestelde tijdsperiode. Deze doelstelling is grotendeels behaald; belangrijkste knelpunt was de tijdsplanning. Hierop wordt later teruggekomen.

In Rotterdam zijn twee cliëntprofielen van methadoncliënten opgesteld: dubbele diagnose cliënten en cliënten die zichzelf verwaarlozen (en geen overheersende psychische problemen hebben). In Limburg is een profiel opgesteld van verslaafde methadoncliënten met thuiswonende kinderen van 1-12 jaar oud en een profiel van methadoncliënten met hepatitis C besmetting. Voor alle vier de doelgroepen geldt dat onvoldoende gegevens beschikbaar waren over de situatie op de diverse leefgebieden en over de ervaren zorgbehoefte. Zowel in Rotterdam als in Limburg zijn daarom via medewerkers van methadonprogramma's cliëntgegevens verzameld. In Limburg heeft de onderzoeker bovendien zelf interviews afgenomen bij methadoncliënten. De opgestelde cliëntprofielen zijn besproken met de deelnemers van de werkgroepen om de profielen waar nodig te verduidelijken, en de gegevens bruikbaar te maken voor toepassing in de praktijk.

Om na te gaan hoe de richtlijn heeft gefunctioneerd en wat de factoren zijn die het behalen van dit eindresultaat hebben bevorderd of bemoeilijkt zijn de volgende vragen beantwoord:

- (a) In hoeverre ondersteunt de richtlijn de beslissingen die moeten worden gemaakt voor de ontwikkeling van een cliëntprofiel?
- (b) In hoeverre is de benodigde expertise beschikbaar in de verslavingszorginstellingen om elk van de genoemde fasen te doorlopen?
- (c) Aan welke andere randvoorwaarden (zoals de hoeveel tijd en middelen) moet worden voldaan om de concept richtlijn toe te passen?



De eerste vraag kan kort worden beantwoord: de concept richtlijn was goed bruikbaar, maar nog te abstract en te weinig concreet. Om deze reden is de richtlijn flink vereenvoudigd en zijn werkschema's toegevoegd. Ook zal gerichte training van verslavingszorgpersoneel in de toekomst plaatsvinden. Dit laatste geeft al een indicatie voor het antwoord op de volgende vraag (b). Uit de procesevaluatie komt duidelijk naar voren hoe het opstellen van een cliëntprofiel moet worden georganiseerd en welke deskundigheid hiervoor nodig is. In principe is alle benodigde expertise voor het opstellen van een cliëntprofiel binnen de instellingen aanwezig; wel is aanvullende training voor het werken met de richtlijn nodig. Uit de evaluatie blijkt ook dat iemand met onderzoeksvaardigheden moet worden betrokken bij het proces. In het geval dat een instelling zelf geen personeel met onderzoeksvaardigheden in huis heeft kan voor training van personeel worden gekozen, of voor inzet van externe deskundigheid. Een knelpunt was het betrekken van (vertegenwoordigers van) cliënten bij het proces. Om dit probleem in de toekomst te voorkomen zijn concrete aanbevelingen opgenomen in de definitieve richtlijn.

Naar aanleiding van vraag c kan worden opgemerkt dat het niet is gelukt om de cliëntprofielen binnen de gestelde tijdperiode van negen maanden op te stellen. Dit heeft deels te maken met het experimentele karakter van de situatie en het onderzoek dat daarmee gepaard gaat.

De benodigde tijd hangt gedeeltelijk af van de afwegingen in de strategische analyse: een cliëntprofiel kan veel sneller worden opgesteld wanneer bijvoorbeeld om strategische redenen genoeg kan worden genomen met een beperkte hoeveelheid gegevens. Ook de aanwezigheid van kwalitatief goede registratiegegevens over de doelgroep bevordert een vlot verloop van het opstellen van een cliëntprofiel. Door het uittesten van de concept richtlijn is het duidelijk geworden hoeveel tijd het voor de betrokken medewerkers ongeveer kost om een cliëntprofiel op te stellen. De middelen die nodig zijn worden vrijwel geheel bepaald door de kosten van deze inzet van personeel. Daarnaast zal het trainen van personeel enige kosten met zich meebrengen.

Bevorderende factor voor toepassing van de richtlijn is een traditie van onderzoek en innovatie binnen een instelling. De leiding van de organisatie moet het belang van het project onderschrijven, zodat

de coördinator en de deelnemers van de werkgroepen daadwerkelijk worden vrijgesteld voor de extra taken. Het maakt ook uit of het personeel al eerder heeft meegedacht over differentiatie van zorg voor verschillende doelgroepen of heeft meegewerkt aan zorgprogrammering.

#### 4.2 CLIËNTPROFIELEN ALS ONDERDEEL VAN ZORGPROGRAMMERING

Het tweede deel van de evaluatie richtte zich op de vraag of de opgestelde cliëntprofielen relevante en voldoende informatie bieden voor de ontwikkeling van passende zorg door de zorginstellingen. Resulteert een cliëntprofiel gericht op een subgroep met een vergelijkbare zorgbehoefte in een voldoende onderscheidend profiel? Het moet bijvoorbeeld duidelijk zijn wie wel en wie niet tot de beschreven doelgroep behoren. De conclusie is dat met het afbaken van de doelgroep bij de situatieanalyse moeilijk is en relatief veel tijd vergt, maar dat het bij drie van de vier opgestelde cliëntprofielen uiteindelijk goed is gelukt. Alleen bij het profiel van de groep methadoncliënten met psychische problemen is niet duidelijk geworden of ook de groep met persoonlijkheidsstoornissen hiertoe moet worden gerekend. Dit profiel heeft betrekking op een vrij brede doelgroep.

Een ander criterium voor een goed geslaagd cliëntprofiel is dat de informatie in het profiel voldoende aanknopingspunten biedt om het zorgaanbod voor de doelgroep te verbeteren. Hier is de conclusie dat de profielen overtuigend relevant en informatief zijn. Bij alle vier de opgestelde cliëntprofielen hebben de werkgroepleden diverse mogelijke interventies en belangrijke kenmerken van de benodigde zorg voor de doelgroep kunnen benoemen.

Tenslotte is de specificiteit van de profielen voor beide regio's onderzocht. Het blijkt dat per regio gedeeltelijk andere problemen worden benoemd en prioriteiten worden gesteld wanneer het gaat om de selectie van problemen die spelen onder de populatie van methadoncliënten. Oorzaak hiervan zijn verschillen in de regionale situatie wat betreft de aard en omvang van de problematiek en het reeds bestaande zorgaanbod. Zo lijkt de psychische problematiek van methadoncliënten in Limburg een minder urgent probleem te zijn dan in Rotterdam. Het komt volgens de betrokken hulpverleners

minder voor, en als het voorkomt is de problematiek minder ernstig van aard. In Rotterdam bleek aan de andere kant de problematiek van methadoncliënten met thuiswonende jonge kinderen minder op de voorgrond te staan doordat het zorgaanbod voor deze groep verder is ontwikkeld dan in Limburg. Opvallend is ook dat kenmerken zoals de culturele herkomst van de onderzochte groepen per regio verschillen. Dit resultaat sluit aan bij andere studies die verschillen tussen beide regio's vonden met betrekking tot de samenstelling van de groep van drugsgebruikers (Planije et al., 2001), de drugsmarkt en het zorgaanbod van verslavingszorgvoorzieningen (Coumans et al., 2001). Deze resultaten ondersteunen de keuze voor het opstellen van cliëntprofielen per regio in plaats van het ontwikkelen van landelijk geldende cliëntprofielen.

#### 4.3 AANDACHTSPUNTEN BIJ GEBRUIK VAN DE RICHTLIJN

Op basis van de ervaringen tot nu toe worden enkele aanbevelingen gedaan voor het toepassen van de richtlijn in de huidige verslavingszorgpraktijk. Als eerste moet aandacht worden besteed aan de randvoorwaarden: hoe is de traditie van onderzoek en innovatie binnen de instelling; zijn medewerkers doordrongen van het belang van het uitvoeren van een doelgroeanalyse alvorens verder wordt gegaan met de zorgprogrammering? Zijn leidinggevenden voldoende geëngageerd om daadwerkelijk tijd vrij te maken voor de extra taken van hun personeel? Ten tweede moet tijdig worden bezien of er medewerkers zijn die voldoende onderzoeksvaardigheden hebben (en tijd hebben om te ondersteunen bij het opstellen van een cliëntprofiel). Zo nee, dan kan personeel worden getraind of moet tijdig een extern onderzoeker worden gezocht om te participeren in de werkgroepen en om – indien nodig – de dataverzameling uit te voeren. Om kosten te besparen kan worden overwogen om voor de dataverzameling een stagiair (studie op het terrein van gezondheidswetenschappen) in te zetten afkomstig van een universiteit in de regio, onder begeleiding van een ervaren onderzoeker. Tenslotte is een goed functionerende cliëntregistratie een belangrijke basis voor het opstellen van cliëntprofielen, inclusief follow-up bij cliënten die langdurig in zorg zijn. De beschikbaarheid en makkelijke toegankelijkheid van cliëntgegevens bespaart uiteindelijk veel tijd en geld bij de dataverzameling. Positieve ontwikkeling is dat bij verschillende instellingen momenteel een nieuw registratiesysteem wordt ingevoerd.

## 5 Literatuur

Arrindell W & J Ettema (1986). SCL-90: handleiding bij een multidimensionale psychopathologie-indicator. Lisse: Swets & Zeitlinger. Oorspronkelijk auteur: L.R. Derogatis, 1975.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic Criteria for the DSM-IV. Washington DC: American Psychiatric Association.

Beirens T, E Wits & R Knibbe (2003). Zelf opvoeden van kinderen, hepatitis C: twee cliëntprofielen van methadoncliënten in Limburg. Een toepassing van de concept richtlijn cliëntprofielen. Rotterdam: Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving.

Coenen H (1987). Handlingsonderzoek als exemplarisch leren. Een bijdrage aan de fundering van de methodologie van handlingsonderzoek. Groningen: Proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen.

Coumans AM, C Barendregt, A van der Poel, Mheen H van de (2001). Marginalisering en verharding in het perspectief van de Rotterdamse drugscene. IVO-bulletin (4) nr 1.

Heijman F, J Verveen & B van de Wetering (2000). Van methadonverstrekking naar een gedifferentieerde verslavingszorg: optimale zorgcombinaties voor chronische drugsverslaafden in Rotterdam. Rotterdam: Boumanhuis/Symbion.

Kersten G (1998). Indicatiestelling en verwijzing in de verslavingszorg: van intuïtie naar model. Nijmegen: Proefschrift, Katholieke Universiteit Nijmegen.

Meulders W (2001). Methadonverstrekking, een kritische reflectie en een nieuwe richting. Maastricht: CAD Limburg.

Peters, Vincent (2000). Kwalitan 5.0. Nijmegen: Afdeling Methoden Katholieke Universiteit Nijmegen.

Planije M, I Spruit, J Toet, R Knibbe & H Garretsen (2001). Resultaten uit de Regio- en Stedenmonitor Alcohol en Drugs, een samenvatting. Utrecht: Regio- en Stedenmonitor Alcohol en Drugs.

Roeg D, E Wits & R Knibbe (2003). Psychische problemen en zelfver-  
waarlozing: twee cliëntprofielen van methadoncliënten in  
Rotterdam. Rotterdam: Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen &  
Verslaving.

Wits E & R Knibbe (2002). Verloop van de implementatie van de con-  
cept Richtlijn Cliëntprofielen in twee instellingen voor verslavings-  
zorg, oktober 2001 - juni 2002. Deel II: Deelproject cliëntprofielen.  
Rotterdam: Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving.

Wolf J (1999). Referentiekader: Resultaten scores in de sociale versla-  
vingszorg. Utrecht: Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid/  
Trimbos-instituut.

## *Bijlage 1*

### ***Opzet van de procesevaluatie***

#### *Participatie van de onderzoeker bij toepassing van de richtlijn*

Het onderzoek naar het verloop van de toepassing van de concept  
richtlijn cliëntprofielen heeft het karakter van actieonderzoek of  
handelingsonderzoek: er is getracht om een nieuwe werkwijze aan  
te leren, waarbij de toekomstige gebruikers van de richtlijn (hulp-  
verlening) betrokken worden bij de besluitvorming over door de  
onderzoekers voorgestelde oplossingen (richtlijn) voor een bepaald  
probleem (diversiteit van de doelgroep, noodzaak tot differentiatie  
van zorg). De onderzoeker is bovendien zelf betrokken bij de uit-  
voering van de richtlijn.

In handelingsonderzoek gaat het niet alleen om het bestuderen,  
maar ook om het reguleren van de sociale werkelijkheid. Bovendien  
is sprake van samenwerking tussen onderzoeker en onderzochte.  
Handelingsonderzoek waarbij een centraal geacht probleem in het  
onderzoeksveld wordt bestudeerd en aangepakt, wordt ook wel  
exemplarisch handelingsonderzoek genoemd (Coenen, 1987). Het  
is gericht op twee soorten kennis: kennis over (de mogelijkheden  
tot) handelen, als basis voor kennis ter verbetering van (de moge-  
lijkheden tot) handelen. Het onderzoeksmodel is niet uitsluitend  
gericht op het handelen in één situatie, maar heeft de pretentie  
kennis te verwerven die ook in andere omstandigheden dan die  
concreet onderzocht zijn verbetering van het handelen mogelijk  
maakt. In die zin heeft het geheel van de concrete onderzoeksre-  
sultaten een exemplarische functie (...): wel de concrete situatie  
overstijgend, maar niet algemene wetten producerend (Coenen,  
1991, p. 6).

Het voordeel van actie-onderzoek of handelingsonderzoek is dat de  
relatie met de praktijk gedurende het hele onderzoek gewaarborgd  
blijft. Coenen betoogt dat het idee terrein verliest dat de sociale  
wetenschap een uitdijende 'body of knowledge' als resultaat heeft,  
met steeds meer genuanceerd ingevulde en op elkaar afgestemde  
modellen van de werkelijkheid. Hij stelt dat de sociale wetenschap  
tegenwoordig meer op zoek is naar mogelijkheden om voorspelling-  
gen die men doet en om de doelen die men zichzelf stelt, zelf te  
realiseren in onderzoek door dit te beschouwen als een actief ingrij-  
pen in de sociale werkelijkheid.

Overigens wordt aan handelingsonderzoek vaak een emancipatoire doelstelling gekoppeld, uitgedrukt in de gelijkwaardigheid van en symmetrische verhoudingen tussen de onderzoeker en de onderzochte. In het onderzoek naar de toepassing van de concept richtlijn cliëntprofielen komt deze emancipatoire doelstelling naar voren in de zin dat de onderzoeker samen met professionals in de sociale verslavingszorg een richtlijn ontwikkelt om goed onderbouwde beslissingen te nemen bij de vernieuwing en kwaliteitsverbetering van de zorg, waarbij zoveel mogelijk de beschikbare wetenschappelijke kennis over de doelgroep van de verslavingszorg wordt gebruikt. Voor degenen die hebben geparticipeerd in het onderzoek was de deelname op zich reeds een training in het op een andere, meer systematische manier kijken naar de doelgroepen waar men mee werkt.

#### *Opzet en onderzoeksmethode*

De onderzoeker is begonnen met het schrijven van een plan van aanpak gebaseerd op de concept richtlijn. Dit plan is gebruikt door de coördinatoren van DeltaBouman en het CAD Limburg die belast zijn met de implementatie van de concept richtlijn. Vervolgens hebben de coördinatoren diverse methadonmedewerkers (clustermanagers en uitvoerenden) benaderd om te vragen of ze zouden willen participeren in de eerste werkgroep, ten behoeve van de situatie-analyse. Nadat de werkgroepen waren samengesteld kon de inhoudelijke toepassing van de richtlijn beginnen.

Door de onderzoeker is de toepasbaarheid van de acties in elke stap van de implementatie van de concept richtlijn geëvalueerd. De volgende activiteiten zijn hiervoor ondernomen:

- Monitoring van de voortgang van het implementatieproces in beide instellingen. Informatiebronnen hiervoor zijn onder meer notulen van vergaderingen en rapporten. Ook heeft de onderzoeker iedere bijeenkomst bijgewoond van de werkgroepen die zich met de situatie-analyse en de strategische analyse hebben bezig gehouden.
- Face-to-face interviews met medewerkers die betrokken zijn bij het opstellen van de cliëntprofielen. Deze interviews zijn uitgevoerd in het begin van het implementatieproces tijdens de situatieanalyse, en gedurende het proces na afronding van de strategische analyse.
- Een groepsinterview met participanten uit Rotterdam en Limburg na

afronding van de strategische analyse. Doel van deze bijeenkomst was tweeledig:

- voor de procesevaluatie: nagaan welke verschillen zowel inhoudelijk als procesmatig bestaan tussen Rotterdam en Limburg, en waarom deze verschillen er zijn. Ook de mening van de werkgroepleden over de werkwijze van de richtlijn en de inhoud van de discussies in de werkgroepen is bij deze bijeenkomst aan de orde gekomen.
- voor de betrokkenen: uitwisselen van ervaringen en hiervan leren.
- Systematische registratie van alle vragen over de implementatie vanuit DeltaBouman en het CAD Limburg.
- Het schrijven van voortgangsrapportages en het vragen van feedback hierover in het periodieke overleg van de coördinatoren, de projectleider en de onderzoeker, gericht op het bereiken van consensus over de inhoud van deze rapportages. Op deze manier heeft de onderzoeker de eigen ervaringen als lid van de werkgroepen en als onderzoeker kunnen gebruiken om samen met het overige onderzoeksmateriaal de onderzoeksvragen te beantwoorden.

Topics voor het onderzoeken van het implementatieproces waren:

- het behalen van de doelstelling(en) van de implementatie;
- is de implementatie in beide instellingen volgens plan verlopen en factoren die hierbij een rol spelen;
- duidelijkheid van de concept richtlijn over de verschillende stappen die moeten worden genomen om een cliëntprofiel op te stellen;
- de taakverdeling bij de implementatie;
- beschikbare tijd en middelen versus de benodigde tijd en middelen om de verschillende taken uit te voeren;
- beschikbare expertise om de concept richtlijn toe te passen;
- de mening van betrokkenen over de nieuwe werkwijze;
- het verloop van de samenwerking tussen stafmedewerkers, uitvoerend personeel, onderzoekers;
- eventuele neveneffecten van de implementatie van de concept richtlijn.

#### *Dataverzameling en verwerking*

Tijdens de implementatie zijn de werkgroepen wel geïnformeerd over elkaars werkwijze, maar niet over de keuze van thema's en de bijbehorende cliëntprofielen. Hiervoor is gekozen omdat in de tweede fase van het evaluatieonderzoek is nagegaan of de keuze

van thema's en de uiteindelijk opgestelde cliëntprofielen regio-specifiek zijn. Het was dus voor het onderzoek van belang dat de werkgroepen in beide regio's elkaar inhoudelijk niet zouden beïnvloeden.

De coördinatoren in Rotterdam en Limburg zijn ieder twee keer geïnterviewd. Ook de beleidsmedewerker in Rotterdam die de coördinator ondersteunde is tweemaal benaderd voor een interview. De overige werkgroepleden die betrokken waren bij ofwel de situatie-analyse ofwel de strategische analyse zijn eenmaal geïnterviewd. Alle betrokkenen (zowel de werkgroepen die zich met de situatie-analyse hebben beziggehouden als de werkgroepen van de strategische analyse) zijn bovendien in juni 2002 bijeengekomen voor een groepsinterview. Twee groepsinterviews met de werkgroepleden in Rotterdam en Limburg zijn afgenomen na afronding van de data-verzameling voor het opstellen van de cliëntprofielen. In totaal zijn veertien interviews afgenomen, waarvan drie groepsinterviews.

In de interviews heeft de onderzoeker telkens voortgebouwd op inzichten die vanuit eerdere interviews of bijeenkomsten van werkgroepen waren verkregen. Bij het eerste groepsinterview is gediscussieerd aan de hand van stellingen over het verloop van de implementatie, die de onderzoeker vooraf had opgesteld op basis van de tot dan toe verzamelde gegevens. Bij de andere twee groepsinterviews vormden de concept cliëntprofielen de basis voor een discussie over de relevantie, het onderscheidend vermogen en de volledigheid van de profielen.

De interviews (inclusief het eerste groepsinterview) zijn opgenomen op tape, uitgeschreven en geanalyseerd met het programma Kwalitan (Peters, 2000). De overige twee groepsinterviews zijn op schrift uitgewerkt en zonder gebruik van Kwalitan geanalyseerd. Codes zijn toegekend met behulp van de onderwerpen uit de topiclijst maar ook nieuwe codes zijn toegevoegd. Met behulp van het opbouwen van categorieën van trefwoorden werden de bijbehorende fragmenten vervolgens geanalyseerd. Belemmerende en bevorderende factoren voor de uitvoering van de richtlijn werden op deze wijze gedestilleerd uit het onderzoeksmateriaal. Vervolgens is een selectie gemaakt van citaten die de bevindingen het beste illustreren. Er is niet gewerkt vanuit een theoretisch kader; wel is bij de opzet van het onderzoek rekening gehouden met het toetsen van de hypothese dat cliëntprofielen regio-specifiek zijn.

## *Bijlage 2* **Definitieve richtlijn Cliëntprofielen (zonder werkschema's)**

Richtlijn voor het opstellen van cliëntprofielen in de verslavingszorg

**versie 1.0**

Rotterdam  
Juli 2003

E.G. Wits (Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving)  
R.A. Knibbe (Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving)  
J. Verveen (DeltaBouman)  
W. Meulders (CAD Limburg)

## INLEIDING

De verslavingszorg in Nederland is intensief bezig met zorgvernieuwing en het verbeteren van de kwaliteit van de zorg voor verslaafden. De afgelopen jaren is binnen het Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid van het programma Resultaten Scoren van GGZ Nederland specifiek aandacht besteed aan het verbeteren van de zorg voor langdurig verslaafden met een complexe problematiek. Het Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving (IVO) is in dit kader, samen met DeltaBouman en het CAD Limburg, aan de slag gegaan met het ontwikkelen van een praktijkgericht instrument om cliëntprofielen op te stellen. Het resultaat is een beknopte richtlijn die verslavingszorginstellingen een handvat geeft om een doelgroepanalyse uit te voeren wanneer zij van plan zijn voor een bepaalde doelgroep zorg te ontwikkelen of te verbeteren.

Het uiteindelijke doel is het beter laten aansluiten van het zorgaanbod op de zorgbehoefte van langdurig verslaafden. Alhoewel het bereik van de zorg onder deze groep in Nederland hoog is, blijkt het in de praktijk lastig om langdurig verslaafden toe te leiden naar een intensievere vorm van zorg dan de meest laagdrempelige zorgvoorzieningen, laat staan om een blijvend maatschappelijk herstel te bewerkstelligen. Daarom is het juist hier belangrijk om niet alleen nauwgezet na te gaan wat de specifieke problemen zijn van een doelgroep, maar ook wat de door hen ervaren zorgbehoefte is. De richtlijn voor het opstellen van cliëntprofielen is bedoeld om na te gaan welke doelgroepen met een gemeenschappelijke zorgbehoefte onder langdurig verslaafden te herkennen zijn. Wat zijn de kenmerken, wat is de zorgbehoefte en hoe kan deze specifieke groep daadwerkelijk worden bereikt wanneer een zorgprogramma eenmaal is ontwikkeld? Wanneer het cliëntprofiel compleet is zal duidelijk worden aan welke eisen het zorgprogramma precies moet voldoen, hoe de doelgroep kan worden bereikt en hoe zo goed mogelijk kan worden aangesloten bij de zorgbehoefte. Deze systematische werkwijze vergroot de kans dat het zorgprogramma uiteindelijk slaagt. Het project is mogelijk gemaakt door ZonMw. In de komende jaren zal - wederom met financiering van ZonMw - de richtlijn worden geïmplementeerd in de Nederlandse verslavingszorg. Aan de hand van de ervaringen in de praktijk zal de richtlijn periodiek worden bijgesteld. De richtlijn is zodanig opgesteld dat de instelling deze zelf kan toepassen, bij voorkeur na training van enkele medewerkers (bijvoorbeeld een stafmedewerker en zorgmanager). In onderstaande korte handleiding worden de verschillende onderdelen van de richtlijn toegelicht.

## RICHTLIJN CLIËNTPROFIELEN

### ***Waarvoor dient een cliëntprofiel?***

Het opstellen van cliëntprofielen is te vergelijken met een doelgroepenanalyse zoals die wordt toegepast in bijvoorbeeld de voorlichting of marketing, en is bedoeld om passende zorg te kunnen ontwikkelen voor de betreffende doelgroep. Het is een belangrijk eerste onderdeel van het proces van zorgprogrammering. Let op: een cliëntprofiel is dus niet bedoeld voor gebruik op individueel niveau, zoals bij de indicatiestelling, maar dient als basis voor een te ontwikkelen (of aan te passen) zorgprogramma dat aansluit bij de zorgbehoefte van de doelgroep.

### ***Het recept***

Voor het opstellen van een cliëntprofiel worden de volgende stappen doorlopen:

1. Situatietanalyse
2. Strategische analyse
3. Verzamelen van gegevens, analyse en het opstellen van het cliëntprofiel
4. Afronding van het ontwikkelingsproces

### ***De ingrediënten***

De gegevens in een cliëntprofiel hebben betrekking op de problematiek en de zorgbehoefte van de doelgroep. Denk hierbij aan een verslag van vier tot twaalf pagina's met daarin een beschrijving van de problematiek op de diverse leefgebieden (ook kwalitatief) en de zorgbehoefte op deze gebieden. Afhankelijk van de doelgroep en het type zorg dat men beoogt te ontwikkelen worden bepaalde thema's uitgebreider belicht dan andere.

De thema's in het cliëntprofiel zijn:

- gezondheid en leefsituatie (denk aan middelengebruik, lichamelijke en geestelijke gezondheid, financiën, wonen, dagbesteding, sociale contacten, politie/justitie);
- De ervaren zorgbehoefte van de cliënt;
- De relatie van de cliënt met de zorg (in het heden en verleden);
- De vindplaats en de wijze van contact leggen met de doelgroep;
- Algemene gegevens zoals geslacht, leeftijd, culturele herkomst, opleiding, omvang van de doelgroep.

De vindplaats en wijze van contact leggen met de doelgroep kunnen in sommige gevallen eenvoudig te benoemen zijn; in andere gevallen heeft dit speciale aandacht. Met het beantwoorden van deze vraag worden problemen met de instroom van cliënten in het nieuwe zorgprogramma zoveel mogelijk voorkomen.

### **Benodigheden en benodigde tijd**

Belangrijk is om te beseffen dat het opstellen van een cliëntprofiel tijd en inzet zal vergen van verschillende medewerkers van de organisatie. Vóórdat met het opstellen van een cliëntprofiel wordt begonnen moet duidelijk zijn dat het management van de instelling bereid is om hiervoor daadwerkelijk tijd en geld uit te trekken, zodat de betrokken medewerkers vrijgesteld worden voor deelname aan het project.

- Voor de projectcoördinator zal het werk circa 1 dag in de week in beslag nemen, gedurende 8 tot 12 maanden.
- De leden van de werkgroepen moeten rekenen op 4 á 5 bijeenkomsten van enkele uren, die gedurende enkele maanden plaatsvinden.
- Daarnaast moet iemand met onderzoeksvaardigheden bij het project worden betrokken die, afhankelijk van de hoeveelheid gegevens die moet worden verzameld, 4 tot 12 weken fulltime aan het project kan besteden in een periode van 8 tot 12 maanden (gemiddeld 1 dag per week, piek tijdens dataverzameling).

### **Interventiedoel**

Wanneer de oorzaken van de gesignaleerde problemen in kaart zijn gebracht, wordt op basis van deze oorzaken nagegaan wat het interventiedoel zou moeten zijn van de te ontwikkelen zorg. Indien nodig worden daarna concrete behandeldoelen geformuleerd.

Het interventiedoel en behandeldoel zijn van belang voor de verdere invulling van het cliëntprofiel: het bepaalt de belangrijkste thema's in het profiel ('over welke onderwerpen willen we informatie voor we een zorgprogramma gaan opzetten'). Bovendien vergemakkelijkt een goed geformuleerd interventiedoel het maken van keuzes in de strategische analyse (stap 2).



Bijvoorbeeld: een van de problemen van veel (ex-)verslaafden bij het wonen is het omgaan met de beperkte financiële middelen.

*Interventiedoel:* door intensieve begeleiding bij het geldbeheer leren om voldoende middelen te reserveren voor een goede zelfverzorging, geen betalingsachterstanden te laten ontstaan etc.

*Behandeldoel:* het zo zelfstandig mogelijk beheren van (een deel van) het eigen inkomen.

### **Bestaand zorgaanbod**

Belangrijk is om na te gaan welk zorgaanbod er voor de doelgroep al bestaat. Denk hierbij ook aan voorzieningen in andere sectoren dan de verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg, bijvoorbeeld leer/werktrajecten van de sociale dienst of woonprojecten van de gemeente. Kijk vervolgens wat de plus- en minpunten en hiaten hierin zijn door op zoek te gaan naar uitkomsten van evaluaties van deze programma's. Wellicht is elders ervaring opgedaan die bruikbaar is (probeer het wiel niet opnieuw uit te vinden). Probeer hierover zoveel mogelijk informatie te verzamelen uit de literatuur (internet!), bij collega's in de verslavingszorg en bij andere ggz-instellingen.

## 1. SITUATIEANALYSE

### **Afbakening van de doelgroep**

In de eerste stap van het opstellen van het cliëntprofiel wordt vastgesteld wat de aanleiding is om een cliëntprofiel te willen opstellen, wat precies het probleem is en in welk opzicht de zorg niet goed aansluit bij de zorgbehoefte van de groep waar het om gaat.

De problemen en (mogelijke) oorzaken van deze problemen worden nauwkeurig omschreven, op basis van eerdere ervaringen met en kennis over de beoogde doelgroep. Op basis van deze informatie wordt de doelgroep zo gedetailleerd mogelijk afgebakend.

Kies een duidelijk perspectief, om zodoende de afbakening van de doelgroep zo duidelijk mogelijk te maken. Het is hierbij belangrijk om criteria voor de afbakening te vinden die, direct of indirect, de kans bevorderen om in contact te komen met juist die specifieke groep.

Bedenk vervolgens of er subgroepen te herkennen zijn, en zo ja, of verdere afbakening van de doelgroep wellicht verstandiger is.



Bijvoorbeeld: dakloosheid vormt een probleem voor het maatschappelijk herstel van drugsgebruikers. Afbakening doelgroep: alle drugsgebruikers die in 2003 gedurende meer dan 6 maanden meer dan 4 nachten per week gebruik maakten van nachtopvangvoorziening X. De afbakening is helder; tegelijk maakt deze afbakening duidelijk waar de doelgroep bereikt kan worden.

## 2. STRATEGISCHE ANALYSE

De tweede stap betreft een strategische analyse, om te bepalen welke gegevens zouden moeten worden verzameld om een betrouwbaar en relevant cliëntprofiel te verkrijgen.

*De uitkomst van de strategische analyse bepaalt hoe uitgebreid het onderzoek naar de doelgroep dient te zijn (zie onderdeel 3).*

### **Wat moét je weten**

Van alle mogelijke kenmerken van cliënten (denk aan de diverse leefgebieden) wordt nagegaan hoe belangrijk deze gegevens zijn om het zorgprogramma uiteindelijk te laten slagen. Het is immers niet efficiënt om alle mogelijke gegevens te verzamelen over de doelgroep. De vraag is dus hoe belangrijk het is voor het ontwikkelen van het zorgprogramma om goed inzicht te hebben in het middelengebruik, crimineel of agressief gedrag, schulden, dagbesteding, etcetera. Bedenk over welke thema's veel, weinig of geen gegevens nodig zijn. Vergeet niet na te denken over de noodzaak van gegevens over de omvang van de doelgroep, met name vanwege de mogelijke financiële of organisatorische consequenties hiervan.

Bijvoorbeeld: wanneer langdurig verslaafden worden toegeleid naar een zelfstandig begeleid wonen project is het - om eenzaamheid en verveling te voorkomen - van groot belang na te gaan aan welke type dagbesteding zij behoefte zouden hebben. Dan wordt duidelijk met welke dagactiviteitenprogramma's of werkprojecten tijdig contact moet worden gelegd.

### **Risico's van niet weten**

Om de juiste keuzes te kunnen maken wordt ook nagegaan wat er precies mis zou kunnen gaan als besloten wordt de gegevens níet te verzamelen: welke gevolgen heeft dat voor de cliënt, of voor de zorginstelling zelf?

Bijvoorbeeld: hoe groot is de kans op het mislukken van het project als gewoon wordt uitgeprobeerd wat de beste dagbesteding is, zonder het vooraf te onderzoeken? Is de kans groot dat cliënten dan teleurgesteld raken en na een paar weken weer vertrokken zijn? Is deze groep cliënten daarna opnieuw te motiveren voor deelname aan een dergelijk programma?

### **Inventarisatie kenmerken doelgroep**

Om de gekozen doelgroep en hun specifieke probleem zo goed mogelijk te definiëren wordt nogmaals samengevat wat het voor deze groep zo kenmerkende gemeenschappelijke probleem is, en wat deze doelgroep precies onderscheidt van vergelijkbare groepen.

Vanaf nu richt de analyse zich op de gegevens die in het cliëntprofiel worden opgenomen (het grijs gekleurde deel van schema B). Eerst worden de problemen op de nog niet eerder besproken leefgebieden in kaart gebracht en wordt getracht een beeld te krijgen van de ervaren zorgbehoefte van deze groep. Vaak is hier lang niet alles bekend, maar probeer zover mogelijk te komen en ga na wat de belangrijkste ontbrekende gegevens zijn.

Ook is het van belang om de relatie van de doelgroep met de zorg te beschrijven: is de doelgroep 'in beeld' en zo ja, heeft de doelgroep stabiele contacten met de verslavingszorg? Zijn de contacten met zorgverleners vluchtig of intensief? Ga na waar de doelgroep te vinden is en op welke wijze contact moet worden gelegd om de instroom in het nieuwe zorgprogramma te bevorderen. Tenslotte worden algemene kenmerken van de groep beschreven, zoals geslacht, leeftijd en culturele herkomst.

In het grijs gekleurde onderdeel van het werkschema is nu het totaalplaatje te zien: welke gegevens zijn al beschikbaar, en welke gegevens ontbreken nog voor het opstellen van een cliëntprofiel. In de volgende stap, de strategische analyse, wordt besloten welke gegevens nog verzameld moeten worden om een verantwoorde basis te hebben voor het ontwikkelen van een zorgaanbod voor de doelgroep.

### **Uitvoering van de situatieanalyse:**

- Werkgroep instellen van hulpverleners die de doelgroep goed kennen, vanuit verschillende disciplines en functieniveaus.
- De werkgroep wordt geleid door de projectcoördinator.
- Het is van belang iemand met onderzoeksvaardigheden te laten participeren in de werkgroep, omdat aanvullend onderzoek naar met name de zorgbehoefte van de doelgroep onderdeel is van het proces. Bijkomend voordeel is dat deze bij de situatieanalyse alvast kan starten met een literatuuronderzoek, zodat men minder afhankelijk is van de parate kennis van de overige leden van de werkgroep.
- De werkgroep dient uit 5 à 6 personen te bestaan en komt circa 4 keer gedurende 2,5 uur bij elkaar. De periode tussen de verschillende bijeenkomsten moet niet te lang zijn (ca. 2 weken). Een goede verslaglegging van de bijeenkomsten van de werkgroepen is uitermate belangrijk voor de inzichtelijkheid van het proces.
- Het is aan te bevelen om ook vertegenwoordigers van de doelgroep zelf te betrekken bij de doelgroepanalyse. Er kunnen bijvoorbeeld enkele discussiebijeenkomsten voor cliënten worden georganiseerd rond vragen en thema's waarbij hun inbreng van belang is.



#### 4. AFRONDING

In de laatste stap vindt de afronding van het ontwikkelingsproces plaats. Het cliëntprofiel wordt zo bondig mogelijk beschreven en teruggekoppeld naar de werkgroepen die zich bezig hebben gehouden met de situatieanalyse en de strategische analyse. Indien nodig worden aanvullende gegevens gezocht, en wordt een omvangschatting gedaan van de doelgroep zoals omschreven in het cliëntprofiel.

##### **Tenslotte**

Wanneer het cliëntprofiel is afgerond zal het management in samenspraak met uitvoerenden moeten bepalen hoe het zorgprogramma voor de doelgroep verder zal worden ontwikkeld. Het is van daarbij belang om het cliëntprofiel te bespreken met degenen die hebben meegewerkt aan de ontwikkeling ervan, en met overige medewerkers die betrokken zijn bij het ontwikkelen van het zorgprogramma. Misschien is het nodig om bepaalde resultaten beter uit te werken zodat het cliëntprofiel nog bruikbaar wordt voor de praktijk. Zij kunnen bovendien aan de hand van de gegevens in het cliëntprofiel ideeën aandragen voor de verdere ontwikkeling van het zorgprogramma. In deze fase is ook de inbreng van (vertegenwoordigers van) cliënten gewenst.

##### **Wat is al bekend over de doelgroep, met welke zekerheid?**

Denk tenslotte na over de betrouwbaarheid en actualiteit van de gegevens die al beschikbaar en bruikbaar zijn (literatuur, registraties, nota's). Afgewogen dient te worden of aanvullende gegevens nodig zijn als de betrouwbaarheid van de beschikbare gegevens laag is of als de gegevens sterk verouderd zijn. Ga ook na of de gegevens die er zijn goed te vertalen zijn naar andere situaties.



Bijvoorbeeld: uit landelijke gegevens is bekend dat 30% van de harddrugsgebruikers besmet is met ziekte X. Plaatselijk kunnen deze cijfers heel anders zijn, bijvoorbeeld doordat het vóórkomen van deze ziekte samenhangt met spuitgedrag. Van spuitgedrag is bekend dat er regionale verschillen zijn. In dit geval zijn plaatselijke gegevens de enige juiste bron voor het vaststellen van het percentage besmettingen onder de doelgroep.

##### **Uitvoering van de strategische analyse:**

De strategische analyse wordt uitgevoerd door een nieuw in te stellen werkgroep met daarin managers van de instelling die verantwoordelijk zijn voor de betreffende doelgroep, zowel het lagere niveau (1e leidinggevende van een afdeling of cluster) als het hogere niveau. Vanzelfsprekend is de projectcoördinator lid van deze werkgroep. Het is aan te bevelen om iemand met onderzoeksvaardigheden deel te laten nemen. Ook deze werkgroep bestaat uit 5 à 6 personen, en komt circa vier maal bijeen.

#### 3. GEGEVENSVERZAMELING EN OPSTELLEN VAN HET CLIËNTPROFIEL

Zodra duidelijk is welke gegevens nog moeten worden verzameld om het cliëntprofiel op te stellen worden voorbereidingen getroffen voor de dataverzameling. Een gebruikelijke werkwijze is: literatuuronderzoek, analyse van beschikbare (registratie-)gegevens over de doelgroep en interviews met deskundigen en cliënten (uitvoerenden, cliënten en potentiële cliënten). Met name over de ervaren zorgbehoefte van cliënten is vaak weinig bekend, terwijl dit een belangrijk onderdeel van een cliëntprofiel is.

##### **Uitvoering van de gegevensverzameling:**

De gegevensverzameling wordt uitgevoerd door iemand die hiermee ervaring heeft en hiervoor is opgeleid, in samenwerking met de coördinator van het project. Denk in deze fase ook aan de mogelijkheid van het betrekken van een stagiair vanuit een van de universiteiten in de regio, onder begeleiding van een ervaren wetenschapper.

### Bijlage 3

## Factsheets: vier cliëntprofielen van methadoncliënten in Rotterdam en Limburg

### FACTSHEET 1 METHADONCLIËNTEN MET PSYCHISCHE PROBLEMEN

Om het zorgaanbod te kunnen verbeteren is een profiel opgesteld van zogenoemde zorgcliënten (methadoncliënten) van DeltaBouman met bijkomende psychische problemen. Het betreft cliënten die voldoen aan één of meer van de volgende criteria:

- In 2001 of 2002 behandeld voor psychische klachten;
- In afgelopen jaar medicatie voor psychische klachten;
- Klaagt zelf over ernstige psychische problemen;
- Hoge tot zeer hoge score op de SCL-90 (een screeningslijst voor psychische problematiek).

Gegevens zijn verkregen via vragenlijsten ingevuld door hulpverleners van methadonprogramma's, en via afname van de SCL-90. Van de 212 zorgcliënten van DeltaBouman hebben volgens deze criteria 132 cliënten (62%) (ernstige) psychische problemen.

#### Demografie

De verdeling man-vrouw is respectievelijk 80% en 20% en de gemiddelde leeftijd ligt op 41 jaar, net als onder alle zorgcliënten. Velen hebben een Nederlandse herkomst (60%). Verder is de culturele herkomst divers, alleen valt in vergelijking met alle zorgcliënten op dat er geen Antillianen in deze groep met psychische problemen voorkomen.

#### Middelengebruik

In tabel 1 worden percentages middelengebruik, dagelijks gebruik en duur van het gebruik weergegeven.

Tabel 1 Middelengebruik cliënten met psychische problemen (%)

Middel	% Gebruik	% Dagelijks	% > 5 jaar
Methadon	99	89	84
Heroïne	75	37	69
Cocaine	85	46	77
Alcohol (>5 glazen)	41	17	32
Medicijnen (voor kick of roes)	41	21	31

Methadon wordt (zoals verwacht) door vrijwel alle cliënten gebruikt, meestal al langer dan vijf jaar. Heroïne wordt door een derde van de cliënten dagelijks gebruikt, cocaine door de helft van de cliënten dagelijks. Ruim tweederde gebruikt deze middelen langer dan vijf jaar. Het beeld is hiermee nagenoeg gelijk aan dat van alle zorgcliënten. Wel is een verschil te zien in alcohol- en medicijngebruik, dit is in de groep met psychische problemen iets hoger en langduriger dan bij alle zorgcliënten. Polygebruik van heroïne, cocaine en methadon komt bij 40% van de cliënten voor, minder dan bij alle zorgcliënten. Spuiten van drugs komt bij 43% van deze cliënten voor. Bijna de helft heeft ooit wel eens een serieuze stoppoging ondernomen. In de afgelopen twee jaar was dat 24%. Dit wijkt weinig af van alle zorgcliënten. Uit de kwalitatieve interviews met 8 cliënten (3 vrouwen en 5 mannen) met psychische problemen blijkt ook dat sommigen graag willen stoppen met drugsgebruik. Anderen gebruiken naar eigen zeggen al te lang om te kunnen stoppen, of zijn tevreden met hun bijgebruik.

#### Psychische gezondheid

Uit de SCL-lijsten komt naar voren dat bij het merendeel van de mannen depressie (94%), somatische klachten (83%) en angst (80%) voorkomen. De overige symptomen, zoals hostiliteit en slaapproblemen, komen bij zo'n driekwart van de mannen voor. Bij de vrouwen scoren vooral depressieve symptomen, somatische klachten, hostiliteit en angst hoog. De gegevens van de hulpverlenersvragenlijst laten zien dat driekwart van deze cliënten wel eens is behandeld voor psychische klachten, en een kwart meer dan één keer, meestal ambulantly (79%). 78% is wel eens in de verslavingszorg behandeld voor de psychische klachten, 40% in overige ggz-instellingen en 23% door de huisarts. Van hen is 82% in de afgelopen twee jaar nog behandeld. Bij de cliënten die medicatie krijgen voorgeschreven voor psychische klachten (17%) gaat het veelal om anti-psychotica en anti-depressiva. Uit de kwalitatieve gegevens blijkt dat de medicatie tegen psychoses, depressies of slapeloosheid in vrijwel alle gevallen afdoende zijn. Men ziet zelf het medicijngebruik als de belangrijkste oplossing voor de problemen. Een enkeling heeft daarnaast behoefte aan gesprekken. Bij sommigen duurt het lang eer ze hun persoonlijke verhaal durven te vertellen. Er wordt in dit verband geklaagd over het grote verloop onder het personeel. Bij deze cliënten is de vertrouwensband van relatief groot belang.

Tabel 2 Gezondheidsproblemen bij cliënten met psychische problemen (%)

Aanwezig	Lichamelijke aandoening	Gebitsprobleem	Ondergewicht	Uitputting	Maaltijden
Continue	44%	40%	49%	22%	45%
Wisselend	4%	2%	13%	17%	16%
Totaal	48%	42%	62%	39%	61%
Niet bekend	19%	8%	3%	7%	13%

#### Lichamelijke gezondheid

In tabel 2 worden de gezondheidsproblemen van de groep met psychische problemen weergegeven. Met name ondergewicht en het op regelmatige basis overslaan van maaltijden komen veel voor (ruim 60%), meestal continu, bij sommigen wisselend. Als er sprake is van lichamelijke aandoeningen of gebitsproblemen dan is dit bijna altijd continu. Lichamelijke aandoeningen betreffen met name longklachten en hepatitis B of C. Geslachtsziekten komen daarna het meest voor. Men heeft vaak meerdere aandoeningen tegelijkertijd. Uit de kwalitatieve gegevens komt naar voren dat lichamelijke klachten adequaat worden behandeld. Men lijkt de weg naar de huisarts van de dagopvang van DeltaBouman goed te kunnen vinden. De meesten komen hier minimaal twee keer per week. In een enkel geval worden afspraken met het ziekenhuis niet goed nagekomen, vanwege pijnlijke ervaringen bij de vanwege ziekte noodzakelijke controles.

#### Verwaarlozing

Een groot deel van de cliënten (80%) verwaarloost zichzelf op minstens een van de volgende drie gebieden: gebit, lichamelijke gezondheid en/of zelfverzorging (tabel 3). In de laatste kolom is het percentage cliënten opgenomen dat zich op alledrie de gebieden verwaarloost (25%). Hygiënische zelfverzorging (in de tabel: zelfverzorging) is opgebouwd uit de elementen "niet regelmatig douchen", "vuile kleding", "kapotte kleding" en "stinken". De mate

Tabel 3 Verwaarlozing per verzorgingsgebied bij cliënten met psychische problemen (%)

Mate	Gebit	Lichamelijk	Zelfverzorging	Alle gebieden
Aanwezig	41%	77%	52%	25%
-waarvan ernstig	26%	30%	9%	4%

waarin deze aspecten voorkomen varieert van 24% (stinken) tot 39% (vuile kleding). In de helft van de gevallen komt het bij de cliënt niet continu voor, maar wisselend.

Van de cliënten met psychische problemen die zichzelf verwaarlozen is respectievelijk 34%, 13%, 32% zich niet of wisselend bewust van aanwezige gebits-, lichamelijke- en zelfverzorgingsproblemen. In respectievelijk 69%, 31% en 63% van de gevallen menen de hulpverleners dat cliënten niet, of wisselend het vermogen hebben om iets aan de verwaarlozing te doen.

#### Zorg

Tijdens de open interviews is gevraagd naar de hulpverleningservaringen en zorgbehoefte. De algemene indruk is dat zij hun problemen redelijk onder controle hebben - alhoewel er duidelijke uitzonderingen zijn. De geïnterviewde cliënten hebben een lange geschiedenis van middelengebruik en contacten met de hulpverlening - zo'n 20 jaar. Ze halen bij de dagopvang of op de methadonbus twee tot zeven maal per week hun methadon. Een aantal van hen neemt graag deel aan de dagactiviteiten en warme maaltijden. Positieve ervaringen met de zorg hebben vaak te maken met het feit dat er vroeger meer tijd en geld was om leuke dingen te doen en voor persoonlijke aandacht van de hulpverlener. Nu is dat minder. Men is positief over de soepele houding vanuit de dagopvang ten aanzien van de handhaving van bepaalde regels. Sommigen hebben met een specifieke hulpverlener een goed contact opgebouwd. Zo'n hulpverlener is voor hen heel erg belangrijk. Negatieve ervaringen met de hulpverlening betreffen zaken als: ontevredenheid over het 'eindeloos' blijven verstrekken van methadon, te weinig tijd van hulpverleners en het grote verloop onder het personeel, een dwangopname in het verleden, het niet meekrijgen van methadon voor het weekend, of het gevoel niet serieus genomen te worden.

#### Wonen

Van de cliënten met psychische problemen heeft 19% geen vast onderdak. Meer dan eenderde heeft een eigen (huur- of koop)woning. Daarnaast woont 13% in een sociaal pension of beschermde woonvorm. Praktisch alle cliënten wonen in Rotterdam (98%), met name in Noord (30%), Zuid (29%), West (14%) en Centrum (10%). Uit de open interviews komt naar voren dat cliën-

ten met een vaste verblijfplaats hierover redelijk tot zeer tevreden zijn. Eén respondent is dakloos en wacht op een plaats in een sociaal pension of het seniorenpannd. Een ander woont naar tevredenheid in een begeleid wonen project, maar zou het liefst een eigen woning hebben. De overige respondenten wonen alleen of bij een (ex-)vriend en zijn hier meestal tevreden over.

#### *Dagbesteding en inkomsten*

Meer dan de helft (60%) van de cliënten met psychische problemen brengt de dag door met tv kijken, koffie drinken, op straat hangen, of met activiteiten om aan geld of drugs te komen (hosselen en scoren). Van 18% van de cliënten weet de hulpverlening niet wat ze zoal doen. Voor de overige cliënten bestaat de dagbesteding uit het huishouden of de verzorging van kinderen, een activiteitenprogramma, sport of hobby, vrijwilligerswerk en heel zelden ook betaald werk.

Het grootste deel leeft van een uitkering (84%). Een vijfde (22%) heeft ernstige financiële problemen. Uit de kwalitatieve gegevens komt naar voren dat vrijwel niemand helemaal zelfstandig zijn of haar financiën en administratie kan rond krijgen. Men krijgt meer of minder intensieve begeleiding en is hierover tevreden. Sommigen maken zich wel zorgen dat hun weekgeld zo snel opgaat aan drugs. Gebrek aan geld is een duidelijke motivatie om te willen stoppen met drugsgebruik.

#### *Sociaal leven*

58% heeft een sociaal vangnet (mensen waarbij de cliënt terecht kan in geval van nood). Bij 22% bestaat dit vangnet uitsluitend uit mensen in de drugscene; voor driekwart betreft het tevens mensen van buiten de scene. Van 4% weet de hulpverlening niet hoe het sociale vangnet van de cliënt eruit ziet. Weinig cliënten zijn gehuwd of wonen langdurig samen: 7%. Het grootste deel van de cliënten is ongehuwd (59%) of gescheiden (28%).

Uit de open interviews komt naar voren dat cliënten vaak wel tevreden zijn met het (enige) contact dat ze hebben, met bijvoorbeeld hun partner, hun ouders, een buurmeisje of een huisgenoot. De sociale contacten tijdens activiteiten van de dagopvang of elders doen de rest.

#### *Criminaliteit en illegaliteit*

Eenderde van de cliënten (38%) heeft processen verbaal zoals boetes op zijn naam staan, ruim de helft (56%) heeft te maken gehad met justitiële interventies zoals een gevangenisstraf. Bijna alle cliënten verblijven legaal in Nederland.

*DPK Roeg, EG Wits, RA Knibbe (2003). Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving/DeltaBouman, Rotterdam. In samenwerking met Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid, GGZ Nederland. E-mail: secretariaat@ivo.nl*

FACTSHEET 2 **METHADONCLIËNTEN DIE ZICHZELF VERWAARLOZEN**

Met deze titel wordt bedoeld op zogenoemde zorgcliënten (methadoncliënten) van DeltaBouman die vermagerd zijn door slecht eten, uitputtingsverschijnselen vertonen of problemen met hun gebit, hun lichamelijke gezondheid en/of hun hygiënische zelfverzorging verwaarlozen. Zij tonen dus geen initiatief om deze problemen te verhelpen. Echter, ernstige psychische problemen zijn een exclusie-criterium en komen daarom in deze groep niet voor. Van de 212 zorgcliënten van DeltaBouman behoren 47 (22%) tot de verwaarloosde groep. Ten behoeve van de zorgprogrammering van DeltaBouman is een cliëntprofiel opgesteld, zodat het zorgaanbod beter kan worden afgestemd op de zorgbehoefte.

*Demografie*

17% van de verwaarloosde cliënten is vrouw en de gemiddelde leeftijd van de groep ligt op 42 jaar, vergelijkbaar met alle zorgcliënten. De meesten hebben een Nederlandse herkomst (64%). In vergelijking met alle zorgcliënten hebben relatief meer verwaarloosde cliënten een Nederlandse en Antilliaanse herkomst.

*Middelengebruik*

In tabel 1 worden percentages middelengebruik, dagelijks gebruik en duur van het gebruik weergegeven.

*Tabel 1 Middelengebruik in de verwaarloosde groep (%)*

Middel	% Gebruik	% Dagelijks	% > 5 jaar
Methadon	100	94	83
Heroïne	86	51	79
Cocaine	91	52	80
Alcohol (>5 glazen)	32	10	23
Medicijnen (voor kick of roes)	31	14	24

Methadon wordt door alle cliënten gebruikt, meestal al langer dan vijf jaar. Heroïne en cocaine worden beide door de helft van de cliënten dagelijks gebruikt. Zo'n 80% gebruikt deze middelen al langer dan vijf jaar. Polygebruik (niet in tabel) van heroïne, cocaine en methadon komt bij veel van de verwaarloosde cliënten voor (72%).

Dit is meer dan onder alle zorgcliënten. Stevig alcoholgebruik, medicijnen en andere middelen worden in mindere mate gebruikt. Spuiten van drugs komt bij 50% van de verwaarloosde groep voor. Bijna de helft heeft ooit wel eens een serieuze stoppoging onderhouden; 20% heeft in de afgelopen twee jaar geprobeerd te stoppen, vergelijkbaar met alle zorgcliënten. Uit de uitgebreide kwalitatieve interviews (zeven verwaarloosde mannen) blijkt dat sommigen negatief aankijken tegen hun middelengebruik, anderen zouden niet weten hoe ze zonder drugs zouden moeten leven.

*Tabel 2 Gezondheidsproblemen in de verwaarloosde groep (%)*

Aanwezig	Lichamelijke aandoening	Gebitsprobleem	Ondergewicht	Uitputting	Maaltijden
Continue	34%	57%	45%	26%	37%
Wisselend	6%	4%	23%	26%	28%
Totaal	40%	62%	68%	51%	64%
Niet bekend	15%	4%	0%	2%	11%

*Lichamelijke gezondheid*

In tabel 2 worden de gezondheidsproblemen van de verwaarloosde groep weergegeven. Gebitsproblemen en ondergewicht komen het meeste voor, daarna volgen lichamelijke aandoeningen en het op regelmatige basis overslaan van maaltijden. Lichamelijke aandoeningen of gebitsproblemen zijn bijna altijd continue aanwezig, andere problemen ook wisselend. Lichamelijke aandoeningen betreffen met name hiv-besmetting of aids, longklachten en hartproblemen. Ook hepatitis B of C slijmvliesproblemen, spuitabscessen en ontstekingen werden genoteerd. Uit de kwalitatieve gegevens komt naar voren dat cliënten soms ernstige lichamelijke aandoeningen hebben. Aandoeningen waaronder trombose, hernia, levercirrose, hepatitis of beenmergkanker worden genoemd. Desondanks noemen velen hun gezondheid goed. Relevant voor deze doelgroep is de wijze waarop zij zich bezig houden met hun zelfverzorging. Een slechte gezondheid wordt door meerderen geassocieerd met het spuiten van heroïne en met slecht eten. Dat is ook de reden waarom de gebruikswijze overwegend bestaat uit basen of chinezen. Ook probeert een aantal cliënten het onregelmatig en ongezonder eten te beperken of met alternatieven - zoals vitaminepillen - te ondervangen.

### Verwaarlozing

De percentages cliënten die hun gebitsklachten, lichamelijke gezondheid en/of hygiënische zelfverzorging verwaarlozen staan in tabel 3. In de laatste kolom is het percentage verwaarloosde cliënten weergegeven dat zich op alledrie de gebieden verwaarloost (30%). Hygiënische zelfverzorging (in tabel: zelfverzorging) is opgebouwd uit de elementen "niet regelmatig douchen", "vuile kleding", "kapotte kleding" en "stinken". De mate waarin deze aspecten voorkomen varieert van 41% (stinken) tot 62% (vuile kleding). Deze percentages liggen hoger dan bij de methadoncliënten met psychische problemen. In de helft tot tweederde van de gevallen komt het probleem bij de cliënt niet continu voor, maar wisselend. Van de cliënten die zichzelf verwaarlozen is respectievelijk 24%, 6% en 22% zich niet of wisselend bewust van aanwezige gebits-, lichamelijke- en zelfverzorgings-problemen.

Tabel 3 Verwaarlozing per verzorgingsgebied in de verwaarloosde groep (%)

Mate	Gebit	Lichamelijk	Zelfverzorging	Alle gebieden
Aanwezig	62%	79%	62%	30%
-waarvan ernstig	40%	28%	19%	9%

In 45% van de gevallen menen de hulpverleners dat cliënten niet, of wisselend, het vermogen hebben om iets aan de gebitsverwaarlozing te doen. Dit betekent dat zij mentaal dan wel fysiek niet (altijd) in staat zouden zijn om bijvoorbeeld een afspraak met een tandarts te maken en deze na te komen. In 20% van de gevallen zouden de verwaarloosde cliënten niet, of wisselend het vermogen hebben iets aan hun lichamelijke verwaarlozing te doen. Voor zelfverzorging is dit 57%. Met name het percentage verwaarloosde cliënten dat niet of wisselend het vermogen zou hebben iets aan de gebitsproblemen te doen (45%) ligt lager dan bij de groep met psychische problemen (69%). Dit betekent dat de cliënten die zichzelf verwaarlozen beter in staat worden geacht iets aan hun gebitsproblemen te doen dan de cliënten met psychische problemen. Opvallend is verder dat bij lichamelijke verwaarlozing, waar hoog op gescoord wordt (79%), vier vijfde van de cliënten wel het vermogen zou hebben er iets tegen te ondernemen, maar dit kennelijk niet doen.

### Zorg

In de kwalitatieve interviews is gevraagd naar de hulpverleningservaringen en zorgbehoefte. De geïnterviewde cliënten zijn allemaal langdurig verslaafd, gemiddeld meer dan 20 jaar. Een aantal cliënten is weinig hulpvragend. Zij gaan niet snel naar de dokter en vragen bij de hulpverlening naast de methadon niet veel. Men wil wel graag hulp bij praktische zaken. Rehabiliteren is een belangrijk doel voor velen. Structuur, regelmaat, een eigen of ondersteund huishouden, een doel in het leven, een gezond sociaal leven zijn veel genoemd. Aan psychische begeleiding bestaat veel minder behoefte, alhoewel de cliënten soms wel psychische problemen ervaren. Ze geven de voorkeur aan (kalmerende) medicatie boven gesprekken met hulpverlening. Men wil graag dat er onbevooroordeeld met hen wordt omgegaan en als serieuze gesprekspartner gezien worden. Daarnaast vindt een aantal cliënten dat bij het regelen van opnames en doorverwijzingen te snel het bijltje erbij wordt neergegoid. Er is behoefte aan een continue actieve betrokkenheid en eventuele outreachende hulpverlening. Een cliënt noemt gekschend een voorbeeld, waarbij er nauwelijks gereageerd zou worden als iemand in zijn onderbroek bij de methadonuitgifte aan zou komen. Tot slot blijkt dat het belangrijk is dat de zorg op de persoonlijke situatie en behoefte wordt afgestemd. Algemeen geldende regels zitten de cliënten in specifieke situaties in de weg, of schrikken hen af.

### Wonen

19% van de verwaarloosde cliënten heeft geen vast onderdak. Bijna een derde heeft een eigen huur- of koopwoning (30%). Ook wonen sommigen in een sociaal pension of beschermde woonvorm (13%). De meeste cliënten verblijven in Rotterdam (91%), veelal in Noord (29%), Zuid (29%), West (17%) en Centrum (11%).

### Dagbesteding en inkomsten

Bijna de helft (47%) van de cliënten brengt zijn dag door met tv kijken, koffie drinken, rondhangen, of met activiteiten om aan geld of drugs te komen. Van 40% van de verwaarloosde cliënten weet de hulpverlening niet wat ze overdag doen. Dit percentage is hoger dan bij de methadoncliënten met psychische problemen; kennelijk hebben hulpverleners minder goed zicht op de groep die zichzelf

verwaarloost. Voor de overige cliënten bestaat de dagbesteding uit andere activiteiten zoals het huishouden of een activiteitenprogramma.

Het grootste deel van de verwaarloosde cliënten leeft van een uitkering (81%). Ruim een kwart (28%) heeft te maken met ernstige financiële problemen zoals schulden of achterstallige betalingen. Voor een vrij hoog percentage (32%) blijkt de hulpverlening niet bekend met de exacte financiële situatie van een cliënt. De overige cliënten (40%) hebben geen financiële problemen.

#### *Sociaal leven*

In de verwaarloosde doelgroep blijkt bijna de helft (48%) een sociaal vangnet te hebben, bestaande uit mensen waarbij de cliënt terecht kan indien dit nodig is. Voor 27% van hen bestaat dit vangnet uitsluitend uit mensen in de drugscene, voor 64% betreft het tevens mensen van buiten de scene. Bij 10% weet de hulpverlening niet hoe het sociaal vangnet van de cliënt eruit ziet. Maar weinig cliënten zijn gehuwd of wonen langdurig samen: 6%. Het overgrote deel is gescheiden (34%) of ongehuwd (49%).

#### *Criminaliteit en illegaliteit*

Ruim de helft van de cliënten uit de verwaarloosde groep is in aanraking geweest met politie en justitie. 51% heeft processen verbaal op zijn naam staan en 53% heeft wel eens justitiële interventies ondergaan. Het merendeel verblijft legaal in Nederland.

*DPK Roeg, EG Wits, RA Knibbe (2003). Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving/DeltaBouman, Rotterdam. In samenwerking met Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid, GGZ Nederland. E-mail: secretariaat@ivo.nl*

## FACTSHEET 3 METHADONCLIËNTEN MET THUISWONENDE JONGE KINDEREN

Om het zorgaanbod te verbeteren voor methadoncliënten in Limburg die hun kinderen (in de leeftijd van 1 tot en met 12 jaar) zelf opvoeden, is een cliëntprofiel opgesteld. Van alle methadoncliënten van CAD Limburg behoren volgens de registratie van CAD Limburg rond de 57 ouders tot deze groep. Over 54 van hen is kwantitatieve informatie verkregen via vragenlijsten die hulpverleners in de methadonprogramma's over hun cliënten hebben ingevuld. Daarnaast zijn semi-gestructureerde interviews gehouden met 15 ouders om de zorgbehoefte te achterhalen.

#### *Demografie*

Ruim de helft van de groep cliënten met kinderen bestaat uit vrouwen (61%). De gemiddelde leeftijd van de ouders is 38 jaar. De culturele herkomst is voornamelijk Nederlands (80%) of West-Europees (7% Duits, 4% Belgisch). De overige 9% komt uit diverse andere landen.

#### *Middelengebruik*

In tabel 1 worden het middelengebruik, het dagelijks gebruik en de duur van het gebruik weergegeven.

*Tabel 1 Middelengebruik van methadoncliënten met kinderen (%)*

Middel	% Gebruik	% Dagelijks	% > 5 jaar
Methadon	100	98	74
Heroïne	76	37	22
Cocaine	43	15	35
Alcohol (>5 glazen)	43	20	31
Medicijnen (voor kick of roes)	29	16	26

Alle cliënten gebruiken vanzelfsprekend methadon, in driekwart van de gevallen al langer dan vijf jaar. Heroïne wordt door driekwart van de cliënten gebruikt, en ruim een derde van de cliënten gebruikt dagelijks. Cocaine wordt door bijna de helft van de cliënten gebruikt en door 15% dagelijks. Een klein deel (22%) gebruikt al langer dan vijf jaar heroïne. Een derde gebruikt langer dan vijf jaar cocaine. Een vijfde gebruikt dagelijks grote hoeveelheden alco-

hol en bijna evenveel (16%) cliënten gebruiken dagelijks medicijnen voor de roes. Het heroïnegebruik in Maastricht ligt lager dan in Heerlen, Sittard, Roermond en Venlo, evenals het cocaïnegebruik. Het gebruik van alcohol en medicatie verschilt onderling weinig. Het drugsgebruik is in 67% van de gevallen stabiel, wisselend bij 13% van de cliënten en bij 19% wisselend met perioden van extreem gebruik. 4% van de onderzochte cliënten spuit drugs. 48% spuit niet en van evenveel cliënten is niet bekend of zij spuiten. 39% van de cliënten heeft in de afgelopen 2 jaar een serieuze stop-poging ondernomen. Op dit moment zou 54% willen stoppen met het gebruik van methadon en andere middelen.

#### *Lichamelijke en psychische gezondheid*

26% heeft chronische lichamelijke klachten. Een kleiner deel, 9%, heeft chronische psychische klachten, meestal depressieve klachten. Daarnaast zou 19% hulp nodig hebben voor psychische problemen, meestal hulp bij het omgaan met de nieuwe situatie als ouder.

#### *Kinderen: gezondheid en gedrag*

Uit de vragenlijsten blijkt dat het voor de hulpverleners vaak moeilijk is om de gezondheidsstatus en het gedrag van de kinderen van hun cliënten te bepalen. In de vragenlijst is gevraagd deze vragen enkel te beantwoorden wanneer men goed inzicht heeft in de situatie van het kind. Van de 54 cliënten zijn er 29 met één kind, 18 hebben twee kinderen en 7 ouders hebben 3 kinderen die thuiswonend zijn en binnen de doelgroep vallen. Sommige ouders hebben meer kinderen, maar vanwege de leeftijd (jonger dan 1 of ouder dan 12) zijn deze niet betrokken bij de analyse. Zover men de gezondheidstoestand van de kinderen kan bepalen, kan deze als goed worden beschouwd. Slechts in enkele gevallen laat de gezondheid van het kind te wensen over. In tabel 2 wordt in percentages de gezondheidstoestand van de kinderen weergegeven.

*Tabel 2 Gezondheidstoestand van de kinderen van methadoncliënten (%).*

Gezondheidstoestand	Kind1 (n=54)	Kind1 (n=25)	Kind1 (n=7)
Goed	50%	30%	29%
Matig	2%	4%	0%
Slecht	0%	0%	14%
Niet bekend	48%	66%	57%

Over het gedrag van het kind kunnen de hulpverleners vaak geen informatie verschaffen. Hiervoor is het contact met het kind te sporadisch of is er in het geheel geen contact. Van de kinderen waar het mogelijk was een oordeel over het gedrag te geven blijkt het gedrag over het algemeen als normaal te worden beschouwd. In een enkel geval wordt het als afwijkend bestempeld. Het gedrag van de kinderen is soms druk, sommige ouders voelen zich schuldig over hun gebruik en de extra moeilijkheden die ze daardoor hebben en dingen die ze hun kinderen daardoor misschien niet kunnen aanbieden, waardoor ze toegeeflijker worden naar hun kind. Ze kunnen moeilijk nee (blijven) zeggen, waardoor het kind uiteindelijk toch zijn of haar zin krijgt en steeds lastiger wordt.

#### *Opvoeding kinderen*

Hulpverleners denken dat 13% van hun cliënten behoefte hebben aan opvoedingshulp. Het kind wordt in de meeste gevallen (69%) door twee ouders opgevoed. Een deel van de ouders (22%) zorgt alleen voor de opvoeding, maar met de steun van familie en/of vrienden. Daarnaast staat een kleine groep (4%) er helemaal alleen voor.

#### *Zorg*

Uit de kwalitatieve gegevens blijkt dat een aantal ouders, voornamelijk moeders, slechte ervaringen heeft met het ziekenhuis of andere zorginstellingen. Ze hebben het gevoel dat ze niet worden vertrouwd. Dit ondermijnt hun zelfvertrouwen bij de opvoeding van hun kinderen. In het algemeen weet men niet goed waar men terecht kan voor hulp, bijvoorbeeld wanneer je als ouder met kinderen op straat komt te staan door bijvoorbeeld ruzie met de partner. Ook hebben sommige cliënten de wens om af te kicken, maar is het voor hen onduidelijk waar hun kinderen worden opgevangen wanneer zij in een kliniek worden opgenomen. Er lijkt behoefte te bestaan aan een opvangplaats voor ouders met kinderen, waar men bijvoorbeeld een keer per week met de kinderen terecht kan voor gesprekken met lotgenoten en hulpverleners.

Het feit dat sommige ouders hun methadon voor de hele week mee krijgen wordt erg gewaardeerd. De verstrekkingstijd sluit echter niet goed aan bij het dagritme van ouders die zelf de kinderen naar school of een crèche brengen.



### Wonen

95% heeft een eigen woning. Enkele cliënten (2%) wonen vast in bij de partner, waarmee bedoeld wordt dat de ouder niet officieel samenwoont met zijn of haar partner, maar men in de praktijk wel samenleeft. 4% woont in bij hun ouders. In tabel 3 is te zien dat er aanzienlijk meer alleenstaande moeders dan alleenstaande vaders zijn, namelijk 42% tegenover 5%.

Tabel 3 Samenleefsituatie van de methadoncliënten met kinderen (%).

Leefsituatie	Man (n=21)	Vrouw (n=33)
Alleen met kind(eren)	5%	42%
Met partner en kind(eren)	81%	49%
nwonend bij partner	10%	3%
Anders	5%	6%

De samenleefsituatie geeft niet aan hoeveel procent van de cliënten een partner heeft: alle mannen blijken een partner te hebben. Van de vrouwen heeft 70% een partner. Mannen blijken vaker dan vrouwen een partner te hebben die geen drugs gebruikt. Van de mannen met partner gebruikt de partner in 62% van de gevallen geen drugs, terwijl dit percentage onder de vrouwen met partner op 22% ligt.

### Dagbesteding en inkomsten

De dagelijkse bezigheid van bijna de helft (48%) van de ouders is het huishouden en het verzorgen van kind(eren). Daarnaast heeft een derde (33%) van de cliënten betaald werk en een enkeling doet vrijwilligerswerk. Een enkeling (9%) heeft betaald werk én zorgt voor de kinderen.

Het grootste deel van de ouders leeft van een uitkering (57%). Maar er zijn eveneens veel (41%) cliënten die hun inkomsten via (belastbaar) loon binnenkrijgt. Van deze 41% krijgt 18% dit loon binnen via hun partner. Het percentage cliënten dat schulden heeft is 20%. Vaak gaat het om schulden bij de energieleverancier waar bij men is aangesloten. Een aantal van de ouders waarmee gesproken is heeft behoefte aan hulp op het gebied van financiën. Men zegt altijd eerst ervoor te zorgen dat de kinderen eten hebben alvorens ze aan hun eigen behoeften gaan voldoen. Enkelen krijgen hulp van ouders, familie of vrienden. Meestal wordt die hulp gebo-

den in de vorm van basisbehoeften, bijvoorbeeld luiers of boodschappen. Men geeft de ouders liever geen geld om te voorkomen dat het aan drugs wordt uitgegeven. Dit wantrouwen vinden de cliënten vervelend, maar omdat men de spullen goed kan gebruiken en het meestal om zaken gaat die voor de kinderen nodig zijn is men blij met de hulp.

### Sociaal leven

Meer dan de helft (69%) van de ouders heeft een sociaal vangnet. Bij het merendeel zou dit vangnet ook bestaan uit mensen van buiten de drugscene. 7% van de cliënten heeft geen sociaal vangnet. Van de overige cliënten (24%) kunnen de hulpverleners niet met zekerheid zeggen of zij een sociaal vangnet hebben.

### Criminaliteit en illegaliteit

Van de ouders heeft 9% in het afgelopen jaar enkele justitiële interventies gehad. Op één cliënt na heeft iedereen een geldige verblijfsvergunning voor Nederland.

*T Beirens, EG Wits, RA Knibbe (2003). Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving/CAD Limburg, Rotterdam/Maastricht. In samenwerking met Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid, GGZ Nederland. E-mail: secretariaat@ivo.nl*

Om het zorgaanbod beter af te stemmen op de zorgbehoefte op het gebied van hepatitis C is een cliëntprofiel opgesteld van methadoncliënten in Limburg, waarvan een deel is besmet met hepatitis C en een deel niet. Met 33 methadoncliënten is een gesprek gevoerd over hepatitis C, de kennis over deze besmettelijke leveraandoening en de zorgbehoefte. Van de 33 cliënten zijn zeker 14 besmet met het hepatitis C virus. Gezien het kleine aantal respondenten en de niet-representatieve steekproef zijn met name de aard van de problemen en de duidelijk zichtbare verschillen tussen besmette en niet-besmette cliënten relevant, en niet zozeer de kleine verschillen of de mate waarin bepaalde problemen in de hele groep voorkomen.

#### *Demografie*

In totaal zijn 6 vrouwen en 27 mannen geïnterviewd. Hun gemiddelde leeftijd is 39 jaar. De culturele herkomst is voornamelijk Nederlands (88%) of West-Europees (12% met name Duits en Belgisch).

#### *Middelengebruik*

Gevraagd is welk middel men op dit moment het meest gebruikt. Twee derde (64%) van de respondenten gebruikt voornamelijk heroïne, daarna worden cocaine (15%) en methadon (12%) het meest genoemd. Alle respondenten geven aan één of meerdere andere drugs naast methadon te gebruiken. Een vijfde zegt dat ze meestal hun drugs spuiten. Aangezien hepatitis C voor een groot deel wordt verspreid via het delen van spuiten is gevraagd of men ooit drugs heeft gespoten, en of men altijd schone naalden heeft gebruikt. In de besmette groep hebben relatief meer cliënten ooit drugs gespoten (93%) dan bij de niet-besmette groep (63%). Van degenen die besmet zijn heeft bijna driekwart (71%) ooit vuile spuiten gebruikt, tegenover een kwart (26%) van de niet-besmette cliënten.

Bijna de helft (46%) van de cliënten zegt dagelijks meer dan 5 glazen alcohol te drinken. Een kwart zegt niet dagelijks maar circa 3 keer per week zoveel alcohol te nuttigen. Als een onderscheid

wordt gemaakt tussen cliënten met en zonder besmetting, dan blijkt dat de met het hepatitis C virus besmette cliënten gemiddeld iets minder vaak zo'n hoeveelheid alcohol drinken (tabel 1).

*Tabel 1 Gebruik van gemiddeld meer dan 5 glazen alcohol door cliënten die wel (n=14) en niet (n=19) zijn besmet met het hepatitis C virus (%).*

> 5 glazen alcohol	Wel besmet	Niet besmet/ onbekend
Minder dan 1x per week	14%	5%
Ca. 3x per week	21%	26%
Dagelijks	36%	53%
Drinkt niet	29%	16%

Daarnaast is het percentage niet-drinkers onder de respondenten die hepatitis C hebben wat hoger. Sommigen verdragen door hun ziekte alcohol niet goed meer, een enkeling is geheel gestopt met alcohol drinken.

#### *Besmetting met hepatitis C*

Een groot deel van de cliënten is getest op hepatitis C (82%). Hiervan is ruim de helft (52%) besmet. Degenen die zich hebben laten testen deden dit meestal omdat men het zelf wilde. Daarnaast zegt een kwart van de cliënten dat ze getest zijn omdat dit moest, omdat men bijvoorbeeld werd opgenomen. Omdat op hepatitis C niet verplicht mag worden getest (alleen bij bijvoorbeeld tbc is dit mogelijk) hebben cliënten hier kennelijk een verkeerd beeld van. Een andere reden die wordt opgegeven is omdat de arts het vroeg. De plaats waar de test wordt uitgevoerd is bij 44% het CAD Limburg zelf. Verder is 26% in het ziekenhuis en 22% bij de GGD getest, en 7% op een andere plaats.

Geen van de 14 besmette cliënten staat hiervoor onder behandeling van een arts. Een klein deel (21%) zegt er over te denken om hun leverwaarden opnieuw te laten testen om te kijken of hun situatie is veranderd. Een enkeling wil een behandeling met interferon.

#### *Kennis over hepatitis C*

De 14 besmette respondenten is gevraagd of zij de leefregels kennen die artsen voorschrijven voor mensen die besmet zijn met hepatitis C. Uit de reacties blijkt dat 9 van de 14 (64%) de adviezen die

men geeft kennen. Daar tegenover staat dat van deze 9 cliënten slechts 2 cliënten zich daadwerkelijk aan deze leefregels zegt te houden, 3 soms en 4 in het geheel niet.

Aan alle 33 respondenten is de vraag voorgelegd hoe ze hepatitis C zouden kunnen oplopen en wat de gevolgen ervan zijn voor henzelf en hun omgeving. Er is gevraagd een uitgebreide uitleg te geven; vervolgens is bepaald of de kennis hieromtrent volledig is of niet (zie tabel 2).

*Tabel 2 Kennis over besmetting en gevolgen van hepatitis C onder cliënten die wel (n=14) en niet (n=19) zijn besmet met het hepatitis C virus (%).*

Kennis aanwezig:	Kennis over het besmetten		Kennis over de gevolgen	
	besmet	niet besmet/ onbekend	besmet	niet besmet/ onbekend
Nee	14%	16%	14%	26%
Ja, volledig	71%	37%	64%	53%
Beperkt	14%	47%	21%	21%

Uit deze gegevens blijkt dat de meeste cliënten weten hoe ze hepatitis C kunnen oplopen. Echter, besmette cliënten zijn met name over de wijze van besmetting vaker volledig geïnformeerd (71%) dan de niet-besmette groep (37%). Degenen die de waardering 'beperkt' over de wijze van besmetting kregen, noemen enkel het delen van spuiten als besmettingsmogelijkheid. Gemiddeld 15% van de cliënten weet helemaal niet hoe ze hepatitis C kunnen oplopen.

De kennis over de gevolgen van hepatitis C is redelijk goed te noemen. Respectievelijk 64% (besmet) en 53% (niet besmet) hebben ruime kennis over de gevolgen van hepatitis C. Zij denken dat hepatitis C levercirrose als gevolg kan hebben. De groep met beperkte kennis (beide 21%) weet alleen te vermelden dat hepatitis "iets met de lever" heeft te maken. Eveneens een vijfde (14% en 26%) geeft aan geen idee te hebben wat het betekent om hepatitis C te hebben. Iets meer dan een derde (36%) van de respondenten geeft aan de kennis over hepatitis C te hebben opgedaan via de hulpverleners van het CAD Limburg. De rest geeft aan de kennis zelf te hebben opgedaan door er over te lezen of het via andere cliënten of kennissen te horen. Een enkeling noemt ook het blad Mainline als bron van kennis over hepatitis C.

#### *Behoeftte aan hulp en informatie over hepatitis C*

Bijna de helft (47%) van de niet-besmette groep zou meer willen weten over hepatitis C, maar er zijn er ook die deze behoefte niet hebben (26%) of alleen wanneer ze besmet blijken te zijn (26%). Van de besmette groep heeft 36% behoefte aan meer informatie, de rest niet. Aan een standaard screening voor hepatitis C, bijvoorbeeld bij het CAD Limburg, zouden bijna alle respondenten meedoen. Slechts 6% zegt hieraan geen behoefte te hebben. Van de respondenten die mee zouden doen aan de screening wil bijna iedereen de uitslag ook weten. Ook hier is 6% niet geïnteresseerd in de uitslag, zij willen wel meewerken maar zouden dit niet voor henzelf doen. Bijna iedereen van wie het niet bekend is of ze hepatitis C hebben of degenen die na het testen het niet bleken te hebben zijn bang om geïnfecteerd te raken (89%). De andere 11% zegt het niets te kunnen schelen of ze geïnfecteerd raken.

#### *Algemene lichamelijke en psychische gezondheid*

Alle 33 cliënten is gevraagd of men last heeft van (andere) lichamelijke klachten. 61% zegt geen lichamelijke klachten te hebben en 39% heeft deze wel. De klachten variëren van blijvende last van een gebroken arm of been, tot klachten zoals vermoeidheid, last van maag of lever. Hiv-besmetting of aids komt bij 21% voor. In een aantal gevallen is er sprake van meer dan één lichamelijke aandoening. De helft van de 14 besmette respondenten zeggen (soms) lichamenlijk last te hebben van het feit dat ze hepatitis C hebben. Het is overigens niet altijd zeker of deze lichamelijke klachten gerelateerd zijn aan de hepatitis C besmetting.

Door 12% van de respondenten worden psychische klachten gerapporteerd. Het gaat hier in alle gevallen om depressieve klachten, en in een geval een combinatie van depressie en psychose. Deze respondenten zeggen door de medicatie die hiervoor wordt voorgeschreven geen zware klachten meer te hebben.

#### *Zorg*

Met de cliënten is gesproken over hun ervaringen met de zorg en hun zorgbehoefte. Buiten de vraag naar methadon lijken veel cliënten geen verdere hulpvraag te hebben. Velen zeggen enkel te komen voor hun methadon en soms om wat contact te hebben met anderen. Een aantal cliënten vindt het jammer dat ze geen koffie

(meer) krijgen bij de methadon verstrekking, en het verdwijnen van de zitkamers wordt als een gemis gezien. Uit de interviews blijkt dat veel cliënten toch wel behoefte hebben aan praktische hulp in de vorm van opvang, begeleiding bij de financiën, of hulp bij het zoeken van werk of reïntegratie na een verblijf in een kliniek of een periode van detentie, maar deze hulpvraag niet uiten.

De verstrekkingstijden van de methadon is in vele gevallen reden tot klagen. Sommigen ervaren de driedaagse verstrekking als belemmering. Cliënten die liever niets met de drugscene te maken hebben, of cliënten die werk hebben, geven de voorkeur aan het eenmaal per week ophalen van hun methadon. Sommige zouden de methadon liefst bij de huisarts of apotheek halen.

#### *Wonen*

18% van de onderzochte groep heeft geen vast onderdak (zie tabel 3). De woonsituatie van besmette cliënten verschilt niet noemenswaardig van niet-besmette cliënten. De meesten wonen in Maastricht (36%), daarna volgen Heerlen, Sittard, Brunssum, Hoensbroek en Kerkrade. De meeste cliënten zijn alleenstaand. Daarnaast woont een klein deel samen met zijn of haar partner.

*Tabel 3 Woonsituatie van geïnterviewde methadoncliënten (n=33).*

Eigen woning	Kamer onderhuur	Kamer officieel gehuurd	Dakloos	Anders
64%	3%	3%	18%	3%

#### *Dagbesteding en inkomsten*

Het grootste deel van de geïnterviewde cliënten (46%) zegt overdag eigenlijk niets te doen; na wat doorvragen zeggen de meeste dat ze vooral rondlopen op straat en aan geld voor drugs proberen te komen, of thuis tv kijken. Anderen (18%) zeggen vooral bezig te zijn met het huishouden. 9% heeft betaald werk, 6% doet vrijwilligerswerk, 12% verricht voornamelijk zwart werk en 6% vult zijn dagen vooral met dealen. Bijna alle respondenten hebben een uitering (94%). Meer dan de helft (61%) geeft aan meer dan € 2000 aan schulden of achterstallige betalingen te hebben.

*T Beirens, EG Wits, RA Knibbe (2003). Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving/CAD Limburg, Rotterdam/Maastricht. In samenwerking met Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid, GGZ Nederland. E-mail: secretariaat@ivo.nl*

## *Bijlage 4*

### ***Toelichting en werkschema's bij de situatieanalyse en strategische analyse van de Richtlijn Cliëntprofielen***

Voor het ontwikkelen van een zorgprogramma voor een bepaalde groep (potentiële) cliënten moet deze doelgroep goed worden afgebakend en in kaart worden gebracht. In onderstaande schema's A, B en C wordt een leidraad geboden voor een doelgroepanalyse: wat is precies het probleem, over welke doelgroep(en) gaat het en wat voor zorg zou kunnen worden geboden.

Wanneer gebruik wordt gemaakt van de ervaring en kennis van hulpverleners en andere betrokkenen, zal blijken dat deze vragen goed beantwoord kunnen worden. Neem alle tijd om na te denken over wat nu precies het probleem is, en welke aspecten ervan beïnvloedbaar zijn door een bepaalde interventie en welke niet. Dan is de omschrijving de beste basis voor verdere analyse. Maak zo mogelijk ook gebruik van de beschikbare literatuur over het onderwerp.

*De verschillende vragen hoeven niet slechts in de gegeven volgorde te worden doorlopen. Soms is het nodig om terug te kijken om bepaalde omschrijvingen of interventiedoelen bij te stellen. Het is dus een cyclisch proces.*

Waarschijnlijk zal het in kaart brengen van de kenmerken (leefgebieden) en de zorgbehoefte van de doelgroep veel onbeantwoorde vragen opleveren. Hieruit blijkt vanzelf welke gegevens in een volgende fase nog verzameld zouden moeten worden.

*De vragen die niet kunnen worden beantwoord in de gekleurde onderdelen van de tabel geven precies aan welke gegevens nog ontbreken om een volledig cliëntprofiel van de doelgroep op te kunnen stellen. Deze 'stand van zaken' dient als uitgangspunt voor de strategische analyse.*

### Keuzeproces

Benadrukt moet worden dat wellicht niet iedereen het 'eens' is met de precieze uitwerking van het voorbeeld in onderstaande schema's. Dit heeft er mee te maken dat het doorlopen van de verschillende stappen deels een keuzeproces is en daardoor gedeeltelijk subjectief (keuze van interventiedoelen, welk type zorg krijgt prioriteit, hoe wordt de doelgroep afgebakend, etc). De keuzes worden mede bepaald door de zorgvisie van de zorginstelling. Het gaat er dus om dat binnen de werkgroep consensus ontstaat over de aard van het probleem, de omschrijving van de doelgroep etcetera.

Bedenk daarbij dat de samenstelling en kenmerken van de betreffende doelgroep door verschillende oorzaken per regio kunnen verschillen, en dat daarmee ook het cliëntprofiel per regio of stad anders kan uitpakken. Ook door ontwikkelingen in de tijd (bijvoorbeeld toename van het gebruik van gekookte cocaïne) kan de invulling van het schema voor een specifieke doelgroep op verschillende momenten anders uitpakken.

### A. OMSCHRIJVING VAN HET PROBLEEM, DE BIJBEHORENDE DOELGROEP(EN) EN DE TE ONTWIKKELEN ZORG

De keuze om extra aandacht te gaan besteden aan een bepaalde doelgroep hangt vaak samen met de constatering dat het zorgaanbod niet aansluit op de zorgbehoefte van deze groep. Meestal hebben de betrokken hulpverleners al een globaal idee wat met een interventie bereikt zou kunnen worden (interventiedoel) en om welke doelgroep het ongeveer gaat. Al deze ervaring en kennis dient systematisch in kaart te worden gebracht om de juiste keuzes te kunnen maken bij het ontwikkelen van een zorgprogramma. Gebruik hiervoor onderstaand schema. Er kunnen, afhankelijk van de situatie, meerdere cliëntprofielen tegelijkertijd worden opgesteld. In de tabel is daarom ruimte om meerdere problemen en bijbehorende doelgroepen uit te werken. Wellicht wordt tijdens de situatie-analyse of de strategische analyse op basis van prioritering besloten om toch met één doelgroep verder te gaan. Op de volgende pagina is een voorbeeld uitgewerkt op basis van fictieve gegevens.

Probleem en belangrijkste kenmerken van het probleem	(Beïnvloedbare) oorzaken van het probleem	Interventiedoel(en), gericht op wegnemen van oorzaken, of op het verminderen van het probleem		Beschrijving doelgroep	Reeds bestaand zorgaanbod voor deze doelgroep in de regio	Resultaten en tekortkomingen van bestaand-zorgaanbod (indien bekend)	Nog te ontwikkelen type zorg in de regio
Probleem 1				Doelgroep 1			
Probleem 2				Doelgroep 2			
Probleem 3				Doelgroep 3			

**A. VOORBEELD: OMSCHRIJVING VAN HET PROBLEEM, DE BIJBEHORENDE DOELGROEP(EN) EN DE TE ONTWIKKELEN ZORG (FICTIEVE GEGEVENS)**

Het voorbeeld dat hier is uitgewerkt betreft methadoncliënten met thuiswonende jonge kinderen. De gegevens zijn gedeeltelijk overgenomen uit de eerdere toepassing van de concept richtlijn bij het CAD Limburg. Echter, voor de voorbeeldwerking zijn onderdelen aangepast en toegevoegd.

Probleem en belangrijkste kenmerken van het probleem	(Beïnvloedbare) oorzaken van het probleem	Interventiedoel(en), gericht op wegnemen van oorzaken, of op het verminderen van het probleem		Beschrijving doelgroep	Reeds bestaand zorgaanbod voor deze doelgroep in de regio	Resultaten en tekortkomingen van bestaand-zorgaanbod (indien bekend)	Nog te ontwikkelen type zorg in de regio
Drugsverslaafde is niet altijd in staat tot zorg voor kinderen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) verslaving/ mate van gebruik</li> <li>b) hebben van weinig dagstructuur</li> <li>c) gebrekkige ADL vaardigheden</li> <li>d) detentie/opname</li> <li>e) psychische klachten</li> <li>f) somatische klachten</li> <li>g) financiële problemen</li> <li>h) twijfelen aan zichzelf of ze opvoeding wel aankunnen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) streven naar stabilisatie van het gebruik, of verminderen/ stoppen van het gebruik, in samenhang met aanpak problemen overige leefgebieden</li> <li>b) indien nodig: acceptatie van gebruik/verslaving door cliënt en hulpverlener</li> <li>c) wegnemen van onzekerheid</li> </ul>		Drugsverslaafde cliënten met thuiswonende kinderen.	Op dit moment is er alleen contact met gezinnen met kinderen jonger dan 1 jaar, vanuit consultatiebureau en kinderscherming.	Er is geen monitoring en (opvoedings-) ondersteuning voor cliënten met kinderen ouder dan 1 jaar.	Ondersteuning voor drugsverslaafde cliënten met jonge kinderen in leeftijd van 1-12 jaar, geven van opvoedingsondersteuning & ADL training

**B. VERDERE AFBAKENING VAN DOELGROEP, ERVAREN ZORGBEHOEFTE, RELATIE MET DE ZORG EN VINDPLAATS**

De volgende stap is het verder afbakenen van de doelgroep. Om na te gaan of het genoemde probleem voor de omschreven doelgroep daadwerkelijk 'uniek' is wordt de vraag gesteld wat precies het onderscheid is met vergelijkbare groepen. Als duidelijk is dat het om een specifieke, goed af te bakenen groep gaat worden de belangrijkste problemen en de ervaren zorgbehoefte beschreven, althans voor zover mogelijk. Geef ook aan welke gegevens ontbreken. Daarna komt de relatie met de zorg en zorgverleners aan de orde: wat zijn de kenmerken hiervan? Waar en met wie hebben zij contacten en hoe verlopen deze contacten? Welke problemen doen

zich hier voor? Ook wordt nagedacht over de vindplaats van de doelgroep en de manier waarop het beste contact kan worden gelegd. Deze gegevens zijn allemaal van belang om de instroom in het toekomstige zorgprogramma te kunnen garanderen en om drop-out te voorkomen. Tenslotte wordt nagegaan wat er bekend is over algemene gegevens zoals geslacht, leeftijd en culturele herkomst. Onderstaand schema B is een vervolg op schema A, dus de nummers van de doelgroepen in de eerste kolom sluiten aan bij de nummers van de problemen zoals benoemd in schema A. Op de volgende pagina is het voorbeeld verder uitgewerkt.

Beschrijving doelgroep, zo goed mogelijk afgebakend	Kenmerkend gemeenschappelijk probleem	Onderscheid met vergelijkbare groepen	Aard van problemen op (overige) leefgebieden		Ervaren zorgbehoefte	Relatie met de zorg(verleners)	Vindplaats en wijze van contactleggen	Algemene gegevens (zoals leeftijd, culturele herkomst)
Doelgroep 1								
Doelgroep 2								
Doelgroep 3								

**B. VOORBEELD: VERDERE AFBAKENING VAN DOELGROEP, ERVAREN ZORGBEHOEFTEN, RELATIE MET DE ZORG EN VINDPLAATS (FICTIEVE GEGEVENS)**

Beschrijving doelgroep, zo goed mogelijk afgebakend	Kenmerkend gemeenschappelijk probleem	Onderscheid met vergelijkbare groepen	Aard van problemen op (overige) leefgebieden		Ervaren zorgbehoefte	Relatie met de zorg(verleners)	Vindplaats en wijze van contactleggen	Algemene gegevens (zoals leeftijd, culturele herkomst)
Methadoncliënten (mannen en vrouwen) met jonge thuiswonende kinderen (van 1 tot en met 12 jaar)	Niet altijd goed in staat om kinderen te verzorgen en op te voeden; gebrekkige ADL-vaardigheden	Vergeleken met bijv. alcoholverslaafde ouders is vermoedelijk vaker sprake van: a) weinig dagstructuur b) financiële problemen c) twijfel of ze opvoeding wel aankunnen	Zie: oorzaak van probleem in schema I; de exacte aard en omvang van deze problemen is deels te vinden in cliëntdossiers en –registraties, maar informatie is moeilijk toegankelijk.  Verder is niet bekend: welke problemen staan een goede opvoeding het meest in de weg? Hoe ernstig zijn deze problemen precies?		Niet bekend is: • aan welk soort (opvoedings-)ondersteuning heeft doelgroep behoefte? Waar zijn ze met name onzeker over? • in hoeverre accepteert deze groep het eigen gebruik? Hoe groot is motivatie om af te kicken? • welk deel van de ouders heeft behoefte aan extra ondersteuning?	Bekend is dat de meeste drugsverslaafde cliënten met jonge kinderen deelnemen aan methadonprogramma's.  Niet bekend is: hoe stabiel is de relatie met de hulpverlening bij deze groep? Zijn hierin subgroepen te onderscheiden?	Vindplaats is bekend (methadonprogramma's).  Over de wijze van contact leggen is niet bekend: vertrouwen de cliënten aan hulpverleners gevoelige informatie m.b.t. de opvoeding toe? (in verband met angst voor kwijtraken kind)	Uit de cliënt-registratie is bekend dat de groep voor tweederde uit vrouwen bestaat, de gemiddelde leeftijd 34 is, en 10% niet-westers allochtoon.  Niet bekend is: via de registratie is niet te achterhalen of de mannen en vrouwen die als ouder bekend staan, ouder van dezelfde kinderen zijn (onderling een relatie hebben/beiden daadwerkelijk zorg dragen voor de kinderen)



**C. TOELICHTING EN WERKSHEMA VOOR DE STRATEGISCHE ANALYSE**

De strategische analyse wordt uitgevoerd om zo min mogelijk overbodige gegevens te verzamelen. Ga na welke gegevens minimaal nodig zijn voor een betrouwbaar en bruikbaar cliëntprofiel.

De gegevens uit het gekleurde deel van schema B vormen het uitgangspunt van de strategische analyse. In onderstaand schema C is plaats voor de strategische analyse gericht op één doelgroep. Bij meerdere doelgroepen moet dus voor elke doelgroep apart een schema C worden ingevuld. Zet eerst per onderwerp op een rij welke gegevens nog ontbreken. Let hierbij op de kwaliteit van de gegevens die er al wel zijn: is de betrouwbaarheid voldoende? Zijn de gegevens actueel en van toepassing op de situatie in de eigen regio?

Wanneer dit niet zo is worden ook deze gegevens als ontbrekend beschouwd. Bepaal vervolgens welke van deze gegevens onmisbaar zijn om een goed zorgaanbod op te kunnen zetten, vanuit het perspectief van de cliënt en de eigen organisatie. Bekijk het vervolgens van de andere kant: wat is het risico wanneer bepaalde gegevens niet bekend zijn? Wat zijn de risico's voor de cliënt, en voor de eigen organisatie?

De uitkomst van de strategische geeft uiteindelijk aan hoe uitgebreid het onderzoek naar de doelgroep dient te zijn om een goed cliëntprofiel op te kunnen stellen.

Op de volgende pagina is wederom een voorbeeld beschreven.

Per doelgroep nagaan:	Aard van problemen op leefgebieden	Ervaren zorgbehoefte		Relatie met de zorg(verleners)	Vindplaats en wijze van contactleggen	Algemene gegevens (zoals leeftijd, culturele herkomst)
Welke gegevens zijn nog niet, of onvoldoende beschikbaar? (neem gegevens over uit grijze deel tabel B)						
Wat moet je hiervan alsnog te weten komen om een zorgaanbod te kunnen ontwikkelen? <ul style="list-style-type: none"> <li>• voor de cliënt: kwaliteit hulpverlening &amp; in stand houden van een goede zorgrelatie</li> <li>• voor de organisatie: planning en financiën</li> </ul>						
Risico's van niet weten <ul style="list-style-type: none"> <li>• voor de cliënt: mogelijke schadelijke gevolgen voor de leefsituatie &amp; verlies van vertrouwen in hulpverlening</li> <li>• voor de organisatie: planning en financiën</li> </ul>						
Conclusie: welke gegevens moeten nog worden verzameld?						

**C. VOORBEELD: TOELICHTING EN WERKSHEMA VOOR DE STRATEGISCHE ANALYSE (FICTIEVE GEGEVENS)**

	Aard van problemen op leefgebieden	Ervaren zorgbehoefte		Relatie met de zorg(verlener)	Vindplaats en wijze van contactleggen	Algemene gegevens (zoals leeftijd, culturele herkomst)
Welke gegevens zijn nog niet, of onvoldoende beschikbaar? (neem gegevens over uit grijze deel tabel B)	<ul style="list-style-type: none"> <li>informatie over vrijwel alle leefgebieden (gezondheid en leefsituatie)</li> <li>welke problemen staan een goede opvoeding het meest in de weg? Hoe ernstig zijn deze problemen precies?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>aan welk soort (opvoedings-) ondersteuning heeft doelgroep behoefte? Waar zijn ze met name onzeker over?</li> <li>in hoeverre accepteert deze groep het eigen gebruik? Hoe groot is motivatie om af te kicken?</li> </ul>		Hoe stabiel is de relatie met de hulpverlening bij deze groep? Zijn hierin subgroepen te onderscheiden?	Vertrouwen de cliënten aan hulpverleners gevoelige informatie m.b.t. de opvoeding toe? (in verband met angst voor kwijtraken kind)	Via de registratie is niet altijd te achterhalen of de mannen en vrouwen die als ouder bekend staan, ouder van dezelfde kinderen zijn (onderling een relatie hebben, beiden daadwerkelijk zorg dragen voor de kinderen).
Wat moet je hiervan alsnog te weten komen om een zorgaanbod te kunnen ontwikkelen? <ul style="list-style-type: none"> <li>voor de cliënt: kwaliteit hulpverlening &amp; in stand houden van een goede zorgrelatie</li> <li>voor de organisatie: planning en financiën</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>van gezondheid en leefsituatie hebben prioriteit: <ul style="list-style-type: none"> <li>stabiliteit middelengebruik</li> <li>lichamelijke en geestelijke gezondheid</li> <li>financiën</li> <li>sociale contacten</li> </ul> </li> <li>welke problemen staan een goede opvoeding het meest in de weg? Hoe ernstig zijn deze problemen precies?</li> </ul>	Bekend moet zijn: <ul style="list-style-type: none"> <li>aan welk soort (opvoedings-) ondersteuning heeft doelgroep behoefte? Waar zijn ze met name onzeker over?</li> <li>welk deel van de ouders heeft behoefte aan welk type ondersteuning?</li> </ul>			Bekend moet zijn: <ul style="list-style-type: none"> <li>vertrouwen de cliënten aan hulpverleners gevoelige informatie m.b.t. de opvoeding toe? (in verband met angst voor kwijtraken kind)</li> </ul>	
Risico's van niet weten <ul style="list-style-type: none"> <li>voor de cliënt: mogelijke schadelijke gevolgen voor de leefsituatie &amp; verlies van vertrouwen in hulpverlening</li> <li>voor de organisatie: planning en financiën</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>risico's voor cliënt zijn niet groot als bovenstaande gegevens pas tijdens het opstarten van een programma worden verzameld: cliënt bevindt zich in principe in een relatief stabiele situatie die alleen maar kan worden verbeterd door extra ondersteuning.</li> <li>risico voor organisatie is dat, wanneer problemen achteraf ernstiger blijken dan verwacht, de kosten van de zorg veel hoger zijn doordat doelgroep intensieve aandacht behoeft. Planning wordt ingewikkelder.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>risico bij ontbreken van deze gegevens is dat het ontwikkelde type zorg niet goed aansluit bij zorgbehoefte van de ouders; gevolg is dat situatie van de ouders onvoldoende verbetert. Zorg is misschien te weinig gedifferentieerd.</li> <li>risico voor de organisatie is dat ouders niet gemotiveerd zijn om deel te nemen aan het nieuwe programma.</li> </ul> Doelgroep voor het ontwikkelde type zorg is wellicht kleiner dan verwacht.		<ul style="list-style-type: none"> <li>risico voor de cliënt is dat ontwikkelde zorg niet goed rekening houdt met wisselende problemen/motivatie.</li> <li>risico voor de organisatie is dat intensievere vormen van zorg nodig zijn om contact met cliënt te behouden; uitvoerenden moeten bekend zijn met bemoeizorgmethoden, lagere caseload.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>risico voor de cliënt is dat hulpverlening de situatie verkeerd inschat en geen passende zorg biedt.</li> <li>risico voor organisatie is dat problemen in gezin niet tijdig worden gesignaleerd &amp; situatie uit de hand loopt, waardoor veel intensievere zorg moet worden geboden dan nodig was geweest.</li> </ul>	Geen risico voor cliënt of organisatie bij ontbreken van deze gegevens.
Conclusie: welke gegevens moeten nog worden verzameld?	<ul style="list-style-type: none"> <li>gezondheid en leefsituatie hebben prioriteit: <ul style="list-style-type: none"> <li>stabiliteit middelengebruik</li> <li>lichamelijke en geestelijke gezondheid</li> <li>financiën</li> <li>sociale contacten</li> </ul> </li> <li>welke problemen staan een goede opvoeding het meest in de weg? Hoe ernstig zijn deze problemen precies?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>aan welk soort (opvoedings-) ondersteuning heeft doelgroep behoefte? Waar zijn ze met name onzeker over?</li> <li>welk deel van de ouders heeft behoefte aan welk type ondersteuning?</li> </ul>		Hoe stabiel is de relatie met de hulpverlening bij deze groep? Zijn hierin subgroepen te onderscheiden?	Vertrouwen de cliënten aan hulpverleners gevoelige informatie m.b.t. de opvoeding toe? (in verband met angst voor kwijtraken kind)	Geen aanvullende gegevens nodig.

