

Doelgroepanalyse in de verslavingszorg

Implementatie, evaluatie en monitoring van de richtlijn Cliëntprofielen

Colofon

Auteurs:

E.G. Wits (IVO)

G. Rodenburg (IVO)

R.A. Knibbe (IVO)

Ontwerp:

Taluut

Druk:

Nadere informatie:

GGZ Nederland

Postbus 830

3800 AV AMERSFOORT

info@ggz nederland.nl

Prijs: voor leden van GGZ Nederland

gratis; voor niet leden € 10,-

Publicatienummer: 2008-332

Publicatierecht en verspreidingsrecht: Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen of openbaar worden gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of andere wijze zonder voorafgaande toestemming van IVO en GGZ Nederland

Het project is geslaagd dankzij de grote inzet en betrokkenheid van medewerkers van IrisZorg, Mondriaan Zorggroep en Bouman GGZ en van de cliënten van deze instellingen die hebben meegewerkt aan interviews. Veel dank hiervoor.

De onderzoekers

Ir. E.G. Wits

Prof. dr. Ronald Knibbe

Drs. Gerda Rodenburg

Voorwoord

Voor u ligt het eindrapport van het project 'Implementatie, evaluatie en monitoring van de richtlijn cliëntenprofielen in de sociale verslavingszorg'. De richtlijn cliëntenprofielen geeft verslavingszorginstellingen een handvat om zelf een doelgroepanalyse uit te voeren wanneer zij van plan zijn voor een bepaalde doelgroep een zorgaanbod te ontwikkelen of te verbeteren. De doelgroepanalyse resulteert in een cliëntprofiel met gegevens die de basis vormen voor de verdere zorgprogrammering. Het uiteindelijke doel is het beter laten aansluiten van het zorgaanbod op de zorgbehoefte van met name langdurig verslaafden.

De Richtlijn Cliëntprofielen beschrijft de meest geëigende methode om, bij aanvang van het proces van zorgprogrammering, cliëntprofielen te ontwikkelen. De richtlijn is daarmee, anders dan de overige richtlijnen en protocollen die binnen Resultaten Scoren zijn ontwikkeld, gericht op de wijze waarop het zorgaanbod tot stand komt, en niet op de manier waarop het moet worden ingevuld en uitgevoerd. De richtlijn wordt gekenmerkt door de aandacht voor het cliëntenperspectief en de bestaande kennis over de doelgroep op de werkvloer. Dit project is mogelijk gemaakt door ZonMw en uitgevoerd door IVO, in samenwerking met CVO en met de instellingen IrisZorg, Mondriaan Zorggroep en Bouman GGZ. Medewerkers van IrisZorg en Mondriaan Zorggroep hebben de richtlijn toegepast om casemanagement voor langdurig verslaafden met complexe problematiek op te zetten, en om de zorg op een afdeling voor dubbele diagnose patiënten te verbeteren. De implementatie van de richtlijn is door IVO ondersteund en geëvalueerd. De resultaten zijn in onderliggend rapport beschreven. Na afloop van het project is een periode veel geïnvesteerd in verdere verbetering van de richtlijn, in samenwerking met de betrokken instellingen. Met de publicatie van de resultaten is gewacht totdat de richtlijn zijn definitieve vorm had gekregen, zodat de uiteindelijke versie in het rapport kon worden opgenomen.

Martinus Stollenga,

Voorzitter Stuurgroep Resultaten Scoren

Het project is geslaagd dankzij de grote inzet en betrokkenheid van medewerkers van IrisZorg, Mondriaan Zorggroep en Bouman GGZ en van de cliënten van deze instellingen die hebben meegewerkt aan interviews. Veel dank hiervoor.

De onderzoekers, Ir. E.G. Wits, Prof. dr. Ronald Knibbe,
Drs. Gerda Rodenburg

Inhoud

1	Samenvatting	5
	Inleiding	6
1.1	Zorgprogrammering: aandacht voor de zorgbehoefte	6
1.2	Doelstelling en vraagstelling van het implementatieonderzoek	7
1.3	Werkwijze bij het implementatieonderzoek	8
1.4	Leeswijzer	9
2	Benodigde ondersteuning en randvoorwaarden	10
2.1	Verloop van de implementatie van de richtlijn	10
2.2	Mening over training en ondersteuning	12
2.3	Organisatorische randvoorwaarden	12
2.4	Conclusie	13
3	Toepassing van opgestelde cliëntprofielen bij zorgprogrammering	14
3.1	Historie	14
3.2	Gebruik en waardering van de opgestelde cliëntprofielen	14
3.3	Gebruik en waardering van de methode voor doelgroepanalyse	16
3.4	Huidige werkwijze en houding ten opzichte van toepassing doelgroepanalyse	17
3.5	Conclusie	18
4	Conclusies en aanbevelingen	21
4.1	Toepassing van de richtlijn, na training en met ondersteuning	21
4.2	Toepassing van reeds opgestelde cliëntprofielen	22
4.3	Aanpassing van de richtlijn	23
5	Literatuur	24
Bijlage 1	Bijgestelde Richtlijn Cliëntprofielen (versie 2.0)	25
Bijlage 2	Cliëntprofielen van methadoncliënten in Rotterdam en Limburg	51
Bijlage 3	Beschrijving van methode voor rapid assessment and response	61

Samenvatting

Voor de ontwikkeling van passende zorg dient aandacht te worden besteed aan de kenmerken en zorgbehoefte van de doelgroep, zeker bij de vaak moeilijk bereikbare doelgroepen van de sociale verslavingszorg. De Richtlijn Cliëntprofielen van het IVO 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. In opdracht van ZonMw is de richtlijn bij twee instellingen voor verslavingszorg geïmplementeerd met de nodige ondersteuning, evaluatie en monitoring. Medewerkers van de instellingen zijn getraind in het werken met de richtlijn en voor het verzamelen van gegevens onder de gekozen doelgroep. In de evaluatie staan de randvoorwaarden voor het toepassen van de richtlijn centraal. Naast deze evaluatie is ook teruggekeken naar de praktische toepassing van in het verleden opgestelde cliëntprofielen bij het ontwikkelen van zorgprogramma's.

Het project heeft plaatsgevonden in samenwerking met Resultaten Scoren van GGZ Nederland en met het Centrum voor Verslavingsonderzoek (CVO).

5

Het onderzoek laat zien dat medewerkers van de betrokken instellingen de richtlijn zelfstandig kunnen toepassen na het volgen van een meerdaagse training en met professionele externe ondersteuning bij het uitvoeren van de richtlijn. Daarbij zijn commitment bij het management van de organisatie en een goede interne communicatie belangrijke randvoorwaarden. Bovendien dient direct bij de afronding van de doelgroepanalyse, tijdens feedbackbijeenkomsten met alle betrokken deskundigen, ruime aandacht te worden besteed aan het vertalen van de resultaten naar een passend zorgaanbod.

1. Inleiding

1.1 Zorgprogrammering: aandacht voor de zorgbehoefte

Een doelgroepanalyse is de eerste stap in het proces van zorgprogrammering, maar wordt in de huidige uitvoeringspraktijk van de verslavingszorg vaak overgeslagen. Voor de ontwikkeling van vraaggestuurde verslavingszorg die aansluit bij de zorgbehoefte van de cliënt¹ is het essentieel om aandacht te besteden aan de kenmerken en zorgbehoefte van de doelgroep, om deze zodoende beter te kunnen bereiken en vast te kunnen houden. Een handzame methode waarmee instellingen zelf aan de slag kunnen was nog niet voorhanden. Daarom heeft het IVO voor verslavingszorginstellingen een methode ontwikkeld voor het uitvoeren van een doelgroepanalyse, die resulteert in een cliëntprofiel van de doelgroep. De methode is vastgelegd in een richtlijn, de Richtlijn Cliëntprofielen.

6

Vanaf 2000 is met steun van ZonMw gewerkt aan de ontwikkeling van de methode. De methode biedt instellingen een handvat om een doelgroepanalyse uit te voeren op het moment dat zij van plan zijn voor een bepaalde doelgroep zorg te ontwikkelen of te verbeteren. In het kort komt de methode op het volgende neer. Een werkgroep met deskundige medewerkers vanuit verschillende disciplines die belast is met het opzetten of verbeteren van een bepaald zorgprogramma start met een situatieanalyse, en bepaalt vervolgens welke thema's in het cliëntprofiel de nadruk dienen te krijgen. Het gaat daarbij om thema's als

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

Vervolgens wordt via een strategische analyse bepaald wat de kerngegevens zijn die over de doelgroep moeten worden verzameld, om een

1. In dit rapport is gekozen voor het gebruik van de algemene term 'cliënten'; vanzelfsprekend gaat het hier in in behandelrelaties ook om patiënten.

bruikbaar cliëntprofiel op te kunnen stellen. Daarna kan de (beknpte) dataverzameling starten. Op basis hiervan kan het cliëntprofiel worden opgesteld. De situatieanalyse en de strategische analyse vormen samen de eerste fase van de toepassing van de richtlijn. De dataverzamelingsperiode is de tweede fase. De derde fase is een afrondingsfase, waarin terugkoppeling van de resultaten naar de betrokken medewerkers en cliënten, en vertaling van de resultaten naar een passend zorgaanbod voor de doelgroep centraal staan.

Een concept richtlijn voor het werken met de methode is in 2002 en 2003 uitgetest bij twee instellingen voor verslavingszorg in Nederland, te weten Bouman GGZ in Rotterdam en Mondriaan Zorggroep. Zo is inzicht verkregen in de geschiktheid 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. Op basis van de bevindingen tijdens deze testfase is de Richtlijn Cliëntprofielen bijgesteld. Voorgenomen was om vervolgens in de periode 2003-2005 in drie verslavingszorginstellingen de toepassing van de bijgestelde richtlijn te evalueren. In de beginfase van het implementatieproces is één instelling afgehaakt (om redenen die niet met de toepassing van de richtlijn te maken hebben). De definitieve richtlijn is in de twee overgebleven instellingen geïmplementeerd. Dit zijn IrisZorg en Mondriaan Zorggroep (MZG). Zij zijn met de richtlijn aan de slag gegaan en hebben door middel van een doelgroepenanalyse gepoogd cliëntprofielen op te stellen die relevant zijn voor de ontwikkeling en vernieuwing van het eigen zorgprogramma. Om de instellingen te ondersteunen zijn onder meer trainingen gegeven voor het toepassen van de richtlijn als geheel en voor het uitvoeren van een specifiek onderdeel van de richtlijn, te weten de gegevensverzameling over de doelgroep. Voor dit laatste is samenwerking gezocht met het Centrum voor Verslavingsonderzoek (CVO) te Utrecht, aangezien zij een methode hebben ontwikkeld voor een snelle gegevensverzameling (Rapid Assessment and Response, RAR). In bijlage 3 is hierover meer te lezen.

Onderliggende rapportage gaat in op het verloop van de implementatie

van de richtlijn bij IrisZorg en MZG in de periode 2003 - 2005 en op de toepassing van de in 2003 opgestelde cliëntprofielen bij Bouman GGZ en MZG. De implementatie en het evaluatieonderzoek zijn mogelijk gemaakt door ZonMw.

1.2 Doelstelling en vraagstelling van het implementatieonderzoek

Het doel van het implementatieproject is driedelig:

1. Het ondersteunen van de implementatie van de richtlijn voor het opstellen van cliëntprofielen;
2. Het optimaliseren van de methode via het ontwikkelen van een training;
3. Monitoring en evaluatie van de toepassing van de methode.

Uit de eerdere toepassing van de concept richtlijn (2001-2003) is naar voren gekomen dat participatie van een onafhankelijke onderzoeker in het projectteam heeft bijgedragen aan het inhoudelijk goede verloop van het proces. Echter, deze onderzoeker had ook een sturende rol bij het uitvoeringsproces. Bij de huidige implementatie van de richtlijn is de coördinatie aan de instellingen zelf over gelaten. De volgende probleemstelling stond in het huidige implementatietraject staat daarom de volgende vraag centraal:

1. Zijn medewerkers van verslavingszorginstellingen na een training en met externe ondersteuning in staat om de richtlijn voor het opstellen van cliëntprofielen op de juiste wijze toe te passen?

De volgende twee deelvraag vloeit hieruit voort:

- 1a. Welke externe inhoudelijke en procesmatige steun is er bij verslavingszorginstellingen nodig om tot effectieve implementatie van de richtlijn te komen? Alhoewel over de benodigde organisatorische randvoorwaarden in het eerdere onderzoek informatie is verkregen, is het bij een bredere implementatie van belang te blijven evalueren in welke mate deze een effectieve implementatie bevorderen dan wel hinderen. Vandaar dat als tweede deelvraag is geformuleerd:
- 1b. Welke randvoorwaarden binnen de instelling zijn belangrijk voor een efficiënte en effectieve uitvoering van de richtlijn Cliëntprofielen? Een tweede vraag die we beantwoorden betreft de wijze waarop met het product van de richtlijn wordt omgegaan: de opgestelde cliëntprofielen.

Deze vraag beperkt zich tot de twee instellingen die in de periode 2001-2003 meegewerkt hebben aan de toepassing van de concept richtlijn. Deze onderzoeksvraag luidt:

2. Hoe worden de reeds opgestelde cliëntprofielen bij Bouman GGZ in Rotterdam en bij MZG in Limburg toegepast bij de ontwikkeling van een passend zorgaanbod voor de door hen geformuleerde doelgroepen?

Naast het beantwoorden van de onderzoeksvragen wordt aandacht besteed aan het aspect van optimalisatie van de methode en daarmee een eventuele bijstelling van de richtlijn.

1.3 Werkwijze bij het implementatieonderzoek

Om de eerste onderzoeksvraag te beantwoorden zijn de volgende activiteiten ondernomen:

- > Interviews op twee meetmomenten met medewerkers van IrisZorg en MZG die betrokken waren bij het implementatieproces. Het eerste meetmoment was na afloop van de eerste fase van de toepassing van de richtlijn (situatieanalyse en strategische analyse). De tweede interviewronde vond plaats gedurende de dataverzamelingsperiode. Alleen de medewerkers die in de betreffende fase van het proces een rol hadden zijn op dat moment geïnterviewd. In totaal zijn op beide meetmomenten 21 telefonische interviews afgenomen (13 bij IrisZorg en 8 bij MZG).

In deze interviews kwamen aan de orde:

- > kwaliteit van de gevolgde trainingen en geboden begeleiding;
- > begrijpelijkheid van de methode;
- > beschikbaarheid van de benodigde expertise en ervaring in de werkgroepen;
- > organisatorische randvoorwaarden voor implementatie van de richtlijn;
- > knelpunten rond de individuele tijdsinvestering;
- > mening over het verloop van de gegevensverzameling.

Alle interviews zijn digitaal of op tape opgenomen, vervolgens op schrift uitgewerkt en handmatig geanalyseerd.

- > Monitoring van de voortgang van het implementatieproces in beide instellingen.

Informatiebronnen hiervoor zijn de reguliere contacten tussen de onderzoekers en de projectleiders van beide instellingen, het bijwonen van werkgroepbijeenkomsten, eventueel aangevuld met notulen van verga-

deringen en voortgangsverslagen.

De op deze wijze verzamelde gegevens geven inzicht in de mate waarin bij de toepassing is afgeweken van de beschreven stappen in de richtlijn en de achtergrond daarvan. Ook kunnen verschillen zichtbaar worden bij de toepassing van de richtlijn tussen de verschillende instellingen. Denk bijvoorbeeld aan verschillen in de benodigde tijd en externe ondersteuning.

- > Een groepsdiscussie met de vijf meest betrokken medewerkers van IrisZorg en MZG, waarin het verloop van de toepassing van de methode is besproken, en suggesties voor aanpassing van de richtlijn zijn bediscussieerd.

Na afloop van de gegevensverzameling is het contact met de twee deelnemende instellingen tijdens het afronden van de instellingsrapportages voortgezet.

Om de tweede onderzoeksvraag te beantwoorden zouden aanvankelijk relevante vergaderstukken en nota's worden verzameld bij de twee betreffende instellingen. Ook zouden op twee meetmomenten met een follow-up van een jaar interviews worden afgenomen bij beleidsmedewerkers en managers van Bouman GGZ (toen nog Bouman Verslavingszorg) en MZG. Uiteindelijk is ervoor gekozen om op één moment (eind 2004) interviews af te nemen bij sleutelinformanten van beide instellingen en om niet alle vergaderstukken en nota's te verzamelen waar eventueel de opgestelde cliëntprofielen aan de orde zouden kunnen komen. Van de oorspronkelijke opzet is afgeweken omdat de omstandigheden bij Bouman GGZ en MZG (beide in een fusieproces) deden vermoeden dat de opgestelde profielen geen regelmatig terugkerend onderwerp zouden zijn in vergaderstukken of nota's, en dat het tweemaal interviewen van sleutelinformanten geen waardevolle extra informatie zou opleveren ten opzichte van één enkel interview. In totaal zijn 13 interviews afgenomen, deels face-to-face en deels telefonisch. De interviews zijn digitaal of op tape opgenomen, vervolgens op schrift uitgewerkt en handmatig geanalyseerd.

1.4 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk wordt allereerst beschreven hoe het opstellen van cliëntprofielen binnen de twee instellingen voor verslavingszorg is

verlopen. Meer in detail wordt ingegaan op de verschillende aspecten van het implementatieproces, gericht op de beantwoording van de eerste onderzoeksvraag. Hoofdstuk 3 is gewijd aan de tweede onderzoeksvraag: toepassing van de eerder opgestelde cliëntprofielen bij Bouman GGZ en MZG bij de herziening van de methadonprogramma's binnen beide instellingen. In hoofdstuk 4 zijn de conclusies te vinden van het evaluatieonderzoek, evenals enkele aanbevelingen met betrekking tot het toepassen van de richtlijn door verslavingszorginstellingen in Nederland.

2 Benodigde ondersteuning en randvoorwaarden

In de evaluatie van het implementatietraject staat de vraag centraal of verslavingszorginstellingen na training en met externe ondersteuning in staat zijn om de richtlijn voor het opstellen van cliëntprofielen op de juiste wijze toe te passen. In dit hoofdstuk wordt nagegaan welke inhoudelijke en procesmatige steun er bij de deelnemende verslavingszorginstellingen nodig was om tot een effectieve implementatie van de richtlijn te komen (eerste deelvraag). Ook wordt ingegaan op de randvoorwaarden die binnen de instelling aanwezig moeten zijn voor een efficiënte en effectieve uitvoering van de richtlijn cliëntprofielen (tweede deelvraag).

2.1 Verloop van de implementatie van de richtlijn

Zoals in de inleiding al is vermeld zouden aanvankelijk drie instellingen aan het implementatietraject deelnemen, maar is één van de drie instellingen afgehaakt om redenen die verder niet met de toepassing van de richtlijn zelf te maken hebben. De richtlijn is uiteindelijk dus bij twee verslavingszorginstellingen toegepast.

Vorbereiding

Binnen beide instellingen is een projectleider aangewezen die de toepassing van de richtlijn aanstuurde en het evaluatieonderzoek mogelijk maakte (het verschaffen van gegevens aan de onderzoeker, zoals notulen van vergaderingen, rapporten, et cetera). De projectleiders hebben ieder een werkgroep van instellingsmedewerkers ingesteld voor het uitvoeren van de situatieanalyse. In deze werkgroepen waren verschillende disciplines vertegenwoordigd. Een onderzoeker van het IVO heeft plaatsgenomen in deze werkgroepen om het proces te kunnen monitoren en waar nodig te ondersteunen.

Toepassing van de richtlijn

Bij IrisZorg is gekozen voor het opstellen van een cliëntprofiel van de doelgroep die naar verwachting in aanmerking komt voor het casemanagement van de instelling, met als doel het casemanagement beter te laten aansluiten bij de behoefte van de doelgroep. Voor de situatieanalyse, strategische analyse en de gegevensverzameling is de samenstelling

van de werkgroep telkens veranderd. In de situatieanalyse hadden casemanagers van IrisZorg een belangrijke rol, die de doelgroep goed kennen. Bij de strategische analyse hebben managers de plaats ingenomen van deze casemanagers. De gegevensverzameling is uitgevoerd door een verpleegkundige/casemanager en een SPV. De werkgroep van IrisZorg die is gestart met de situatieanalyse heeft in het voorjaar van 2004 van het IVO een training gekregen voor het werken met de richtlijn (zie hierna: Training en ondersteuning). Degenen die zich met de gegevensverzameling hebben bezig gehouden hebben hiervoor in het voorjaar van 2005 van het CVO een zogenoemde RAR-training gekregen (zie bijlage 3). Bij de dubbele-diagnose afdeling (DD-afdeling) van MZG is gewerkt aan een cliëntprofiel van de eigen doelgroep (DD-patiënten), gericht op de behoefte die de (ex-)patiënten hebben aan nazorg. Ook hier is de samenstelling van de werkgroep telkens aangepast aan de benodigde expertise gedurende de verschillende fasen van het proces. De training voor het opstellen van cliëntprofielen is aan de betrokken medewerkers van MZG gegeven in de nazomer van 2004. In verband met het fusieproces waarin de instelling was verwickeld bleek het niet mogelijk om in het voorjaar van 2004, gelijktijdig met IrisZorg, al aan de training deel te nemen. De RAR-training is gevolgd in het voorjaar van 2005, samen met de medewerkers van IrisZorg.

Training en ondersteuning

Het IVO heeft een training van drie dagdelen ontwikkeld waar medewerkers van MZG en IrisZorg hebben geleerd om de diverse onderdelen van de richtlijn op de juiste wijze toe te passen. Ook is aandacht besteed aan het voorzitten van de werkgroepen, omdat een efficiënte en doelgerichte discussie niet altijd eenvoudig te bewerkstelligen is. Naast deze training hebben medewerkers van instellingen de mogelijkheid gekregen om een module 'Rapid Assessment and Response' (RAR) te volgen, aangeboden door deskundigen van het CVO. Hiermee hebben zij de vaardigheden geleerd om een gegevensverzameling onder de doelgroep en sleutelinformanten uit te voeren voor het opstellen van een cliëntprofiel. Per instelling is een werkgroep geformeerd voor het uitvoeren van de gegevensverzameling. Deze zogenoemde RAR-teams hebben de RAR-training gevolgd, inclusief de projectleider.

Na deze trainingen hebben medewerkers van het IVO en het CVO gedurende het implementatieproces ondersteuning geboden, respectievelijk aan de werkgroepen binnen de betreffende instellingen en bij de

dataverzameling.

Als extra ondersteuning zou door het IVO een website worden ontwikkeld met als onderdeel een elektronische consultatiefunctie. Om op het internet een goed bereik van de informatie te garanderen en om kosten te besparen werd er aanvankelijk voor gekozen om de informatie over de richtlijn Cliëntprofielen te plaatsen op GGZ Kennisnet, op het onderdeel van Resultaten Scoren. Omdat dit echter geen duidelijk herkenbare plaats op het internet heeft opgeleverd is een eigen website ontwikkeld. Deze is gekoppeld aan de IVO-website (www.ivo.nl/cursusaanbod/cliëntprofielen) en is gericht op het informeren van verslavingszorginstellingen die nog niet bekend zijn met de methode en op het ondersteunen bij de toepassing van de methode. De elektronische consultatiefunctie is tijdens het implementatieproject ingevuld via het reguliere e-mailcontact van de onderzoeker met de projectleiders en de uitvoerenden.

Duur van de implementatie

Verwacht was dat de toepassing van de richtlijn een periode van 10 tot 12 maanden in beslag zou nemen. Uiteindelijk heeft de toepassing langer geduurd: IrisZorg heeft in december 2005 het cliëntprofiel afgerond (20 maanden na het volgen van de eerste training) en MZG in mei 2006 (eveneens 20 maanden na de training). Er zijn verschillende oorzaken aan te wijzen voor deze vertraging, zoals:

- > in de huidige opzet van de richtlijn verandert de samenstelling van de werkgroep naar gelang de fase waarin de doelgroepanalyse zich bevindt. Dit veroorzaakt een versnippering en daarmee een vertraging van het proces;
- > bij de eerdere toepassing (2001-2003) van de concept richtlijn is de gegevensverzameling niet door de instellingen zelf, maar door onderzoekers van het IVO uitgevoerd. De duur van de gegevensverzameling was daardoor nu moeilijk vooraf in te schatten en bleek uiteindelijk substantieel langer te duren dan bij uitvoering door het IVO;
- > door een personeelstekort bij één van de instellingen haperde het proces; het heeft enige tijd geduurd voor het weer op gang was gekomen;
- > door omstandigheden heeft de RAR-training later dan gepland plaatsgevonden, waardoor even moest worden gewacht met de gegevensverzameling onder de gekozen doelgroepen;
- > bij één van de deelnemende instellingen heeft de voorbereiding tekort geschoten waardoor het proces langzamer en soms moeizamer is verlopen dan bij een betere voorbereiding het geval zou zijn geweest. Zo

bleek achteraf de samenstelling van de werkgroep voor de situatie-analyse niet optimaal; bepaalde deskundigheid werd in de werkgroep gemist. Daarnaast is het project intern slecht gecommuniceerd. Niet iedereen kon daardoor begrip opbrengen voor afdelingsmedewerkers die deels waren vrijgesteld van hulpverleningstaken, voor het afnemen van interviews in het kader van het project.

2.2 Mening over training en ondersteuning

De geïnterviewde werkgroepleden geven aan dat de training Cliëntprofielen en de RAR-training naar tevredenheid zijn verlopen. Opgemerkt is dat de trainingen gecombineerd zouden kunnen worden, waarmee de cliëntprofielenmethode en de RAR-gegevensverzameling in de praktijk beter geïntegreerd kunnen worden toegepast. Ook is gebleken dat het niet nodig is alle leden van het RAR-team de gehele RAR-training te laten volgen. Voor degenen die als interviewer aan de slag gaan (interviewen van cliënten en sleutelinformanten) zou alleen een interviewtraining volstaan.

De training in het werken met de richtlijn biedt voldoende duidelijkheid over de bedoeling van de methode en de aard van de diverse onderdelen van de richtlijn. Meerdere respondenten geven echter aan dat zij niet zonder verdere begeleiding van het IVO en CVO de methode hadden kunnen toepassen. Over de begeleiding van de onderzoekers van het IVO en CVO waren de respondenten zeer te spreken.

2.3 Organisatorische randvoorwaarden

Uit voorgaande paragrafen en de interviews kunnen enkele organisatorische randvoorwaarden worden afgeleid voor het werken met de cliëntprofielenmethode. Aan deze randvoorwaarden moet tijdens de voorbereidende fase worden gewerkt.

Commitment

Het opstellen van een cliëntprofiel kost tijd en dus geld. Het management én het personeel dat betrokken wordt bij de doelgroepanalyse moet overtuigd zijn van het nut van deze investering, en moeten begrijpen dat het enige tijd vergt om tot de gewenste resultaten te komen.

Organisatiestructuur en interne communicatie

De samenstelling van de werkgroep en de onderlinge taakverdeling dienen zorgvuldig te worden afgewogen en besproken. Daarnaast heeft interne communicatie veel aandacht nodig. Het is van belang dat ook medewerkers die minder direct bij het project betrokken zijn worden geïnformeerd.

Het maken van een goede planning is vanzelfsprekend essentieel. Knelpunt is echter het inschatten van de benodigde personele inzet. Deze is onder meer afhankelijk van de omvang van de problematiek en de doelgroep waar een cliëntprofiel van wordt opgesteld. Deze bepaalt bijvoorbeeld of een uitgebreide of beperkte dataverzameling plaats moet vinden. Het IVO kan helpen bij het maken van de inschatting.

Begeleiding

De respondenten zijn vrijwel unaniem in hun mening dat - zeker bij een eerste toepassing van de methode - een goede training en begeleiding van buitenaf nodig zijn. Dit heeft te maken met het hoge abstractieniveau van de methode en het kunnen bieden van ondersteuning bij het bewaken van de voortgang. Voor de inhoudelijk discussie kan een kritische blik van buitenaf behulpzaam zijn om te makkelijke conclusies of aannames te vermijden.

2.4 Conclusie

Eén van de deelvragen die in hoofdstuk 2 centraal stond was welke inhoudelijke en procesmatige steun er bij verslavingszorginstellingen nodig is om tot effectieve implementatie van de richtlijn te komen. Op basis van de bevindingen kan geconcludeerd worden dat behoefte is aan een training waarin de methode voor het uitvoeren van een doelgroepanalyse centraal staat, maar ook aandacht wordt besteed aan vaardigheidstraining, zoals het voorzitten van werkgroepen. Voor het team dat bij de gegevensverzameling is betrokken - het RAR-team - is het volgen van de RAR-training van belang. Echter, voor RAR-leden bij wie de gegevensverzameling beperkt blijft tot het interviewen van cliënten en sleutelinformanten kan volstaan worden met een interviewtraining. De interviewtraining moet uitgebreider in de RAR-training aan bod komen dan nu het geval is. Naast trainingen bestaat er behoefte aan onder-

steuning bij het toepassen van de methode. In de voorbereidende fase is externe begeleiding van belang bij het realiseren van de organisatorische randvoorwaarden (zie hierna). Zo zijn een goede samenstelling van werkgroepen en een goede interne communicatie cruciaal voor een effectieve implementatie van de richtlijn. Tijdens de toepassing van de methode kan externe begeleiding behulpzaam zijn bij het bewaken van het voortgangsproces. Bovendien bevordert een kritische blik van buitenaf vaak de kwaliteit van de inhoudelijke discussies in de werkgroepen.

Een tweede deelvraag in dit hoofdstuk had betrekking op de randvoorwaarden voor een efficiënte en effectieve uitvoering van de richtlijn binnen instellingen. Geconcludeerd kan worden dat er voldoende commitment gecreëerd moet worden bij het management en betrokken personeel, werkgroepen weloverwogen samen te stellen, het project intern goed te communiceren, een goede planning te maken en – zeker bij een eerste toepassing van de methode – te zorgen voor een goede training en begeleiding van buitenaf.

Optimalisatie van de methode kan worden bereikt door een aanpassing van de aanbevolen samenstelling van de werkgroepen (paragraaf 2.1). Uit de evaluatie is naar voren gekomen dat tussentijdse wijzigingen in de samenstelling van de werkgroepen in de verschillende fasen van het toepassen van de richtlijn tot versnippering leidt, en daarmee tot vertraging in het proces. Het is dan ook aan te bevelen een kerngroep samen te stellen waaraan naar behoefte in de verschillende fasen nieuwe werkgroepleden worden toegevoegd. Een ander punt waarop de richtlijn bijgesteld dient te worden is de wijze van het geven van trainingen. Uit de evaluatie blijkt dat integratie van (delen van) de RAR-training in de training voor het uitvoeren van een doelgroepanalyse tot optimalisatie van de methode leidt. Een dergelijke gecombineerde training sluit beter aan op het proces in de praktijk (zie paragraaf 2.2).

Al deze verbeteringen dienen tenslotte te leiden tot een veel kortere doorlooptijd, zodat sneller kan worden gereageerd op een signaal dat verbetering van het zorgaanbod wenselijk is.

3 Toepassing van opgestelde cliëntprofiel bij zorgprogrammering

Om de tweede onderzoeksvraag te beantwoorden wordt in dit hoofdstuk teruggegaan naar de instellingen waar de concept richtlijn is toegepast in de periode 2001-2003, te weten Bouman GGZ (destijds Bouman Verslavingszorg) en MZG (destijds het CAD Limburg). Aan sleutelinformanten van beide instellingen is gevraagd of in de periode van medio 2003 tot eind 2004 de reeds opgestelde cliëntprofielen daadwerkelijk zijn toegepast bij de ontwikkeling van een passend zorgaanbod voor deze doelgroepen. Ook is onderzocht of de werkwijze zoals beschreven in de richtlijn cliëntprofielen binnen deze organisaties navolging heeft gekregen.

3.1 Historie

In Rotterdam zijn destijds bij Bouman GGZ twee cliëntprofielen van methadoncliënten opgesteld: dubbele diagnose cliënten en cliënten die zichzelf verwaarlozen (en geen overheersende psychische problemen hebben). In Limburg is bij MZG een profiel opgesteld van verslaafde methadoncliënten met thuiswonende kinderen van 1-12 jaar oud en een profiel van methadoncliënten met hepatitis C besmetting. Zowel in Rotterdam als in Limburg zijn via medewerkers van methadonprogramma's door onderzoekers van het IVO cliëntgegevens verzameld. De opgestelde cliëntprofielen zijn samengevat in factsheets van elk twee pagina's (zie bijlage 2) en 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.

3.2 Gebruik en waardering van de opgestelde cliëntprofielen

Toepassing van de opgestelde cliëntprofielen

De medewerkers van Bouman GGZ en MZG die in de periode 2001-2003 hebben deelgenomen aan de toepassing van de concept richtlijn blijken geen gebruik te hebben gemaakt van de opgestelde cliëntprofielen. Hiervoor zijn twee belangrijke redenen aan te wijzen. In de eerste plaats zijn dit fundamentele veranderingen binnen beide organisaties die ertoe hebben geleid dat er tijdelijk minder aandacht voor zorgvernieuwing was, of met een andere visie naar de doelgroep werd gekeken. Met dit

laatste wordt bedoeld op een beleidsverschuiving binnen één van beide instellingen, waardoor de destijds opgestelde cliëntprofielen inhoudelijk minder relevant zijn geworden. Beide instellingen hebben bovendien te maken gehad met een fusieproces waar met name door beleidsmedewerkers en managers de nodige aandacht aan is besteed. Een tweede belangrijke reden voor het niet gebruiken van de cliëntprofielen is dat meerdere medewerkers die bij het opstellen van de betreffende cliëntprofielen betrokken waren een andere functie hebben gekregen. Daardoor hadden zij niet meer specifiek te maken met de doelgroepen waarvoor cliëntprofielen zijn opgesteld of waren zij niet meer betrokken bij het opzetten van nieuwe zorgprogramma's. In een enkel geval is de verantwoordelijkheid voor het aanpassen van het zorgprogramma voor de betreffende doelgroep naar een andere afdeling gegaan.

Behalve fusieperikelen heeft ook de manier van werken ertoe bijgedragen dat de opgestelde cliëntprofielen en de richtlijn niet 'leefden' binnen één van de instellingen: doordat in de verschillende fasen van de doelgroepanalyse andere werkgroepen werden samengesteld raakten de leden van deze werkgroepen het overzicht over het proces kwijt. Een goede communicatie om dit probleem te ondervangen ontbrak. Ook kan hierbij een rol hebben gespeeld dat het uitvoeren van een doelgroepanalyse en daarmee het opstellen van cliëntprofielen als zelfstandig project werd ingericht, wat het risico verhoogt dat na afronding van het project de uitkomsten blijven liggen.

Een factor die volgens één van de respondenten ook meespeelt is de "politieke dynamiek". Deze maakt dat er meer oog is voor de wensen van de burgerij (maatschappelijke factoren) en dat de invalshoek van justitie (thema's overlast en veiligheid) een grotere rol speelt. Hierdoor worden minder projecten ontwikkeld vanuit de behoeften van de patiënten zelf.

Tenslotte is het functieniveau van de medewerkers een bepalende factor. Medewerkers die het dichtst bij de werkvloer staan blijken een meer pragmatische manier van werken voor te staan bij het aanbrengen van wijzigingen in het zorgaanbod. Zij denken er daardoor niet uit zichzelf aan om terug te vallen op de opgestelde cliëntprofielen.

Waardering van de informatie in de cliëntprofielen

De meeste respondenten vinden de opgestelde cliëntprofielen zeer herkenbaar. Sommige respondenten vinden de informatie in de factsheets bruikbaar, anderen minder. Om de volgende redenen wordt de informatie in de factsheets bruikbaar gevonden:

- > Met relevante informatie over de doelgroep kan men de zorg beter inrichten en beter afstemmen op de behoeften van de patiënt. Als voorbeeld van relevante informatie uit de opgestelde cliëntprofielen wordt genoemd het feit dat methadoncliënten niet altijd het gevoel hebben serieus te worden genomen, en dat veel cliënten vinden dat zij te weinig tijd krijgen om met hulpverleners te praten.
- > Ze vormen een goede aanvulling op de meer algemene gegevens uit cliëntenregistratiesystemen. Niet alleen ontbreken er gegevens in deze centrale registratie, maar ook in de dossiers en hoofden van hulpverleners. De informatie over de methadoncliënten in de factsheets is concreter van aard en wordt om die reden nuttig gevonden. Uit de factsheets blijkt dat sommige essentiële gegevens over cliënten bij de betrokken hulpverleners onbekend waren. Het opstellen van cliëntprofielen heeft daardoor mede inzicht gegeven in de kennis die hulpverleners hebben (of niet hebben) over hun cliënten.

Redenen die de informatie in de factsheets minder bruikbaar maakt zijn:

- > De vertaling naar een passend zorgaanbod ontbreekt. De factsheets bevatten slechts data en geen duidelijke aanknopingspunten over hoe concreet verder met deze gegevens moet worden omgegaan. Er zou een stappenplan moeten zijn om te bepalen welke aandachtspunten tot een specifiek zorgaanbod zouden moeten leiden.
- > Het cliëntprofiel is een tijdsopname en heeft geen algemene ètjldozeï wetenschappelijke waarde. Indien men de informatie enige tijd later wil gebruiken bij het opzetten van een nieuw project zou de informatie opnieuw moeten worden geverifieerd.
- > Niet alle relevante thema's komen aan de orde. Zo worden achtergronden bij de cijfers gemist, bijvoorbeeld van verwaarlozing en dakloosheid, om meer aangrijpingspunten te hebben voor het ontwikkelen van zorg. Welke vaardigheden hebben mensen nog wél? Wat is het verloop en de hardnekkigheid van deze problemen?
- > Het onderscheid tussen methadoncliënten die zichzelf verwaarlozen zonder ernstige psychische problemen te hebben en methadoncliënten

die met name ernstige psychiatrische problemen hebben is praktisch niet handig. In de praktijk is er een grote overlap tussen beide groepen.

3.3 Gebruik en waardering van de methode voor doelgroepanalyse

Toepassing van de methode

Uit de interviews blijkt dat degenen die aan de toepassing van de concept richtlijn hebben meegewerkt sindsdien meer vanuit de behoefte en mogelijkheden van de cliënt zijn gaan werken en een beter handvat hebben om doelgroepen te differentiëren. De richtlijn is in beide instellingen sinds medio 2003 tot medio 2004 echter niet als integrale methode toegepast. Enkele respondenten hebben wel de cliëntprofielen 'denk-wijze' toegepast, bijvoorbeeld binnen de afdeling reclassering, om te brainstormen over een aantal patiënten waarvan in beginsel onduidelijk was wat de zorgbehoefte was. Het ging om veelplegers die ook middelen gebruikten. Voor hulpverleners is dit een moeilijke groep om zicht op te krijgen. Middels het gebruik van de Richtlijn Cliëntprofielen kon men op een systematische wijze deze groep analyseren.

Van de respondenten die destijds niet betrokken waren bij het toepassen van de concept cliëntprofielenmethode zijn sommigen wel bekend met de Richtlijn Cliëntprofielen, anderen niet.

Een respondent die niet bij de toepassing betrokken was heeft de richtlijn eerder gezien in zijn vorige functie buiten de huidige zorginstelling. Hij werkt zelf niet met de richtlijn, maar heeft het document wel overgedragen aan een nieuwe beleidsmedewerker met het idee dat er in de toekomst wellicht gebruik van kan worden gemaakt.

Een respondent die niet bij de toepassing betrokken was heeft de richtlijn eerder gezien in zijn vorige functie buiten de huidige zorginstelling. Hij werkt zelf niet met de richtlijn, maar heeft het document wel overgedragen aan een nieuwe beleidsmedewerker met het idee dat er in de toekomst wellicht gebruik van kan worden gemaakt.

Waardering van de methode

Van alle respondenten zien de meesten de meerwaarde van de richtlijn duidelijk in. Zij wijzen op zaken als:

- > Het belang van een goede analyse vooraf. Dit wordt belangrijk gevonden, omdat met name voor de doelgroep van langdurig verslaafden vanaf het

begin van het behandelcontact duidelijke regels moeten gelden. "Je kan niet blijven proberen en veranderen bij deze groep". (*resp 1.13*)

- > De doelgroepanalyse als hulpmiddel bij financiering. Een belangrijke ontwikkeling van de afgelopen tijd is dat financiers van zorg kritisch zijn en een goed beeld willen hebben van de doelgroep voordat geld aan een instelling wordt toegekend. Door de doelgroep beter te definiëren en concrete informatie over de doelgroep te verzamelen kan een instelling beter onderbouwen waarom een bepaald product op een bepaalde manier wordt vormgegeven. De motivatie naar financiers toe kan door het gebruik van cliëntprofielen dus worden verbeterd. In samenhang hiermee wordt opgemerkt dat de efficiëntie binnen de eigen organisatie kan worden vergroot. Als voorbeeld wordt genoemd een grote mate van onderbezetting binnen bepaalde voorzieningen. "De financiële consequentie van dit onderproduceren is in relatie tot de zorgverzekeraar een slecht gegeven. Er staat nu druk op het proces van 'hoe gaan we dat veranderen'. Dit gegeven is een uitstekende kans om te onderzoeken hoe het profiel er van mensen uit ziet die we graag binnen willen hebben. Pas als je antwoord hebt op de 'profielvraag', kan je gaan bekijken hoe je het aanbod kan veranderen. De neiging bestaat om de vraag omgekeerd te stellen: hoe krijgen we bedden vol?" (*respondent 1.11*)
- > Het uitvoeren van een doelgroepanalyse als hulpmiddel bij het inzichtelijk maken van succesfactoren van een zorgprogramma. Zo kunnen met een doelgroepanalyse de faal- en succesfactoren van de zorg voor methadoncliënten worden onderzocht. Vraag daarbij is waarin de 'uitstromers' verschillen van degenen die niet uitstromen. Zo zou inzicht kunnen worden verkregen in de meest essentiële stappen die ondernomen moeten worden om de groep methadoncliënten die niet uitstroomt betere zorg te bieden.
- > De richtlijn is een handvat voor een systematische analyse van een primair aspect van de zorgprogrammering. De gestructureerde analyse van de doelgroep heeft een duidelijke meerwaarde: "Een vaag idee van een cliëntengroep leidt vaak ook tot een vage vertaling naar de zorg. De richtlijn dwingt om te focussen." (*respondent 1.3*)
- > De methode bevordert een functie- en afdelingsoverstijgende samenwerking binnen de instelling. De werkwijze heeft een toegevoegde waarde in de zin dat mensen die verschillende functies bekleden en op verschillende afdelingen werkzaam zijn in een werkgroep samenkomen en een specifiek aspect van de verslavingszorg onder de loep nemen.

Ook plaatsen respondenten verschillende kanttekeningen. Net als bij de beoordeling van de inhoud van de opgestelde cliëntprofielen geldt hier

dat medewerkers van de "werkvloer" het meest sceptisch zijn. Nadelen die sommige respondenten aan de methode vinden kleven zijn:

- > De cliëntprofielenmethode kost veel tijd. Aangezien veel instellingen kampen met een structurele beperkte personele bezetting is dat problematisch. Een respondent geeft aan dat een poging om de richtlijn nogmaals toe te passen is gestrand op tijdgebrek. "Vaak is het noodzakelijk om binnen enkele maanden een zorgprogramma op tafel te krijgen. Als je een bepaalde methode hebt die je kent en die je prettig afgaat, dan kies je liever voor die manier. (...) In de ideale situatie zou men bij het opzetten van een nieuw project in de aanloopfase de richtlijn uitvoeren. Maar in werkelijkheid geldt: wat vandaag bedacht wordt, moet morgen op de rails worden gezet. Er is gemiddeld drie maanden voorbereidingstijd en dit staat het hanteren van de richtlijn in de weg." (*respondent 1.12*).
- > Het is voor sommige medewerkers moeilijk om de abstracte manier van denken van de methode te volgen. De analyse wordt erg technisch van aard gevonden.
- > het is volgens een respondent (bijna) onmogelijk om homogene doelgroepen met vergelijkbare problematiek te definiëren. Vaak lijkt het, op basis van de verhalen die de hulpverleners vertellen, alsof er een groep is met eenzelfde problematiek, terwijl het in feite om individuen gaat met uiteenlopende problemen.
- > Een brede toepassing binnen een instelling is moeilijk te realiseren. De bekendheid met de werkwijze is al gauw te klein.
- > De richtlijn kan functioneren als reminder; als aanvulling op de methodiek die respondenten zelf hanteren bij het opzetten van een nieuwe programma.

23

3.4 Huidige werkwijze en houding ten opzichte van toepassing doelgroepanalyse

Huidige werkwijze bij het ontwikkelen van een zorgaanbod

Enkele respondenten zijn betrokken geweest bij de opzet van een aantal nieuwe projecten. Een respondent geeft kernachtig aan hoe dit in zijn werk gaat: "Het opzetten van een project is een combinatie van gevoel, ervaring en wetenschappelijke kennis. Een projectplan begint bij een beleidsnota en het schrijven van een cliëntprofiel. Vervolgens wordt nagegaan wat er in de literatuur bekend is over deze doelgroep en wat de praktijkervaring ermee is. Hier verbind je conclusies aan en dit bepaalt het zorgaanbod." (*resp 1.12*) Meer in detail kan voor deze instelling de strategie als volgt worden samengevat:

1. Zorgbehoefte signaleren. Na signalering wordt met de leidinggevende besproken hoe men in kan spelen op de zorgbehoefte.
2. Oriënteren. Onderzoeken van de mogelijkheden en in kaart brengen van de problematiek. Hier is geen draaiboek voor, maar dit gebeurt zo systematisch mogelijk. Soms worden er stuur- of werkgroepen gevormd. Op informele wijze wordt er veel kennis verzameld: collega instanties raadplegen, eigen informatie structureren, op bezoek gaan bij gemeenten, advies inwinnen bij beleidsmedewerkers, in kaart brengen welke processen een rol spelen bij huidige zorgvoorzieningen, middels interviews met medewerkers onderzoeken welke programma's aangeboden worden, en waarom men dit precies op deze wijze doet (de 'softe kennis'). Daarnaast gegevens verkrijgen via literatuuronderzoek, actuele beleidsstukken en registratiegegevens ('harde kennis').
3. Opstellen van het projectplan. Doelgroep en problematiek afbakenen. Doel, indicatie- en productiecriteriën, beschrijving type hulpverlening / zorgaanbod. Samenwerkingsverbanden, procedure, middelen, taken en verantwoordelijkheden.
4. Bespreken van het projectplan in werkgroep (optioneel) en in directie. Eén van deze respondenten geeft aan niet helemaal tevreden te zijn met deze werkwijze. Hij heeft bij voorkeur een meer systematische methode, in detail vastgelegd in een draaiboek voor het opzetten van nieuwe zorgprogramma's. Dit komt de patiëntgegevens ten goede (meer inzicht in gegevens die al in huis zijn). Kennis over de doelgroep vinden de meeste respondenten essentieel om het aanbod beter op vraag af te kunnen stemmen.

Op de werkvloer wordt vaak en bij voorkeur proefondervindelijk achterhaald wat wel en wat niet werkt. Op die pragmatische manier wordt het zorgaanbod bijgesteld. Zo is men bijvoorbeeld binnen een van de betrokken instellingen bezig met de verbetering van een bepaalde diagnostiek, wat op den duur een verbetering van het zorgaanbod voor deze doelgroep moet opleveren. De verbetering bestaat voornamelijk uit een meer systematische, uniforme, goed omschreven aanpak (goede dossiëvorming, met concreet behandelplan). Op deze wijze wordt er minder over het hoofd gezien en krijgt het zorgaanbod meer draagvlak. Het is de bedoeling dat er in de toekomst (naast de diagnostiek) een zorgaanbod specifiek voor deze doelgroep wordt gecreëerd.

Toekomstig gebruik van de richtlijn

Uit vrijwel alle interviews komt naar voren dat er belangstelling is voor een meer gestructureerde werkwijze bij het beschrijven van de verschillende doelgroepen van de eigen verslavingszorginstelling. Tegelijk is duidelijk dat niet iedereen hiermee hetzelfde voor ogen heeft. Enerzijds wordt gedacht aan een werkwijze zoals die nu is beschreven in de richtlijn (zij het met de nodige aanpassingen); anderzijds wordt bedoeld op een meer gestructureerde triage, om cliënten op basis van profielen door te verwijzen naar een bepaald type zorg of zorgprogramma (zorgtoeleiding, indicatiestelling). Een andere suggestie is een grootschalige analyse die in eerste instantie resulteert in een schema waarin de belangrijkste doelgroepen van de instelling (dus instellingsbreed) onderscheiden worden. Dan zou voor elk van deze groepen een doelgroepanalyse kunnen worden gedaan om concreet aanbevelingen te doen met betrekking tot het zorgaanbod.

In de ideale situatie zou middels de gegevens uit het cliëntregistratiesysteem direct de gewenste informatie uitgedraaid kunnen worden om zo zelf cliëntprofielen samen te stellen. Maar vanwege de administratieve inspanning voor een dergelijk uitgebreid registratiesysteem lijkt dit volgens een van de respondenten niet haalbaar. Bij het opstellen van een cliëntprofiel zal dus verder onderzoek noodzakelijk blijven. Daarbij is het bestuderen van wetenschappelijk onderzoek van essentieel belang; alleen luisteren naar wat cliënten willen is volgens deze respondent niet voldoende omdat zij niet altijd voldoende inzicht hebben in hun mogelijkheden en beperkingen.

3.5 Conclusie

In dit hoofdstuk stond de tweede onderzoeksvraag centraal, die betrekking heeft op de praktische toepassing van de reeds opgestelde cliëntprofielen bij Bouman GGZ in Rotterdam en bij MZG in Limburg in de periode 2001 ñ 2003. Daarbij is aandacht besteed aan de vraag of de methode voor doelgroepanalyse binnen de instellingen navolging heeft gekregen.

Uit de resultaten in dit hoofdstuk blijkt dat de opgestelde cliëntprofielen bij beide instellingen niet gebruikt zijn. Enerzijds hing dit samen met de

fusieperikelen waarin beide instellingen verwickeld waren, anderzijds met de richtlijn zelf. Zo werd door één van de twee instellingen aangegeven dat niet was voldaan aan de organisatorische randvoorwaarden van commitment en een goede interne communicatie. Deze instelling gaf echter ook aan dat de telkens wijzigende samenstelling van de werkgroepen bij het opstellen van de cliëntprofielen leidde tot versnippering en het verliezen van overzicht over het proces. Dit leidt tot de conclusie dat de richtlijn te optimaliseren is door het weloverwogen samenstellen van een kernwerkgroep in de voorbereidende fase, die in de volgende fasen eventueel wordt uitgebreid met nieuwe werkgroepleden (zie ook paragraaf 2.4). Ook zou de doelgroepanalyse van begin af aan onderdeel moeten uitmaken van een breder proces van zorgprogrammering en dient het niet te worden beschouwd als zelfstandig project.

Ondanks dat de instellingen de cliëntprofielen niet gebruikt hebben, vinden de meeste respondenten de informatie hieruit wel herkenbaar en bruikbaar. Wat de informatie minder bruikbaar maakt is dat een vertaling naar een passend zorgaanbod ontbreekt. Respondenten geven aan dat er een stappenplan zou moeten zijn om te bepalen welke aandachtspunten tot een specifiek zorgaanbod zouden moeten leiden. Een belangrijke conclusie die op basis van deze informatie in ieder geval getrokken moet worden is dat de afrondingsfase van de richtlijn, waarin terugkoppeling van de resultaten naar de betrokken medewerkers en cliënten en vertaling van de resultaten naar een passend zorgaanbod voor de doelgroep centraal staan, zeker niet vergeten mag worden. Bovendien is het aanbevelenswaardig deze afronding direct op de voorgaande fase aan te laten sluiten, zodat de informatie uit het cliëntprofiel nog actueel is. Als het zorgprogramma opgesteld is moet periodiek de informatie uit het cliëntprofiel worden geverifieerd en eventueel worden aangepast aan de gewijzigde situatie. Vanzelfsprekend heeft dit ook weer invloed op de inhoud van het zorgprogramma.

Wat de vraag naar navolging van de methode binnen de instellingen betreft, moet geconstateerd worden dat de richtlijn in beide instellingen sinds medio 2003 tot medio 2004 niet als methode is toegepast. Wel geven medewerkers die aan de toepassing van de concept richtlijn hebben meegewerkt aan, dat zij meer vanuit de behoefte en mogelijkheden van de cliënt zijn gaan werken en een beter handvat hebben om doel-

groepen te differentiëren. Respondenten hebben onder andere aangegeven welke nadelen zij aan de methode vinden kleven. Deze bieden aanknopingspunten voor verbetering van de methode. Aangegeven is dat de methode te tijdsintensief is. Verbeteringen in de richtlijn moeten er toe leiden dat de doorlooptijd van de methode substantieel korter wordt. Een ander aandachtspunt is dat het voor sommige medewerkers moeilijk is om de abstracte manier van denken van de methode te volgen. Dit benadrukt het belang van een goede externe begeleiding, waarin ook aandacht is voor procesbewaking, zodat alle fasen van de richtlijn – inclusief de afrondingsfase – wel doorlopen worden. Tot slot is het van belang de bekendheid van de werkwijze binnen een instelling te vergroten. Dit bevordert een bredere toepassing ervan binnen de instelling. Over de huidige werkwijze binnen de instellingen bij het ontwikkelen van een zorgaanbod zijn de meeste respondenten redelijk tevreden, al komt uit vrijwel alle interviews naar voren dat er belangstelling is voor een meer gestructureerde werkwijze bij het beschrijven van de verschillende doelgroepen. Op de werkvloer wordt bij voorkeur proefondervindelijk achterhaald wat wel en wat niet werkt.

4 Conclusies en aanbevelingen

In opdracht van ZonMw is de richtlijn Cliëntprofielen bij twee instellingen voor verslavingszorg geïmplementeerd met de nodige ondersteuning, evaluatie en monitoring. Het doel van dit implementatieproject was drieledig:

1. Het ondersteunen van de implementatie van de richtlijn voor het opstellen van cliëntprofielen;
2. Het optimaliseren van de methode via het ontwikkelen van een training;
3. Monitoring en evaluatie van de toepassing van de methode.

IrisZorg en Mondriaan Zorggroep (MZG) hebben de richtlijn toegepast. Zij hebben door middel van een doelgroepenanalyse cliëntprofielen opgesteld die relevant zijn voor de ontwikkeling en vernieuwing van het eigen zorgprogramma. Om hen te ondersteunen zijn onder meer trainingen gegeven voor het toepassen van de richtlijn als geheel en voor het uitvoeren van een specifiek onderdeel van de richtlijn, te weten de gegevensverzameling over de doelgroep. Voor dit laatste is samenwerking gezocht met het Centrum voor Verslavingsonderzoek (CVO) te Utrecht. De eerste vraag in het evaluatieonderzoek was gericht op het verkrijgen van inzicht in de randvoorwaarden voor het zelfstandig toepassen van de richtlijn, na training en met enige professionele ondersteuning. In de ontwikkelfase van de richtlijn (2001 – 2003) zijn bij Bouman GGZ en MZG cliëntprofielen opgesteld. In het kader van dit project is ook nagegaan in hoeverre deze profielen zijn gebruikt voor de ontwikkeling van een zorgaanbod (tweede onderzoeksvraag).

De resultaten van het onderzoek bieden aangrijpingspunten voor optimalisatie van de methode en daarmee een eventuele bijstelling van de richtlijn.

28

4.1 Toepassing van de richtlijn, na training en met ondersteuning

De resultaten zoals beschreven in hoofdstuk 2 laten zien dat instellingen behoefte hebben aan een training waarin de methode voor het uitvoeren van een doelgroepenanalyse centraal staat, maar waar ook aandacht wordt besteed aan vaardigheidstraining, zoals het voorzitten van werkgroepen. De training dient bovendien uitgebreid aandacht te besteden aan de

methode voor de gegevensverzameling. Degenen die binnen de gegevensverzameling belast gaan worden met het interviewen van cliënten en sleutelinformanten krijgen alleen een interviewtraining.

Naast trainingen is er behoefte aan externe ondersteuning bij het toepassen van de methode. In de voorbereidende fase is externe begeleiding gewenst bij het realiseren van de organisatorische randvoorwaarden. Wat dit laatste betreft blijkt het creëren van voldoende commitment bij het management en betrokken personeel uitermate belangrijk. Ondersteuning is ook gewenst bij het weloverwogen samenstellen van de werkgroep, een goede interne communicatie over het project, en een goede planning. Geconcludeerd wordt dat, wanneer aan deze randvoorwaarden is voldaan, een team van medewerkers van een verslavingszorginstelling in staat is om de richtlijn voor het opstellen van cliëntprofielen op de juiste wijze toe te passen.

4.2 Toepassing van reeds opgestelde cliëntprofielen

29

In hoofdstuk 3 stond de tweede onderzoeksvraag centraal. Deze heeft betrekking op de toepassing van de reeds opgestelde cliëntprofielen bij Bouman GGZ in Rotterdam en bij MZG in Limburg bij de ontwikkeling van een passend zorgaanbod voor de door hen geformuleerde doelgroepen. Daarnaast is aandacht besteed aan de vraag of de methode voor doelgroepanalyse binnen de instellingen navolging heeft gekregen.

Gebleken is dat de opgestelde cliëntprofielen bij beide instellingen niet op systematische wijze zijn toegepast. Enerzijds hing dit samen met de fusieperikelen waarin beide instellingen verwickeld waren, anderzijds met manier waarop de richtlijn destijds is toegepast. Zo werd door één van de twee instellingen aangegeven dat niet was voldaan aan de organisatorische randvoorwaarden van commitment en een goede interne communicatie. Deze instelling gaf echter ook aan dat de telkens wijzigende samenstelling van de werkgroepen gedurende het proces leidden tot versnippering en het verliezen van overzicht over het proces. Dit leidt tot de conclusie dat de richtlijn te optimaliseren is door het weloverwogen samenstellen van een kernwerkgroep in de voorbereidende fase, die in de volgende fasen eventueel wordt uitgebreid met nieuwe

werkgroepleden (zie ook paragraaf 2.4). Tenslotte werd het uitvoeren van een doelgroepanalyse en daarmee het opstellen van cliëntprofielen als zelfstandig project ingericht, wat het risico verhoogt dat na afronding van het project de uitkomsten blijven liggen. Geconcludeerd kan worden dat de doelgroepanalyse onderdeel moet uitmaken van een breder proces van zorgprogrammering, wat uitmondt in een nieuw of verbeterd zorgaanbod.

Ondanks het feit dat de instellingen de cliëntprofielen niet gebruikt hebben, vinden de meeste respondenten de informatie hieruit wel herkenbaar en bruikbaar. Wat de informatie minder bruikbaar maakt is dat een vertaling naar een passend zorgaanbod ontbreekt. Respondenten geven aan dat er een stappenplan zou moeten zijn om te bepalen welke aandachtspunten tot een specifiek zorgaanbod zouden moeten leiden. Een belangrijke conclusie die op basis van deze informatie in ieder geval getrokken moet worden is dat de derde fase van de richtlijn – de afrondingsfase - meer aandacht behoeft. Hierin staan de terugkoppeling van de resultaten naar de betrokken medewerkers en cliënten centraal, en de vertaling van de resultaten naar een passend zorgaanbod voor de doelgroep. Bovendien is het aanbevelenswaardig de derde afrondende fase direct op de voorgaande aan te laten sluiten, zodat de informatie uit het cliëntprofiel nog actueel is. Wanneer het zorgprogramma is opgesteld moet eens in de zoveel tijd de informatie uit het cliëntprofiel geverifieerd worden en eventueel worden aangepast aan de gewijzigde situatie. Vanzelfsprekend kan dit ook weer gevolgen hebben voor de inhoud van het zorgprogramma.

Wat de vraag naar navolging van de methode binnen de instellingen betreft, moet geconstateerd worden dat de richtlijn in beide instellingen sinds medio 2003 tot medio 2004 niet integraal als methode is toegepast. Wel geven medewerkers die aan de toepassing van de concept richtlijn hebben meegewerkt aan, dat zij meer vanuit de behoefte en mogelijkheden van de cliënt zijn gaan werken en een beter handvat hebben om doelgroepen te differentiëren. Aanknopingspunt voor verbetering van de methode is in de eerste plaats de bevinding dat in veel situaties de methode te tijdsintensief is. De richtlijn is daarom zodanig aangepast dat de doorlooptijd korter wordt. Uiteindelijk zal de inspanning die gedaan wordt voor het uitvoeren van een goede doelgroepana-

lyse afhangen van de omvang van het zorgprogramma waaraan wordt gewerkt: het opzetten van een kliniek voor de behandeling van jonge verslaafden met 60 bedden zal een langere en intensievere voorbereiding vereisen en rechtvaardigen dan bijvoorbeeld het aanpassen van een behandelmethode van een bestaande kleine ambulante voorziening vanwege een hoge drop-out onder de huidige doelgroep. In het laatste geval kan worden overwogen om niet een werkgroep, maar een manager of beleidsmedewerker in relatief korte tijd de doelgroepanalyse te laten uitvoeren, vanzelfsprekend in samenwerking met interne of externe deskundigen.

Een tweede nadeel van de methode is het feit dat voor sommige medewerkers de abstracte manier van denken van de methode moeilijk te volgen is. Dit benadrukt het belang van een goede externe begeleiding, waarin ook aandacht is voor procesbewaking, zodat alle fasen van de richtlijn – inclusief de afrondingsfase - wel doorlopen worden. Ten derde is gebleken dat uitvoerend personeel een pragmatische manier van werken voorstaan, waarbij proefondervindelijk achterhaald wordt wat wel en wat niet werkt als het gaat om zorgvernieuwing. Dit uitvoerend personeel zal dan ook extra gemotiveerd moeten worden om vanuit hun kennis over de doelgroep een bijdrage te leveren aan de doelgroepanalyse. Tot slot is het van belang de bekendheid van de werkwijze binnen een instelling te vergroten. Dit bevordert een bredere toepassing ervan binnen de instelling.

4.3 Aanpassing van de richtlijn

Op basis van de bovengenoemde aanknopingspunten voor verbetering van de methode is de richtlijn bijgesteld (zie bijlage 1) waarbij de belangrijkste wijzigingen zijn:

- > integratie van de methode voor gegevensverzameling in de training voor het werken met de Richtlijn Cliëntprofielen. Een gecombineerde training sluit beter aan op het proces van implementatie van de richtlijn in de praktijk;
- > de aanbeveling om één kerngroep samen te stellen waaraan naar behoefte in de verschillende fasen nieuwe werkgroepleden worden toegevoegd;

- > de samenvoeging van de situatieanalyse en de strategische analyse tot één fase;
 - > tijdens de situatieanalyse starten met de gegevensverzameling;
 - > aanpassing van de werkschema's.
- Gezamenlijk leiden deze maatregelen tot een substantieel kortere doolooptijd.

4.4 Tot slot

De evaluatie van de toepassing van de Richtlijn Cliëntprofielen heeft veel inzicht gegeven in de mogelijkheden en beperkingen ervan. De aanpassing van de richtlijn heeft geresulteerd in een handzame methode die het startpunt vormt van het proces van zorgprogrammering in een instelling.

Duidelijk is geworden dat de doelgroepanalyse alleen in korte tijd kan plaats vinden wanneer een werkgroep intensief hieraan kan werken.

Het huidige onderzoek heeft nog niet kunnen laten zien dat toepassing van de methode daadwerkelijk zorg oplevert die beter aansluit bij de doelgroep, wat bijvoorbeeld zou moeten blijken uit minder opstartproblemen en vlotte instroom van cliënten met het beoogde profiel, minder drop-out, effectievere zorg en een grotere cliënttevredenheid, en waarborging van de veiligheid door betere kennis vooraf van de doelgroep en de daarbij vereiste vaardigheden en inzet van personeel. Deze effecten zijn te verwachten op basis van de stappen die bij toepassing van de richtlijn systematisch worden doorlopen, maar zijn nog niet aangetoond. vervolgonderzoek zou hierover uitsluitsel moeten geven.

5 Literatuur

Braam R, H Verbraeck, F. Trautmann (2004). RAR handboek problematisch middelengebruik. Rapid assessment and response methode voor doelgroepen met problematisch middelengebruik. Utrecht: CVO/Trimbos instituut.

Jansen H, R Kolk, J Maaskant, M Stoele (2002). Dak- en thuislozenmonitor 2001-2002. Rotterdam: Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving/ Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid (1999). Werkprogramma 2000.

Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid (2000). Kader voor projectaanvragen binnen het ontwikkelprogramma sociale verslavingszorg.

Wits EG, RA Knibbe, IMB Bongers (2000). Cliëntprofielen in de Sociale Verslavingszorg: ontwikkeling van een richtlijn voor de inventarisatie van cliëntprofielen onder langdurig verslaafden. Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving, Rotterdam.

Wits EG, RA Knibbe (2002). Verloop van de implementatie van de concept Richtlijn Cliëntprofielen in twee instellingen voor verslavingszorg, oktober 2001 – juni 2002. Utrecht, GGZ Nederland – Resultaten Scoren.

Wits EG, RA Knibbe & H van de Mheen (2005). Feasibility of a guideline to improve the match between needs and services for chronic addicts with multiple problems. *Journal of Substance Use* (2-3), 119 – 127.

Bijlage 1 Bijgestelde Richtlijn Cliëntprofielen (versie 2.0)

Richtlijn voor het opstellen van cliëntprofielen in de verslavingszorg

versie 2.0
inclusief werkschema's

IVO

E.G. Wits
R.A. Knibbe

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
1.1	Waarvoor dient een cliëntprofiel?	3
1.2	In drie stappen naar een cliëntprofiel	4
1.3	Uitvoering van de doelgroepanalyse	4
1.4	Benodigde tijd	5
2	De doelgroepanalyse stap voor stap beschreven	6
2.1	Situatieanalyse en start van de gegevensverzameling	6
2.2	In kaart brengen van de zorgbehoefte, afronden van het cliëntprofiel	8
2.3	Gegevensverzameling en verslaglegging	10
2.4	Beschrijven van benodigd zorgaanbod: vragen van feedback op de resultaten	11
3	Werkschema's, met uitgewerkte voorbeelden	

1. 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 programma Resultaten Scoren van GGZ Nederland onder andere aandacht besteed aan het verbeteren van de zorg voor langdurig verslaafden met een complexe problematiek. Om passende zorg te ontwikkelen is het voor verslavingszorginstellingen van belang een goede doelgroepanalyse uit te voeren, als basis voor de zorgprogrammering. Het IVO heeft hiervoor een praktijkgericht instrument ontwikkeld om cliëntprofielen op te stellen, in samenwerking met enkele instellingen (waaronder Mondriaan Zorggroep en IrisZorg) en met het bureau voor onderzoek, training en advies CVO. 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 project is mogelijk gemaakt door ZonMw.

37

Het uiteindelijke doel is het beter laten aansluiten van het zorgaanbod op de zorgbehoefte van met name langdurig verslaafden. Hoewel 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. 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.

De richtlijn is zo opgesteld dat een instelling deze zelf kan toepassen, bij voorkeur na training van enkele medewerkers (bijvoorbeeld een stafmedewerker, zorgmanager en een lid van de behandelstaf). Daarnaast kan begeleiding door het IVO worden geboden aan het projectteam. Zie www.ivo.nl/cursusaanbod/cliëntprofielen.

In deze handleiding worden de verschillende onderdelen van de richtlijn toegelicht. In hoofdstuk 3 zijn werkschema's opgenomen die gebruikt kunnen worden bij de toepassing van de richtlijn.

1.1 Waarvoor dient een cliëntprofiel?

Met kennis over de zorgbehoefte en specifieke kenmerken van een doelgroep kunt u een zorgaanbod ontwikkelen dat zo goed mogelijk aansluit bij deze doelgroep. Via een doelgroepanalyse kan een beknopt cliëntprofiel van de doelgroep worden opgesteld. Dit cliëntprofiel vormt een solide basis voor een zorgprogramma. Een goede analyse vooraf vermindert de kans op problemen zoals een lage instroom of een hoge drop-out, ernstige opstartproblemen van het project, of een lage effectiviteit van de aangeboden zorg. 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.

1.2 In drie stappen naar een cliëntprofiel

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

- Fase 1. Situatietanalyse en start van de gegevensverzameling
 - Fase 2. In kaart brengen van de zorgbehoefte, afronden van het cliëntprofiel
 - Fase 3. Feedback op de resultaten, beschrijven van benodigd zorgaanbod
- In hoofdstuk 2 worden deze fasen toegelicht.

De gegevens in een cliëntprofiel hebben betrekking op de problematiek en de zorgbehoefte van de doelgroep. Denk hierbij aan een verslag van twee tot acht pagina's met daarin een beschrijving van de problematiek op de diverse leefgebieden (ook kwalitatief) en de zorgbehoefte op deze gebieden.

Vaste thema's bij ieder cliëntprofiel zijn:

- > De gezondheid en leefsituatie van de doelgroep (denk aan middelengebruik, lichamelijke en geestelijke gezondheid, financiën, wonen, dagbesteding, sociale contacten, politie/justitie);
- > De (ervaren) zorgbehoefte van de doelgroep;
- > De relatie van de doelgroep met de zorg;
- > De vindplaats en de wijze van contact leggen met de doelgroep;

- > Relevante demografische gegevens zoals geslacht, leeftijd, culturele herkomst, opleiding, en eventueel omvang van de doelgroep. Afhankelijk van de doelgroep en het type zorg dat men beoogt te ontwikkelen worden bepaalde thema's uitgebreider belicht dan andere. Zo zijn de vindplaats en de wijze van contact leggen met de doelgroep in sommige gevallen eenvoudig te benoemen; in andere gevallen behoeven deze aspecten meer aandacht. Met het beantwoorden van deze vraag én met het in kaart brengen van de ervaren zorgbehoefte worden problemen met de instroom van cliënten in een nieuw zorgprogramma zoveel mogelijk voorkomen.

1.3 Uitvoering van de doelgroepanalyse

Werkgroep

Het opstellen van een cliëntprofiel gebeurt door een werkgroep van 5 ÷ 6 personen met daarin een beleidsmedewerker, een vertegenwoordiging van verschillende (behandel)disciplines en een manager met de nodige beslissingsbevoegdheid. De rol van projectcoördinator kan in de meeste gevallen het beste door de beleidsmedewerker worden vervuld. Het is tenslotte van belang iemand met onderzoeksvaardigheden te laten participeren in de werkgroep. Is deze deskundigheid niet binnen de instelling te vinden, dan kan gekozen worden voor externe begeleiding door het IVO.

Wanneer binnen de eigen zorginstelling niet voldoende kennis en ervaring met de beoogde doelgroep aanwezig is, kan worden overwogen om een externe deskundige aan te trekken. Denk bijvoorbeeld aan een deskundige op het gebied van het Korsakov-syndroom en dementie wanneer een project voor oudere dakloze alcoholisten wordt opgezet.

Betrek bij de doelgroepanalyse ook vertegenwoordigers van de doelgroep zelf. Organiseer tijdig enkele discussiebijeenkomsten voor (vertegenwoordigers van) cliënten/patiënten rond vragen en thema's waarbij hun inbreng van belang is, bij voorkeur in iedere fase één bijeenkomst.

Training

Voor instellingen die voor het eerst de richtlijn toepassen biedt het IVO een training. Aangeraden wordt om de training aan te bieden aan drie à vier leden van de werkgroep, waaronder degenen die de gegevensverzameling gaan coördineren en uitvoeren. Naast de methode voor het uitvoeren van een doelgroepanalyse wordt in de training aandacht besteed aan het ont-

wikkelen van vaardigheden, zoals het voorzitten van de werkgroepbijeenkomsten. De training besteedt bovendien uitgebreid aandacht aan methoden voor een snelle gegevensverzameling, geïnspireerd op de methode Rapid Assessment and Response (RAR), van het CVO. RAR bestaat uit een mix van veelgebruikte onderzoeksmethoden, zoals interviews, observaties en focusgroepen. Het grote verschil tussen empirisch onderzoek en RAR is de pragmatische benadering van RAR, waarbij de nadruk ligt op adequaatheid in plaats van op wetenschappelijke perfectie.²

Degenen die binnen de gegevensverzameling belast gaan worden met het interviewen van cliënten en sleutelinformanten krijgen alleen een interviewtraining.

Bijeenkomsten

Wanneer binnen de instelling een werkgroep is ingesteld worden zes bijeenkomsten gepland in een periode van ongeveer een half jaar om de doelgroepanalyse uit te voeren. De zevende en laatste bijeenkomst vindt plaats tijdens fase 3, na afronding van de gegevensverzameling, en wordt later ingepland. Trek telkens twee tot drie uur uit voor de besprekingen. De periode tussen de verschillende bijeenkomsten moet niet te lang zijn, maar lang genoeg om het nodige 'huiswerk' te kunnen doen (verslaglegging, verzamelen van gegevens over de doelgroep). Een tussentijd van circa twee weken voldoet. Een goede verslaglegging van de bijeenkomsten van de werkgroepen is uitermate belangrijk voor de inzichtelijkheid van het proces en voor de eindrapportage. Hierbij worden de werkschema's (zie hoofdstuk 3) ingevuld en worden aantekeningen gemaakt van relevante discussies of feiten.

1.4 Benodigde tijd

Besef 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 'kinderziek-

2. *Het handboek 'RAR en problematisch middelengebruik' is bij het CVO te bestellen (cvo@drugresearch.nl).*

tes' heeft dan programma's die minder goed doordacht zijn. Vóórdat met het opstellen van een cliëntprofiel wordt begonnen moet duidelijk zijn dat het management van de instelling bereid is om hiervoor daadwerkelijk tijd uit te trekken, zodat de betrokken medewerkers vrijgesteld worden voor deelname aan het project. Voor de projectcoördinator zal het werk een halve tot een hele dag per week in beslag nemen (afhankelijk van de betrokkenheid bij de uitvoering van bijvoorbeeld de gegevensverzameling), gedurende circa zes maanden. De leden van het projectteam moeten zoals gezegd rekenen op zeven bijeenkomsten van minimaal twee uur, waarvan de eerste zes plaatsvinden in de eerste paar maanden van de totale periode van circa zes maanden. Degene die de verslaglegging verzorgt (invullen werkschema's, rapportage bij de afronding, fase 3) en degenen die gegevens over de doelgroep gaan verzamelen moeten hiervoor bovendien de nodige tijd uittrekken. Voor het uitvoeren van de gegevensverzameling (inclusief beknopte rapportage) zijn tien tot dertig hele dagen nodig (afhankelijk van de situatie), verdeeld over twee of drie medewerkers

2. De doelgroepanalyse stap voor stap beschreven

2.1 Situatietanalyse en start van de gegevensverzameling

De eerste fase van de doelgroepanalyse is de situatietanalyse. Deze bestaat uit:

- > Werkgroep vergadering 1 en 2: probleemanalyse en interventiedoelen
- > Werkgroep vergadering 3: afbakening van de doelgroep

Werkgroep vergadering 1 en 2: probleemanalyse en interventiedoelen

In de eerste stap van het opstellen van het cliëntprofiel wordt vastgesteld wat de aanleiding is om een cliëntprofiel te gaan opstellen en wat precies de problematiek is van de beoogde doelgroep. De gesignaleerde problemen en (mogelijke) oorzaken van deze problemen worden nauwkeurig omschreven (zie werkschema A, hoofdstuk 3). 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 doel van de interventie bepaalt welke accenten er worden gelegd in het profiel. Over welke onderwerpen willen we vooral informatie hebben voordat we een zorgprogramma gaan opzetten?

Bijvoorbeeld: een van de problemen van veel (ex-)verslaafden bij het wonen is het omgaan met de beperkte financiële middelen.
Doelgroep: (ex-)verslaafden die zelfstandig wonen, en waarvan mogelijke schulden zijn opgelost of worden aangepakt
Interventiedoel: de doelgroep reserveert voldoende middelen voor zelfverzorging, betalen van huur etc.

De probleemanalyse en het formuleren van interventiedoelen gebeurt op basis van eerdere ervaringen met en bestaande kennis over de beoogde doelgroep bij de werkgroepleden, literatuur en zonedig bij sleutelinform-

manten binnen of buiten de eigen organisatie. Deze sleutelinformanten kunnen worden gezocht en benaderd na de eerste werkgroepvergadering. Ook kan literatuur worden gezocht over het betreffende thema. Op basis van de verzamelde informatie worden in de tweede bijeenkomst knopen doorgehakt over de te volgen richting. Ook wordt nagegaan welke informatie dient te worden verzameld om in de volgende bijeenkomst de doelgroep af te kunnen bakenen.

Na afloop van de tweede vergadering maakt de notulist op basis van de gegevens in werkschema A een kort verslag (1 of 2 A4-tjes) van de situatieanalyse.

Werkgroep vergadering 3: afbakening van de doelgroep

Op basis van de beschikbare informatie wordt de doelgroep aan het begin van de derde vergadering zo gedetailleerd mogelijk afgebakend (zie werkschema B). 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.

43

Voorbeeld: dakloosheid vormt een probleem voor het maatschappelijk herstel van drugsgebruikers.

Afbakening doelgroep: alle drugsgebruikers die in 2005 gedurende meer dan 6 maanden meer dan 4 nachten per week gebruik maakten van nachtopvangvoorziening X.

De afbakening is concreet en maakt duidelijk waar de doelgroep bereikt kan worden.

Beschrijf vervolgens de relatie van de doelgroep met de zorg: 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 - voor zover bekend - de algemene kenmerken van de groep beschreven, zoals geslacht, leeftijd en culturele

herkomst. Ga na of ontbrekende gegevens van belang zijn voor de opzet van het te ontwikkelen zorgprogramma en ga zo nodig (later) op zoek naar deze ontbrekende gegevens.

Na afloop van de derde vergadering maakt de notulist op basis van werkschema A en B een kort verslag van de situatieanalyse en het voorlopige cliëntprofiel. Zonodig wordt literatuur gezocht of worden sleutelinformanten benaderd over punten in werkschemais A en B die nog niet voldoende zijn uitgewerkt. Vooruitlopend op de vierde werkgroepvergadering wordt in kaart gebracht wat het reeds bestaande zorgaanbod voor de gekozen doelgroep is, gericht op de voor deze groep kenmerkende problematiek zoals omschreven in werkschema B.

2.2 In kaart brengen van de zorgbehoefte

De tweede fase van de doelgroepanalyse bestaat uit het maken van een overzicht van de nog ontbrekende gegevens over de doelgroep, besluitvorming over de gegevensverzameling via een strategische analyse, en de uitvoering van de gegevensverzameling.

- > Werkgroepvergadering 4: bestaand zorgaanbod en zorgbehoefte
- > Werkgroepvergaderingen 5 en 6: strategische analyse
- > Gegevensverzameling en rapportage (zie 2.3)

Werkgroepvergadering 3: bestaand zorgaanbod en zorgbehoefte

Nu de doelgroep en de kenmerkende problemen van deze doelgroep goed omschreven zijn, kan worden geformuleerd welk type zorgaanbod moet worden ontwikkeld. In gevallen waarbij bestaand aanbod wordt aangepast/verbeterd zal deze vraag ook moeten worden beantwoord: welk type aanpassing moet worden gedaan binnen de huidige voorziening, om te zorgen dat deze beter aansluit bij de problematiek van de doelgroep.

Voorbeeld: een programma voor begeleid wonen kent een hoge mate van uitval. Er zijn signalen dat de bewoners zich geen raad weten met de invulling van hun vrije tijd, en eenzaam zijn.
Benodigde aanpassing: aanbieden van werk en/of dagbesteding.

Ga in vogelvlucht na welk zorgaanbod er voor de doelgroep al bestaat (zie werkschema C). Denk hierbij ook aan voorzieningen in andere

sectoren dan de verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg, bijvoorbeeld binnen de gemeentelijke organisatie of de maatschappelijke opvang. 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). Beschrijf tenslotte welk type zorgaanbod in de regio nog zou moeten worden ontwikkeld (of verbeterd) voor de gekozen doelgroep. Het invullen van werkschema C neemt circa een uur in beslag.

De volgende stap is het bepalen van de zorgbehoefte, de nog ontbrekende schakel in het cliëntprofiel (zie **werkschema D**). De problemen zoals benoemd in het grijs gekleurde deel van schema B vormen hierbij het uitgangspunt. Per probleem wordt snel nagegaan wat bekend en nog onbekend is over deze problematiek en over de zorgbehoefte van cliënten/patiënten op dit terrein, inclusief de door de doelgroep zelf ervaren zorgbehoefte. Op deze manier wordt een overzicht verkregen van nog ontbrekende gegevens met betrekking tot de problematiek en de zorgbehoefte. De ervaring leert dat er vaak weinig feitelijk bekend is over de zorgbehoefte van doelgroepen in de verslavingszorg. Het invullen van werkschema D kost een uur à anderhalf uur.

Om alle ontbrekende gegevens te inventariseren zou een omvangrijk onderzoek nodig zijn. Het is door gebrek aan tijd en geld echter bijna nooit mogelijk om éhét onderste uit de kan te halen waar het gaat om onderzoek naar de doelgroep. Om te bepalen welke gegevens minimaal verzameld moeten worden om een passend zorgaanbod te ontwikkelen kan een strategische analyse uitkomst bieden.

Werkgroepvergaderingen 5 en 6: strategische analyse

Via een strategische analyse (zie **werkschema E**) wordt bepaald welke gegevens uit het gemaakte overzicht in werkschema D niet hoeven te worden verzameld om toch een betrouwbaar en relevant cliëntprofiel te verkrijgen. De uitkomst van de strategische analyse bepaalt hoe uitgebreid het onderzoek naar de doelgroep dient te zijn. Na afronding van de strategische analyse zijn enkele vragen geformuleerd die de basis vormen voor de gegevensverzameling onder de doelgroep en onder sleutelinformanten. Hieronder wordt de strategische analyse stap voor stap beschreven.

1. Wat móét je weten

Van alle genoemde problemen van de doelgroep wordt nagegaan hoe belangrijk gegevens hierover zijn om het zorgprogramma uiteindelijk te laten slagen. Het is zoals gezegd meestal niet haalbaar om alle ontbrekende gegevens te verzamelen over de problematiek van 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, enzovoort. 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 welk type dagbesteding zij behoefte zouden hebben. Dan wordt duidelijk met welke dagactiviteitenprogramma's of werkprojecten tijdig contact moet worden gelegd.

2. 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 niét 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, zónder 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?

3. Wat is al bekend over de problematiek van 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, internet). 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 beschikbare gegevens goed te vertalen zijn naar andere situaties.

Bijvoorbeeld: uit landelijke gegevens is bekend dat 30% van de harddruggebruikers besmet is met ziekte X. Plaatselijk kunnen deze cijfers heel anders zijn, bijvoorbeeld doordat het voorkomen 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 schatten van het percentage besmettingen onder de doelgroep.

4. Conclusie: welke gegevens moeten nog worden verzameld?
Via het beantwoorden van de vragen in de strategische analyse wordt duidelijk welke gegevens nog moeten worden verzameld. Vat deze punten samen in hooguit 5 à 6 onderzoeksvragen. Deze vormen de basis voor het verzamelen van de nog ontbrekende gegevens..

2.3 Gegevensverzameling en verslaglegging

Een snelle gegevensverzameling is mogelijk door toepassing van een methode zoals Rapid Assessment and Response (RAR). Om de verzamelde informatie zo betrouwbaar mogelijk te kunnen verwerken is in het kader van deze methode een analyseprotocol met rasters ontwikkeld waarmee gegevens systematisch kunnen worden ingevoerd en geanalyseerd. Hiermee is tijdens de gegevensverzameling goed te zien welke vragen al voldoende beantwoord zijn en welke nog niet. Het ingevulde raster vormt de basis van de rapportage. Schets op basis van de rapportage een profiel van de doelgroep, het cliëntprofiel, inclusief de (ervaren) zorgbehoefte. Maak een beschrijving van twee tot hooguit acht pagina's

2.4 Feedback op de resultaten, beschrijven van benodigd zorgaanbod

Werkgroep vergadering 7: vragen van feedback en formuleren van een passend zorgaanbod

Het concept cliëntprofiel wordt teruggekoppeld naar het management van de instelling, het projectteam en (vertegenwoordigers van) cliënten/patiënten. Ga na of de gegevens voldoende aanknopingspunten bieden voor het opzetten van een passend zorgaanbod. Misschien is het nodig om bepaalde resultaten beter uit te werken zodat het cliëntprofiel nog bruikbaar wordt voor de praktijk. Indien nodig worden aanvullende gegevens gezocht, en wordt een omvangschatting gedaan van de doelgroep zoals omschreven in het cliëntprofiel.

In het tweede deel van de bijeenkomst worden ideeën voor de ontwikkeling of verbetering van het beoogde zorgprogramma geïnventariseerd, op basis van de gegevens in het cliëntprofiel.

Deze laatste bijeenkomst levert de input voor de besluitvorming van het management over de ontwikkeling van een zorgaanbod voor de doelgroep. Wanneer het cliëntprofiel is afgerond zal het management in samenspraak met de werkgroep de inhoud van het zorgprogramma voor de betreffende doelgroep gaan bepalen. Bepaal op basis van het cliëntprofiel en het eerder geformuleerde interventiedoel/ behandeldoel uit welke onderdelen (modules) het zorgprogramma bestaat. Beschrijf per zorgmodule bijvoorbeeld:

- > naam en inhoud: doelen, functies, activiteiten, locatie, contactfrequentie, etc.;
- > betrokken cliënten(systeem) en -omgeving;
- > indicaties en contra-indicaties;
- > betrokken disciplines;
- > voortgangsbewaking: hoe wordt voorzien in eventuele veranderingen in zorgbehoeften bij cliënten die zijn toegewezen aan het programma, hoe wordt de voortgang bewaakt?
- > financiële aspecten.

Beschrijf de gang van de cliënt door het programma, benoem de randvoorwaarden en draag zorg voor de implementatie.

3. Werkschema's, met uitgewerkte voorbeelden

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 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.

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 bijvoorbeeld de zorgbehoefte van de doelgroep ook onbeantwoorde vragen opleveren. Hieruit blijkt vanzelf welke gegevens nog verzameld moeten worden.

Keuzeprocess

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 keuzeprocess is en daardoor gedeeltelijk subjectief (keuze van interventiedoelen, welk type zorg krijgt prioriteit, hoe wordt de doelgroep afgebakend, enzovoort). De keuzes worden mede bepaald door de zorgvisie van de zorginstelling. Het gaat er dus om dat binnen de werkgroep consensus ontstaat over deze zaken. 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 (denk aan de toename in de jaren negentig van het gebruik van gekookte cocaïne/ basecoke) kan de invulling van het schema voor een specifieke doelgroep op verschillende momenten anders uitpakken.

Werkschema A. Situatietanalyse: omschrijving van het probleem en de bijbehorende doelgroep(en)

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.

Bij de discussie over de beschrijving van de problematiek en afbakening van de doelgroep kan blijken dat de doelgroep is onder te verdelen in meerdere subgroepen. Benoem deze in het schema en beslis van welke doelgroep (als eerste) een cliëntprofiel moet worden opgesteld om een zorgaanbod te kunnen ontwikkelen. Op de volgende pagina is een voorbeeld uitgewerkt.

Gesignaleerde problemen en belangrijkste kenmerken hiervan	(Beïnvloedbare) oorzaken van deze problemen	Interventiedoel(en), gericht op wegnemen van oorzaken, of op het verminderen van het probleem	Beschrijving doelgroep(en)
Probleem 1			Doelgroep 1
Probleem 2			Doelgroep 2
Probleem 3			Doelgroep 3

Werkschema A.

Voorbeeld: omschrijving van het probleem en de bijbehorende doelgroep.

Het voorbeeld dat hier is uitgewerkt betreft methadoncliënten met thuiswonende jonge kinderen.

Gesignaleerd probleem en belangrijkste kenmerken hiervan	(Beinvloedbare) oorzaken van het probleem	Interventiedoel(en), gericht op wegnemen van oorzaken, of op het verminderen van het probleem	Beschrijving doelgroep
Methadoncliënt is niet altijd in staat tot zorg voor kinderen.	<ul style="list-style-type: none">a) verslaving/ mate van gebruikb) hebben van weinig dagstructuurc) gebrekkige ADL vaardighedend) detentie/opnamee) psychische klachtenf) somatische klachteng) financiële problemenh) twijfelen aan zichzelf of ze opvoeding wel aankunnen	<ul style="list-style-type: none">a) streven naar stabilisatie van het gebruik, of verminderen/ stoppen van het gebruik, in samenhang met aanpak problemen overige leefgebiedenb) indien nodig: acceptatie van gebruik/verslaving door cliënt en hulpverlenerc) wegnemen van onzekerheid	Methadoncliënten met thuiswonende kinderen.

Werkschema B. Opstellen voorlopig cliëntprofiel I: verdere afbakening van doelgroep, problematiek, relatie met de zorg en vindplaats

De volgende stap is het verder afbakenen van de doelgroep en het opstellen van een voorlopig cliëntprofiel. Zodra duidelijk is dat een specifieke, goed af te bakenen groep is gedefinieerd wordt het schema verder ingevuld. *Geef apart aan 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.

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.

In het voorlopige cliëntprofiel ontbreken nog gegevens over de zorgbehoefte. Deze komen in schema D aan de orde.

Op de volgende pagina is hetzelfde voorbeeld als in schema A verder uitgewerkt voor schema B.

Beschrijving doelgroep, zo goed mogelijk afgebakend	Kenmerkend gemeenschap-pelijk probleem	Belangrijkste problemen op overige leefgebieden	> Relatie met de zorg(verleners) > Vindplaats en wijze van contactleggen	Algemene gegevens (zoals leeftijd, culturele herkomst)
	Bekend:	Bekend:	Bekend:	Bekend:
	Onbekend:	Onbekend:	Onbekend:	Onbekend:

Werkschema B.

Voorbeeld: opstellen voorlopig cliëntprofiel I: verdere afbakening van doelgroep, problematiek, relatie met de zorg en vindplaats

<p>Beschrijving doelgroep, zo goed mogelijk afgebakend</p>	<p>Kenmerkend gemeenschappelijk probleem</p>	<p>Belangrijkste problemen op overige leefgebieden</p>	<p>> Relatie met de zorg(verleners) > Vindplaats en wijze van contactleggen</p>	<p>Algemene gegevens (zoals leeftijd, culturele herkomst)</p>
<p>Methadoncliënten (mannen en vrouwen) met jonge thuiswonende kinderen (van 1 tot en met 12 jaar)</p>	<p>Bekend: Niet altijd goed in staat om kinderen te verzorgen en op te voeden; gebrekkige ADL-vaardigheden</p>	<p>Bekend: ---</p>	<p>Bekend: De meeste opiaatafhankelijke cliënten met jonge kinderen nemen deel aan methadonprogramma's. Vindplaats: methadonprogramma's</p>	<p>Bekend: Uit de cliëntregistratie is bekend dat de groep voor tweederde uit vrouwen bestaat, de gemiddelde leeftijd 34 is, en 10% niet-westers allochtoon.</p>
<p>Onbekend: ----</p>	<p>Onbekend: De exacte aard en omvang van deze problemen (zoals middelengebruik, schulden) is deels te vinden in cliëntdossiers en registraties, maar informatie is moeilijk toegankelijk. Verder is niet bekend welke problemen een goede opvoeding het meest in de weg staan. Hoe ernstig zijn deze problemen precies?</p>	<p>Onbekend: Hoe stabiel is de relatie met de hulpverlening bij deze groep? Zijn hierin subgroepen te onderscheiden? Over de wijze van contact leggen: niet bekend is of de cliënten aan hulpverleners gevoelige informatie m.b.t. de opvoeding toevertrouwen (in verband met angst voor kwijt-raken kind)</p>	<p>Onbekend: is via de cliëntregistratie te achterhalen of de mannen en vrouwen die als ouder bekend staan, ouder van dezelfde kinderen zijn? (en onderling een relatie hebben/ beiden daadwerkelijk zorg dragen voor de kinderen)</p>	

Werkschema C. In kaart brengen van het bestaande zorgaanbod en het nog te ontwikkelen of te verbeteren type zorg.

Het gaat hier om de beschrijving van het type zorg, en niet om de exacte *invulling* daarvan (die volgt namelijk uit de gegevens die worden verzameld over de zorgbehoefte van de doelgroep).

Reeds bestaand zorgaanbod voor de doelgroep in de regio (gericht op probleem zoals omschreven)	Resultaten en tekortkomingen van bestaand zorgaanbod (indien bekend)	Nog te ontwikkelen type zorg in de regio

Werkschema C.

Voorbeeld: in kaart brengen van het bestaande zorgaanbod en het nog te ontwikkelen of te verbeteren type zorg.

Reeds bestaand zorgaanbod voor deze doelgroep in de eigen regio (gericht op probleem zoals omschreven)	Resultaten en tekortkomingen van dit bestaande zorgaanbod (indien bekend)	Conclusie: nog te ontwikkelen type zorg in de regio
Op dit moment is er alleen een zorgaanbod voor cliënten/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 methadoncliënten met jonge kinderen in leeftijd van 1-12 jaar, geven van opvoedingsondersteuning & ADL training.

Werkschema D. In kaart brengen van de (ervaren) zorgbehoefte; overzicht van de nog onbekende gegevens.

Zet per probleem op een rij welke gegevens nog ontbreken en wat er bekend en onbekend is over de zorgbehoefte (overnemen uit grijze vakken schema B).
 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.

	Kenmerkend gemeenschap- pelijk probleem	Probleem op overige leefgebieden (1)	Probleem op overige leefgebieden (2)	Probleem op overige leefgebieden (3)
PROBLEMEN: (overnemen uit grijze vakken schema B)	Bekend:	Bekend:	Bekend:	Bekend:
	Onbekend:	Onbekend:	Onbekend:	Onbekend:
(ERVAREN) ZORGBEHOEFTE:	Bekend:	Bekend:	Bekend:	Bekend:
	Onbekend:	Onbekend:	Onbekend:	Onbekend:

Werkschema D.

Voorbeeld: In kaart brengen van de (ervaren) zorgbehoefte; overzicht van de nog onbekende gegevens.

PROBLEMEN: (overnemen uit grijze vakken schema B)	Ouderschap	Middelengebruik	Arbeid, dagbesteding	Financiën
PROBLEMEN:	Bekend: Niet in staat kind op te voeden; gebrekkige ADL-vaardigheden	Bekend:	Bekend:	Bekend:
	Onbekend: Welke problemen staan een goede opvoeding het meest in de weg? Hoe ernstig zijn deze problemen precies?	Onbekend: De exacte aard en omvang van problemen met middelengebruik	Onbekend: De exacte aard en omvang van deze problemen	Onbekend: De exacte aard en omvang van schulden
(ERVAREN) ZORGBEHOEFTE:	Bekend: --- Niet bekend is aan welk soort (opvoedings-)ondersteuning de doelgroep behoefte heeft. Waar zijn ouders met name onzeker over? Welk deel van de ouders heeft behoefte aan extra ondersteuning?	Bekend: --- Niet bekend is in hoeverre deze groep het eigen gebruik accepteert. Hoe groot is motivatie om af te kicken?	Bekend: --- Niet bekend is welke zorgbehoefte de doelgroep heeft op het gebied van werk of dagbesteding.	Bekend: --- Niet bekend is welke zorgbehoefte de doelgroep heeft op het gebied van 'bureaucratische vaardigheden' en manieren waarop schulden moeten worden aangepakt.

Werkschema E. Strategische analyse

Schema D vormt het uitgangspunt van de strategische analyse in onderstaand schema E. De uitkomst van de strategische analyse geeft uiteindelijk aan hoe uitgebreid het onderzoek naar de doelgroep dient te zijn om een goed cliëntprofiel op te kunnen stellen. Neem uit werkschema D over welke gegevens over de problematiek en zorgbehoefte nog ontbreken. *Bepaal vervolgens welke van de onbekende gegevens onmisbaar zijn om een goed zorgaanbod op te kunnen zetten, vanuit het perspectief van de cliënt en de eigen organisatie.*

- voor de cliënt: denk aan de kwaliteit van de hulpverlening & het in stand houden van een goede zorgrelatie

- voor de organisatie: denk aan planning en financiën

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?

- voor de cliënt: mogelijke schadelijke gevolgen voor de leefsituatie & verlies van vertrouwen in hulpverlening

- voor de organisatie: planning en financiën

Vat de conclusie van de strategische analyse samen in hooguit 5 à 6 onderzoeksvragen. Deze vormen de basis voor het verzamelen van de nog ontbrekende gegevens.

Per onderwerp nagaan:	Kenmerkend gemeenschappelijk probleem	Probleem op overige leefgebieden	Probleem op overige leefgebieden	Probleem op overige leefgebieden
Welke gegevens zijn nog niet, of onvoldoende beschikbaar? (neem nog onbekende gegevens over uit schema D)				
Wat moet je hiervan alsnog te weten komen om een passend zorgaanbod te kunnen ontwikkelen?				
Risico's van <i>niet</i> weten				
Conclusie: welke gegevens moeten nog worden verzameld?				

Werkschema E.

Voorbeeld: Strategische analyse

	Kenmerkend gemeenschappelijk probleem	Probleem op overige leefgebieden	Probleem op overige leefgebieden	Probleem op overige leefgebieden
<p>Welke gegevens zijn nog niet, of onvoldoende beschikbaar? (neem gegevens over uit tabel D)</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Welke problemen staan een goede opvoeding het meest in de weg? Hoe ernstig zijn deze problemen precies? > Aan welk soort (opvoedings-) ondersteuning heeft doelgroep behoefte? Waar zijn ze met name onzeker over? > Welk deel van de ouders heeft behoefte aan welk type ondersteuning? 	<ul style="list-style-type: none"> > De exacte aard en omvang van problemen met middelengebruik is onbekend > In hoeverre accepteert deze groep het eigen gebruik? > Hoe groot is motivatie om af te kicken? 	<ul style="list-style-type: none"> > De aard van de problemen met dagbesteding is onbekend > Niet bekend is welke behoefte de doelgroep heeft op het gebied van werk of dagbesteding. 	<ul style="list-style-type: none"> > De exacte aard en omvang van financiële problemen zijn onbekend. > Niet bekend is welke behoefte de doelgroep heeft op het gebied van bürocratische vaardigheden en de manier waarop schulden moeten worden aangepakt.
<p>Wat moet je hiervan alsnog te weten komen om een zorgaanbod te kunnen ontwikkelen?</p>	<p>Bekend moet zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Welke problemen staan een goede opvoeding het meest in de weg? Hoe ernstig zijn deze problemen precies? > Aan welk soort (opvoedings-) ondersteuning heeft doelgroep behoefte? Waar zijn ze met name onzeker over? 	<ul style="list-style-type: none"> > De exacte aard en omvang van problemen met middelengebruik > Hoe groot is motivatie om af te kicken 		

<p>Risico's van <i>niet</i> weten</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Risico bij ontbreken van gegevens over zorgbehoefte is dat het ontwikkelde type zorg niet goed aansluit bij zorgbehoefte van de ouders; gevolg is dat situatie van de ouders onvoldoende verbeterd. Zorg is misschien te weinig gedifferentieerd. ➤ Risico voor de organisatie is dat ouders niet gemotiveerd zijn om deel te nemen aan het nieuwe programma. <p>Doelgroep voor het ontwikkelde type zorg is wellicht kleiner dan verwacht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Risico voor cliënt is niet duidelijk ➤ Risico voor organisatie is dat, wanneer problemen achteraf ernstiger blijken dan verwacht, de kosten doordat doelgroep intensieve aandacht behoeft. Planning wordt ingewikkelder. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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. ➤ 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. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Risico voor cliënt is niet duidelijk ➤ Risico voor organisatie is dat, wanneer problemen achteraf ernstiger blijken dan verwacht, de kosten doordat doelgroep intensieve aandacht behoeft. Planning wordt ingewikkelder.
<p>Conclusie: welke gegevens moeten nog worden verzameld?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Welke problemen staan een goede opvoeding het meest in de weg? Hoe ernstig zijn deze problemen precies? ➤ Aan welk soort (opvoedings-) ondersteuning heeft doelgroep behoefte? Waar zijn ze met name onzeker over? ➤ Welk deel van de ouders heeft behoefte aan welk type ondersteuning? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Stabiliteit middelengebruik ➤ Motivatie voor behandeling 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ De zorgbehoefte op het punt van dagbesteding 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Financiële situatie ➤ Behoeftes aan ondersteuning

Bijlage 2 Cliëntprofielen van methadoncliënten in Rotterdam en Limburg

Methadoncliënten met psychische problemen

FACTSHEET 1

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

1. In 2001 of 2002 behandeld voor psychische klachten;
2. In afgelopen jaar medicatie voor psychische klachten;
3. Klaagt zelf over ernstige psychische problemen;
4. 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 Bouman Verslavingszorg hebben volgens deze criteria

61

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. 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, cocaïne 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, cocaïne 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.

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

Tabel 1 Middelengebruik cliënten met psychische problemen (%).

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.

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 Bouman Verslavingszorg 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.

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%

63

Tabel 2 Gezondheidsproblemen bij cliënten met psychische problemen (%).

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 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.

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

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

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 cliënten 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 drugsscene; 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.

Methadoncliënten die zichzelf verwaarlozen

FACTSHEET 2 Met deze titel wordt bedoeld op zogenoemde zorgcliënten (methadoncliënten) van Bouman Verslavingszorg 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 Bouman Verslavingszorg behoren 47 (22%) tot de verwaarloosde groep. Ten behoeve van de zorgprogrammering van Bouman Verslavingszorg 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.

Methadon wordt door alle cliënten gebruikt, meestal al langer dan vijf jaar. Heroïne en cocaïne 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, cocaïne 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 ondernomen; 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.

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

Tabel 1 Middelengebruik in de verwaarloosde groep (%)

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 ongezond eten te beperken of met alternatieven - zoals vitaminepillen - te ondervangen.

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%

Tabel 2 Gezondheidsproblemen in de verwaarloosde groep (%)

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. 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%), vijfviufde van de cliënten wel het vermogen zou hebben er iets tegen te ondernemen, maar dit kennelijk niet doen.

68

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

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

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 neergegooid. Er is behoefte aan een continue actieve betrokkenheid en eventuele outreachende hulpverlening. Een cliënt noemt gekscherend 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 huis-

houden 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.

Methadoncliënten met thuiswonende jonge kinderen

FACTSHEET 3 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. .

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. Cocaïne 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 cocaïne. Een vijfde gebruikt dagelijks grote hoeveelheden alcohol 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

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

Tabel 1 Middelengebruik van methadoncliënten met kinderen (%)

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 stoppoging 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. 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 toegelijker worden naar hun kind. Ze kunnen moeilijk nee (blijven) zeggen, waardoor het kind uiteindelijk toch zijn of haar zin krijgt en steeds lastiger wordt

<i>Gezondheidstoestand</i>	<i>Kind 1 (n= 54)</i>	<i>Kind 2 (n=25)</i>	<i>Kind 3 (n=7)</i>
Goed	50%	30%	29%
Matig	2%	4%	0%
Slecht	0%	0%	14%
Niet bekend	48%	66%	57%

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

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%.

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.

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

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

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 waarbij 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. Enkelens krijgen hulp van ouders, familie of vrienden. Meestal wordt die hulp geboden 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 drugs-scene. 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.

Methadoncliënten met hepatitis C

FACTSHEET 4 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 cocaïne (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).

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.

> 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%

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 (%)

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).

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.

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

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 (%).

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) lichamelijk 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.

79

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.

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 vrijwilligers-werk, 12% verricht voornamelijk zwart werk en 6% vult zijn dagen vooral met dealen. Bijna alle respondenten hebben een uitkering (94%). Meer dan de helft (61%) geeft aan meer dan € 2000 aan schulden of achterstallige betalingen te hebben.

Eigen woning	Kamer onderhuur	Kamer officieel gehuurd	Dakloos	Ouders	Anders
64%	3%	3%	18%	9%	3%

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

Bijlage 3

Beschrijving van methode voor rapid

assessment and response

Rapid Assessment and Response (RAR)

door Richard Braam (CVO)

De afgelopen jaren heeft men binnen de verslavingszorg naar alternatieven gezocht voor traditioneel wetenschappelijk onderzoek dat vaak erg duur en tijdsintensief is. De financiële middelen die nodig zijn voor conventioneel onderzoek zijn voor zorginstellingen vaak moeilijk voor elkaar te krijgen. Met name om snel een beeld te krijgen van een specifieke lokale problematiek vindt men traditioneel wetenschappelijk onderzoek vaak te tijdrovend. Vandaar dat men op zoek is gegaan naar alternatieven. Dit was de aanleiding voor het ontwikkelen van de zogeheten 'rapid assessment' methoden. Centraal in deze methode staat de reeks Rapid Assessment and Response (RAR) handboeken die door het Centre for Research on Drugs and Health Behaviour van het Imperial College in Londen onder leiding van professor Stimson voor de WHO en UNAIDS werden ontwikkeld (zie www.rararchives.org).

Het CVO verijnde deze methode in samenwerking met het Trimbos instituut en heeft een analyse-instrument ingebouwd waardoor de methode ook uitgevoerd kan worden door mensen die niet wetenschappelijk geschoold zijn. Daarmee is een handboek ëRAR en problematisch middelengebruik ontwikkeld waarmee instellingen in de praktijk zelfstandig een RAR kunnen uitvoeren. Het handboek bevat een handleiding voor rapid assessment waarmee problematisch middelengebruik binnen de verschillende doelgroepen snel en accuraat in kaart kan worden gebracht en waarmee speerpunten en ideeën voor interventies worden gegenereerd.

Om in relatief korte tijd een betrouwbaar beeld te krijgen van een probleem wordt in RAR gebruik gemaakt van meerdere indicatoren en databronnen. Het brengt verschillende soorten informatie bij elkaar en combineert verschillende methoden van onderzoek om deze informatie te verzamelen. Hierdoor krijgt men een redelijk compleet beeld van een vaak complexe problematiek.

De focus van RAR ligt niet op wetenschappelijke perfectie maar op

praktische/beleidsmatige toepasbaarheid. RAR is veel meer een beleidsinstrument dan een puur wetenschappelijk onderzoeksinstrument. Voor de ontwikkeling van beleid of een geschikte interventie is dat ook niet nodig. Door middel van ëcross-checkingí van de informatie uit verschillende bronnen en invalshoeken kan toch een relatief betrouwbaar beeld verkregen worden van de omvang en de aard van een bepaald risicogedrag.

Kenmerken van RAR

- > Snel
Door middel van RAR (de assessmentfase kan na 4 - 5 maanden worden afgerond) is men in staat om snel inzicht te krijgen in complexe problematiek en om relevante interventies en of beleidslijnen te ontwikkelen voor deze problematiek. Traditioneel onderzoek heeft een veel langere tijdsspanne en is daardoor minder goed in staat om op acute problemen te reageren.
- > Kosteneffectief
Vergeleken met traditioneel onderzoek is RAR minder duur. Door de pragmatische oriëntatie is de output van de informatie hoog in relatie tot de input.
- > Combinatie van onderzoek (assessment) en opzetten interventies (respons)
Een essentieel element van RAR is betrokkenheid van relevante actoren in het veld. Men maakt enerzijds gebruik van de expertise van de verschillende veldpartijen om inzicht te krijgen in de problematiek en anderzijds wordt de kans op succesvolle ontwikkeling en implementatie van de te ontwikkelen interventies vergroot door de betrokkenheid van de verschillende actoren in het veld.
- > Verzamelen van contextinformatie.
RAR heeft niet alleen tot doel om aard en omvang van een probleem in kaart te brengen maar ook om inzicht te krijgen in de verklaringen van het probleem. Dit is belangrijk omdat de problematiek kan variëren van context tot context. Het boven tafel krijgen van specifieke context-informatie is daarom een belangrijk doel van RAR. Ook voor de uitwerking van oplossingen is deze informatie relevant. Door middel van interviews met relevante sleutelfiguren uit verschillende invalshoeken krijgen we

inzicht in de factoren die in een bepaalde context van belang zijn.

- > **Dynamisch**
RAR is een dynamische benadering die niet eindigt bij de rapportage in een onderzoeksrapport. RAR levert informatie over de ontwikkeling van interventies en de mogelijkheden voor implementatie. Adequate interventies vereisen daarnaast een regelmatige check of monitoring van de werking van de interventie en de ontwikkeling van de problematiek. Hierdoor ontstaat een cirkel van onderzoek (assessment) en uit te voeren interventies (respons).

- > **Praktijk**
RAR verbindt onderzoek direct met de praktijk. Met behulp van het RAR handboek kunnen instellingen zelfstandig in de praktijk een RAR uitvoeren. Naast kostenbesparing levert dit een nauwe betrokkenheid op van de instelling bij de problematiek, de doelgroep en bij intermediairen die kunnen bijdragen aan de oplossing van het probleem.

Methoden / stappen van RAR

In feite is RAR geen nieuwe methode, aangezien in de jaren twintig van de vorige eeuw al vergelijkbare methoden werden gehanteerd. RAR bestaat uit een mix van veelgebruikte onderzoeksmethoden, zoals interviews, observaties, focusgroepen en schattingstechnieken. Het grote verschil tussen empirisch onderzoek en RAR is de pragmatische benadering van RAR, waarbij de nadruk op adequaatheid ligt in plaats van op wetenschappelijke perfectie.

RAR maakt gebruik van de volgende methoden:

- > Bestaande informatie onderzoeken
- > Toegang en steekproeftrekking
- > Interviews
- > Focus groepen
- > Observaties
- > Schattingstechnieken
- > Analyse en rapportage

Bestaande informatie onderzoeken

Het raadplegen van bestaande informatie is de eerste stap in een RAR proces. Bestaande informatie kan afkomstig zijn uit onderzoeksrap-

porten, rapporten van gezondheidszorg en verslavingszorginstellingen, informatie uit de media, enz. Om efficiencyredenen moet je natuurlijk eerst vaststellen welke informatie er al beschikbaar is. Dit helpt tegelijkertijd bij het aanwijzen van eventuele hiaten of ontbrekende informatie. Daarnaast kan het raadplegen van bestaande informatie helpen om veranderingen door de tijd heen te zien. Ten slotte kan nuttige achtergrondinformatie worden verkregen door de relevantie of hiaten en tegenstrijdigheden in de resultaten te evalueren.

Toegang en steekproeftrekking

De volgende stap is het identificeren van mogelijke informatiebronnen. Belangrijke informanten, d.w.z. personen die naast hun eigen ervaringen ook over bredere kennis beschikken, spelen hierin een grote rol. Zij kunnen je waarschijnlijk meer vertellen over de locaties waar de doelgroep zich ophoudt zodat je makkelijker een ingang vindt. Rechtstreeks contact met de doelgroep is essentieel voor het verzamelen van betrouwbare informatie over de kwestie waar je mee bezig bent. Op basis van de informatie die sleutelinformanten geven kun je aan de slag met het ontwikkelen van een netwerk door het bezoeken van belangrijke locaties, d.w.z. de plekken waar leden van een bepaalde doelgroep elkaar ontmoeten.

Omdat het in een RAR meestal niet mogelijk is om iedereen binnen een bepaalde populatie te bestuderen, moet je in de regel op systematische wijze een steekproef van de onderzoekspopulatie selecteren. RAR maakt daarbij gebruik van verschillende steekproeftechnieken zoals de doelgerichte steekproef waarbij respondenten om hun specifieke kennis worden geselecteerd en de sneeuwbalsteekproef waarbij gebruik gemaakt wordt van netwerken van informanten en respondenten.

Interviews

Interviews kunnen gestructureerd of ongestructureerd zijn. Ongestructureerde interviews, of in de regel semi-gestructureerde interviews (met hoofdzakelijk open vragen), worden gebruikt om een fenomeen te verkennen en om meer informatie te bemachtigen waardoor je beter begrijpt wat er speelt. Gestructureerde interviews (meestal met gesloten vragen waarop slechts een aantal van tevoren vastgestelde antwoorden mogelijk zijn) worden gebruikt om specifieke onderwerpen te behandelen en te controleren of je vermoedens en informatie uit eerdere

RAR fasen worden bevestigd.

Interviews kunnen met individuele personen of met groepen worden gehouden. Individuele personen zijn vaak beter geschikt als het gaat om het verzamelen van gedetailleerde informatie over gevoelige onderwerpen. Groepen zijn vooral nuttig voor het verzamelen van context informatie.

RAR maakt gebruik van twee interviewrondes. In de eerste ronde wordt een globaal beeld van de problematiek geschetst, dat in de tweede ronde wordt getoetst en aangescherpt.

Focusgroepen

Het verschil tussen een groepsinterview en een focusgroep is dat er bij deze laatste geprobeerd wordt een groepsdiscussie over bepaalde onderwerpen op gang te brengen. Bij een groepsinterview wordt aan individuele deelnemers gevraagd om zich te beperken tot antwoorden op specifieke vragen. Deelnemers kunnen worden geselecteerd op basis van overeenkomstige ervaringen en achtergronden of juist op basis van verschillende sociale posities en meningen. In beide gevallen worden ze geselecteerd vanwege hun specifieke expertise of uitgebreide kennis. Meestal zijn dit sleutelinformanten, d.w.z. personen die naast hun eigen ervaringen ook over bredere kennis beschikken.

De focusgroepen in de laatste fase van het RAR proces hebben twee verschillende doelen. Het eerste doel is om afwijkende of tegenstrijdige informatie uit de eerdere fasen op te lossen en om de voorlopige resultaten nog eens te checken en te valideren. Het tweede doel is om de representativiteit / geldigheid van de conclusies te beoordelen en de implicaties van de resultaten voor de planning en implementatie van interventies of nieuwe beleidslijnen te bespreken.

Observatie

Soms kan het nodig zijn om bepaalde gedragingen waarover weinig kennis bestaat te observeren. Net als interviews kunnen ook observaties gestructureerd of ongestructureerd zijn. Ongestructureerde observatie is nuttig in de eerste fasen van een RAR, wanneer er achtergrondinformatie moet worden verzameld over de locaties waar de doelgroepen bij elkaar komen, het gedrag van de doelgroep, enz. Observatie is met name nuttig voor het herkennen van een bepaald gedrag waarvan je het bestaan in eerste instantie niet vermoedde.

Gestructureerde observatie wordt gebruikt zodra je hebt besloten welk type gegevens het meest relevant is voor RAR. Deze observatievorm wordt in de regel toegepast met behulp van observatiegidsen die aangeven wat je wel en niet moet observeren. De gidsen bevatten ook notitiepagina's waarop je kunt aangeven of en hoe vaak bepaald gedrag voorkomt.

Schattingstechnieken

Beleidsmakers willen graag cijfers zien. Schattingstechnieken zijn handige instrumenten waarmee de omvang van een populatie of probleem kan worden ingeschat. Voorbeelden van schattingstechnieken zijn case-finding, de vermenigvuldigingsmethode, de nominatietechniek en de capture-recapture methode. Met uitzondering van case-finding (in feite niets meer of minder dan gevallen tellen) gaan schattingstechnieken uit van vooronderstellingen waarbij (voorhanden) kwantitatieve gegevens gecombineerd worden om de omvang van een bepaald fenomeen te bepalen. Let wel dat het hier gaat om schattingstechnieken en schattingen, zeker bij verborgen populaties, zijn zelden nauwkeurig. Wel kunnen zij een proportie aangeven met behulp waarmee je een besluit kunt nemen of een bepaald probleem of doelgroep omvangrijk genoeg is om je op te gaan richten.

Analyse en rapportage

Om de verzamelde informatie zo betrouwbaar mogelijk te kunnen verwerken is door het CVO & Trimbos-instituut een analyseprotocol met rasters ontwikkeld waarmee data systematisch kan worden ingevoerd en geanalyseerd. Aan de hand van deze rasters wordt gedurende het RAR proces stukje bij beetje een rapportage opgebouwd. Het handboek RAR en problematisch middelengebruik is bij het CVO te bestellen (cvo@drugresearch.nl). Tevens kan het CVO training en ondersteuning bieden bij het uitvoeren van een De ervaring heeft geleerd dat met name bij de eerste keer dat een instelling RAR toepast, ondersteuning door een sociaal wetenschapper die ervaring heeft met RAR gewenst is.

