

**Zelf opvoeden van kinderen, hepatitis C:
twee cliëntprofielen van methadoncliënten in Limburg**

Een toepassing van de concept richtlijn cliëntprofielen

T. Beirens

E.G. Wits

R.A. Knibbe



Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving (IVO)

Colofon

Deze publicatie is uitgebracht door het Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid in opdracht van GGZ Nederland binnen het project Resultaten Scoren.
Het Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid is één van de drie ontwikkelcentra van Resultaten Scoren. Met Resultaten Scoren wil de gehele sector van de verslavingszorg een flinke slag maken in het actualiseren en verbeteren van de preventie en het zorgaanbod.

Auteurs:

T. Beirens
E.G. Wits
R.A. Knibbe

Met dank aan de grote inzet en betrokkenheid van medewerkers van CAD Limburg en methadoncliënten.

Nadere informatie:

Publicatienummer : 2003-236
GGZ Nederland
Postbus 8400
3503 RK Utrecht
030 – 2873333

Publicatierecht en verspreidingsrecht:

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar worden gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van GGZ Nederland.

**Zelf opvoeden van kinderen, hepatitis C:
twee cliëntprofielen van methadoncliënten in Limburg**

Een toepassing van de concept richtlijn cliëntprofielen

**T. Beirens
E.G. Wits
R.A. Knibbe**

Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving (IVO)

Mei 2003

Inhoudsopgave

1 Inleiding	7
2 Onderzoeksmethoden	8
2.1 Literatuuronderzoek	8
2.2 Registratieonderzoek	8
2.3 Kwantitatief	8
2.4 Kwalitatief	10
3 Resultaten	12
3.1 Ouders	12
3.2 Hepatitis C	17
4 Conclusie en aanbevelingen	23
4.1 Conclusie per doelgroep en discussie	23
4.2 Reflectie en methodische aanbevelingen	26
4.3 Aanbevelingen zorg	27
Literatuur	30
Bijlagen	
I Topiclijst kwalitatieve interviews ouders	31
II Vragenlijst ouders, voor hulpverleners	33
III Vragenlijst cliënten met hepatitis C	43
IV Vragenlijst cliënten zonder hepatitis C	45
V Factsheet Methadoncliënten met thuiswonende jonge kinderen	49
VI Factsheet Methadoncliënten met hepatitis C	51

1. Inleiding

Het doel van de sociale verslavingszorg is maatschappelijke herstel en het bevorderen van de kwaliteit van leven van langdurig verslaafden met meervoudige problematiek door hen een mix van materiële en immateriële zorg aan te bieden (Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid, 1999). Gezien de heterogeniteit van de doelgroep is een systematische beschrijving van categorieën verslaafden nodig om passende zorg aan te kunnen bieden. Om profielen van de verschillende doelgroepen van de sociale verslavingszorg op te kunnen stellen is er een concept richtlijn ontwikkeld (Wits, 2000). Deze richtlijn moet verslavingszorginstellingen ondersteunen bij een doelgroepanalyse om zo tot cliëntprofielen te komen. Een cliëntprofiel is een specifieke combinatie van kenmerken waarmee een categorie langdurig verslaafden zodanig wordt beschreven dat het profiel optimale informatie bevat voor de ontwikkeling of aanpassing van programma's in de verslavingszorg.

De concept richtlijn is uitgetest bij het CAD Limburg en bij Bouman Verslavingszorg in Rotterdam. Het doel hiervan is om de geschiktheid van de concept richtlijn te bepalen voor het systematisch opstellen van cliëntprofielen. Ook wordt onderzocht in hoeverre de verkregen cliëntprofielen de verslavingszorginstellingen relevante en voldoende informatie bieden voor de ontwikkeling van passende zorg.

Dit rapport bevat de resultaten van de dataverzameling voor het opstellen van twee cliëntprofielen bij het CAD Limburg. Op basis van overleg met de hulpverlening en andere medewerkers van het CAD Limburg is een situatieanalyse uitgevoerd en zijn twee doelgroepen van cliënten aangewezen die in een methadonprogramma zitten. Deze doelgroepen zijn: methadoncliënten met thuiswonende kinderen in de leeftijd van 1 – 12 jaar, en cliënten die met het hepatitis C virus zijn besmet.

Over deze doelgroepen zijn zoveel mogelijk lokale gegevens verzameld, zoals gegevens uit registratiebestanden, bestaand onderzoek en aanvullend eigen onderzoek onder de doelgroep en de hulpverlening. Naast informatie over de problemen op diverse leefgebieden (middelengebruik, wonen, dagbesteding, financiën) is informatie verzameld over de zorgbehoefte van de cliënten.

In het volgende hoofdstuk wordt allereerst ingegaan op de methoden die zijn toegepast in dit onderzoek. Vervolgens zijn in hoofdstuk 3 de resultaten te vinden, per cliëntprofiel. In hoofdstuk 4 wordt teruggekeken op de keuze van de onderzoeksmethoden, en op de resultaten. Daar wordt ook ingegaan op de consequenties voor de ontwikkeling van een zorgaanbod voor beide doelgroepen (zie 4.3). Voor de lezer die een samenvatting zoekt van beide profielen zijn in bijlage V en VI *factsheets* opgenomen, met daarin de belangrijkste kenmerken van beide doelgroepen.

2. Onderzoeksmethoden

Het onderzoek is uitgevoerd in drie fasen. Als eerste is een literatuurstudie gedaan naar de kenmerken en zorgbehoefte van verslaafde ouders en verslaafden met hepatitis C in Nederland, en specifiek in Limburg. Er zijn in deze fase eveneens gesprekken gevoerd met deskundigen, zoals een clusterleider van het team medische sociale zorg van het CAD Limburg, een arts en een verpleegster, beiden werkzaam in de verslavingszorg. Ook is onderzocht in hoeverre registratiegegevens van het CAD Limburg bruikbaar zijn voor het opstellen van de genoemde cliëntprofielen.

De tweede fase bestond uit een aanvullende (kwantitatieve en kwalitatieve) dataverzameling bij beide doelgroepen. Hiertoe is voor de doelgroep verslaafde ouders aan hulpverleners van methadonprogramma's gevraagd om over hun methadoncliënten vragenlijsten in te vullen. Ook zijn contacten gelegd met cliënten die tot een van de twee doelgroepen behoren om interviews te houden. Voor het profiel rondom hepatitis C zijn vragenlijsten opgesteld welke door de onderzoeker zijn afgenomen op locaties waar methadon wordt verstrekt.

In de laatste fase zijn de kwalitatieve en kwantitatieve gegevens geanalyseerd en verwerkt in onderliggend rapport. Beide typen gegevens zijn geïntegreerd in de diverse (sub)paragrafen.

2.1 Literatuuronderzoek

In eerste instantie is begonnen met een literatuuronderzoek. De literatuur werd via de bibliotheek bij het CAD Limburg verzameld, en via het internet. De literatuur bevat echter niet alle informatie die nodig is om een geschikt profiel op te stellen. Daarom is gekozen voor een aanvullend onderzoek.

2.2 Registratieonderzoek

Na het literatuuronderzoek is gestart met een inventarisatie van het type gegevens in het registratiesysteem van het CAD Limburg, en de toegankelijkheid ervan. De gegevens in het huidige bestand (Addictis) zijn enkel toegankelijk voor de onderzoeker wanneer deze geanonimiseerd zijn. Omdat bovendien enkel de gegevens ten tijde van de intake beschikbaar zijn kon niet worden nagegaan welke cliënten momenteel tot de doelgroep van verslaafde ouders of hepatitis C besmette cliënten behoren. De registratie bleek ook onvolledig te zijn. Uit eerder onderzoek was reeds bekend dat de meeste gegevens over de kinderen van cliënten uit het geheugen van de medewerkers moet komen, omdat systematische registratie van kindgegevens ontbreekt (Meurs & Knöptels, 1996)

2.3 Kwantitatief

Er is uiteindelijk besloten om op twee verschillende wijzen kwantitatieve gegevens te verzamelen voor de twee profielen. Voor het profiel van de ouders is gebruik gemaakt van een vragenlijst (zie bijlage II) die hulpverleners hebben ingevuld voor hun eigen cliënten die tot deze doelgroep behoren. Voor het profiel van hepatitis C zijn twee vragenlijsten opgesteld (zie bijlage III en IV) die door de onderzoeker bij de cliënten zijn afgenomen. De ene lijst is gebruikt bij respondenten die hepatitis C

hebben en de andere lijst bij respondenten die geen hepatitis C hebben of niet weten of ze het hebben. Hieronder worden beide werkwijzen nader toegelicht.

Hulpverlenervragenlijst

Via de zogenoemde ‘hulpverlenervragenlijst’ zijn via medewerkers van methadonprogramma’s gegevens over de verslaafde ouders verzameld. De lijst bestaat uit zes thema’s: algemene gegevens, achtergrondgegevens, middelengebruik, leefomgeving, sociale relaties en de relatie met de zorg. Voor het opstellen van de hulpverlenervragenlijst is gebruik gemaakt van de lijst die voor het project Cliëntprofielen in Rotterdam is ontwikkeld, literatuur, de intakevragenlijst van het CAD Limburg en vragenlijsten die gebruikt worden door het Drugs Monitoring System van Parkstad Limburg. De vragenlijst is zo opgezet dat het mogelijk is deze zonder het bijzijn van de cliënt in te vullen, eventueel met behulp van de cliëntdossiers. Dit had twee redenen. Allereerst levert dit een tijdsbesparing op (het alternatief is immers afname van een vragenlijst als de cliënt aanwezig is). Daarnaast gaat de lijst uit van het oordeel dat de hulpverlener over de cliënt heeft opgebouwd. Het voordeel hiervan is dat de kennis van hulpverleners over de achtergrond van hun cliënten op deze manier goed wordt benut. Omdat de mening van de hulpverlener zou kunnen verschillen van het oordeel dat de cliënt zelf heeft over zijn of haar situatie is in open interviews met cliënten ingegaan op het perspectief van de cliënten zelf (zie 2.4). Voor de analyse van de gestructureerde vragenlijsten is gebruik gemaakt van het statistisch programma SPSS.

De hulpverleners is gevraagd om per cliënt die hij of zij behandelt en die tot de doelgroep behoort de vragenlijst zo compleet mogelijk in te vullen. Een deel van de cliënten zit in de caseload van de hulpverleners, wat betekent dat er een redelijk goed contact bestaat. Daarnaast zijn er ook cliënten die naast de behoefte aan methadon geen verdere hulpvraag hebben en geen persoonlijke hulpverlener. Het contact met deze cliënten is minder intensief.

De manier van contact leggen met hulpverleners verliep op de volgende manier. In eerste instantie zijn de clusterleiders van de verschillende regio’s benaderd om hen in te lichten over het onderzoek en hun medewerking te vragen. Vervolgens heeft de onderzoeker contact opgenomen met de drie verschillende clusterleiders. In overleg met de clusterleiders van Noord-Midden Limburg is besloten dat zij de vragenlijsten zouden verspreiden onder de medewerkers en ervoor zouden zorgen dat er zoveel mogelijk lijsten ingevuld zouden worden. Na een week werd er weer contact opgenomen om te kijken hoe de dataverzameling verliep. In de regio Westelijk Zuid-Limburg was een vergadering gepland waarin de onderzoeker het onderzoek heeft toegelicht en de vragenlijsten heeft uitgedeeld onder de hulpverleners. In de regio Oostelijk Zuid-Limburg zijn via de zorgcoördinator de vragenlijsten verspreid.

Er zijn in totaal 55 lijsten ingevuld door de hulpverleners. Er bleken naast deze 55 ouders nog 9 andere ouders binnen de doelgroep te vallen (5 uit Sittard, 1 uit Heerlen en 3 uit Roermond en Venlo), maar van hen zijn geen lijsten zijn ingevuld. De reden hiervan was dat de hulpverleners verder geen tijd meer hadden om deze lijsten in te vullen. Een van de lijsten is uitgesloten omdat de kinderen van de betreffende cliënt uit huis zijn geplaatst en de cliënt dus geen verzorgende functie meer uitoefent. De analyses hebben dus betrekking op 54 cliënten. Er zijn in de onderzoeksgroep twee stellen bekend waarvan zowel over de man als de vrouw gegevens zijn verkregen. Van de overige cliënten is niet bekend of zij partners zijn.

Hepatitis C vragenlijst

Voor de gegevensverzameling van het hepatitis C profiel is zoals gezegd voor een andere aanpak gekozen dan bij de ouders, omdat over de cliënten met hepatitis C specifieke gegevens benodigd zijn waarvan werd verwacht dat de hulpverleners hiervan onvoldoende op de hoogte zouden zijn. Zo kan het bijvoorbeeld voorkomen dat cliënten alcoholgebruik tegenover hun hulpverlener verzwijgen omdat dit alcoholgebruik een behandeling met interferon in de weg staat. Ook gegevens over het wel of niet getest zijn, de uitslag van de test, de kennis en houding van cliënten ten aanzien van risico op besmetting, en de motivatie om zich te laten testen zijn bij de hulpverlening grotendeels onbekend of niet systematisch verzameld. Daarom heeft de onderzoeker zelf interviews afgenomen bij cliënten.

De semi-gestructureerde vragenlijst bestaat uit twee hoofdthema's: vragen die betrekking hebben op hepatitis C en vragen die betrekking hebben op de persoonlijke levenssfeer. Zoals gezegd zijn twee versies van de vragenlijst gemaakt, de ene lijst voor respondenten die hepatitis C hebben en de andere voor respondenten die geen hepatitis C hebben of niet weten of ze het hebben. Deze laatste groep is in het onderzoek betrokken omdat het ook van belang is om te weten wat de kennis, houding en zorgbehoefte is van niet-besmette cliënten ten aanzien van hepatitis C. Bij het ontwikkelen van een zorgaanbod dient hiermee rekening te worden gehouden. Voor het opstellen van de vragenlijst is gebruik gemaakt van literatuur en de vragenlijst van het Drug Monitoring Systeem in Parkstad Limburg.

Via een brief die op de verstrekkinglocaties is verspreid zijn de methadoncliënten ingelicht over het onderzoek en de tijdstippen waarop de onderzoeker aanwezig zou zijn. De respondenten zijn vervolgens aangesproken of ze hun medewerking wilden verlenen aan het onderzoek. De cliënten hebben een vergoeding van 10 euro ontvangen voor deelname aan het interview.

Er zijn in totaal 33 lijsten ingevuld samen met de cliënten (27 mannen en 6 vrouwen). Van deze 33 cliënten zijn zeker 14 besmet met het hepatitis C virus. De respondenten werden benaderd op het moment dat de onderzoeker aanwezig was, tijdens de methadonverstrekking. Drie respondenten weigerden hun medewerking voor het onderzoek, na aangesproken te zijn. De interviews werden in een afzonderlijke ruimte afgenomen.

2.4 Kwalitatief

Naast de kwantitatieve dataverzameling is tevens gebruik gemaakt van kwalitatieve interviews met cliënten. Doel van deze dataverzameling was het achterhalen van de zorgbehoefte van de methadoncliënten die kinderen hebben waar ze zelf voor zorgen en de cliënten die besmet zijn met hepatitis C. Ook is aandacht besteed aan de zorgbehoefte met betrekking tot hepatitis C van cliënten die niet besmet zijn (of het niet weten). Bij 15 verslaafde ouders uit het methadonprogramma is een semi-gestructureerd interview afgenomen. Er is getracht om de zorgbehoefte te formuleren via de ervaringen in de zorg en de verwachtingen die de cliënten hebben ten aanzien van de zorg. Middels een topiclijst zijn deze zaken besproken in het interview. De interviews zijn op geluidstape opgenomen en volledig uitgetypt. De transcripten zijn vervolgens voor de analyse in fragmenten opgedeeld en per fragment gecodeerd. Met behulp van een schematisch overzicht is de informatie uit alle interviews verwerkt en geanalyseerd.

In de semi-gestructureerde vragenlijst voor het profiel van de hepatitis C besmette cliënten zijn enkele aanvullende open vragen gesteld om de kennis en houding van de cliënt met betrekking tot hepatitis C

in kaart te brengen, en de zorgbehoefte. Op deze wijze zijn kwalitatieve gegevens verkregen van alle 33 respondenten. De antwoorden op de open vragen werden kort genoteerd en na het gesprek uitgewerkt. Deze uitwerkingen zijn vervolgens voor analyse opgedeeld in fragmenten en gecodeerd naar onderwerp, en geanalyseerd met behulp van een schematisch overzicht.

Het contact met de ouders is gelegd via de hulpverleners. Er is een brief opgesteld door de onderzoeker waarin een korte beschrijving van het onderzoek is gegeven en de medewerking van de cliënten is gevraagd. De hulpverleners deelden deze brief uit aan de cliënten die kinderen hebben en vroegen om hun medewerking. In de regio Westelijk Zuid-Limburg maakte een van de verpleegkundigen afspraken met de cliënten wanneer ze de onderzoeker konden ontmoeten voor een gesprek. In de regio Noord-Midden Limburg is eerst de bereidheid tot deelname via de hulpverleners gevraagd aan cliënten en vervolgens werden zij in contact gebracht met de onderzoeker. In de regio Oostelijk Zuid-Limburg is het leggen van contact overgelaten aan de cliënten. Zij konden de hulpverlener bellen wanneer zij mee wilden werken.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk wordt in paragraaf 3.1 het profiel van de ouders met jonge kinderen beschreven, waarvoor de gegevens van de hulpverlening en de gegevens uit de kwalitatieve interviews zijn gebruikt. In 3.2 worden de gegevens uit de semi-gestructureerde interviews met cliënten over hepatitis C besproken.

3.1 Ouders

In de literatuur is weinig informatie te vinden over de problemen en zorgbehoefte van drugsverslaafde ouders die zelf voor hun kinderen zorgen. De meeste literatuur richt zich op de situatie van het kind, en kijkt met name naar de gevolgen die de verslaving van de ouder op het kind kan hebben (Groeneweg & Lechner, 1988; Keuken, 1990; Bool, 2002). Specifieke informatie over de ouders en de problemen en behoeften die zij hebben bij de opvoeding van hun kinderen is onderbelicht in de bestaande literatuur.

Drugsgebruik van de ouders kan voor kinderen een verhoogd risico betekenen op verzorgings- en opvoedingsproblemen en daarmee gepaard gaande risico's voor problematische ontwikkeling op emotioneel, sociaal en cognitief gebied. Als deze problemen zich voordoen hebben niet enkel de kinderen zelf hier last van, maar voor de verslaafde ouder kan dit ook een extra stressfactor opleveren welke nadelige gevolgen kan hebben ten aanzien van het drugsgebruik (Formannoy, de Vries & Wauters, 2001).

Uit de gegevens verkregen via het registratiesysteem Addictis bleek dat er 57 ouders met kinderen in het methadonprogramma zaten in 2000, met een man-vrouw verhouding van 1:1.

In het vervolg van deze paragraaf wordt verslag gedaan van de gegevens afkomstig van de vragenlijsten die door de hulpverleners zijn ingevuld. Het respondentenkader bestond - zoals eerder reeds werd vermeld - uit methadoncliënten die zelf kinderen in de leeftijd van 1 tot en met 12 jaar opvoeden.

Demografie

De respondentgroep (n=54) bestaat voor 61% uit vrouwen en voor 39% uit mannen. De gemiddelde leeftijd ligt op 38 jaar en de modus eveneens op 38 jaar met een standaarddeviatie (sd) van 5,9. Dit is vergelijkbaar met de gemiddelde leeftijd van 37 jaar onder Limburgse drugsgebruikers in het algemeen (Coumans & Knibbe, 2001). De gemiddelde leeftijd van de mannen is 40 jaar (sd 6,1) en de gemiddelde leeftijd van de vrouwen 38 jaar (sd 5,8).¹

Het grootste deel van de ouders heeft een Nederlandse herkomst (80%). Verder is de culturele herkomst van een aantal cliënten Duits (7%) Belgisch (4%), Antilliaans (2%) en 7% uit overige landen.

Middelengebruik

In tabel 3.1 wordt het middelengebruik weergegeven naar gebruik, dagelijks gebruik en een gebruik van langer dan 5 jaar. Methadon wordt logischerwijs door 100% van de cliënten gebruikt, in het methadonprogramma zitten was namelijk een van de inclusiecriteria. Driekwart van de cliënten

¹ Door afronding van de diverse percentages komt de gemiddelde leeftijd van de hele groep - tegen de verwachting in - op 38 jaar.

gebruikt al meer dan 5 jaar methadon. Heroïne wordt door 76% van de cliënten gebruikt. Eén derde (37%) gebruikt heroïne dagelijks, en 22% doet dit al langer dan 5 jaar. Cocaïne wordt door 43% gebruikt, 15% zegt het dagelijks te gebruiken. Cocaïne wordt door 35% al langer dan 5 jaar gebruikt. Bijna de helft (43%) van de cliënten drinkt regelmatig stevig alcohol (alleen meegeteld als er meer dan 5 glazen per dag worden gedronken). Bij de helft van hen komt dit dagelijks voor.

Tabel 3.1 Middelengebruik van de ouders (in percentages).

Middel	% Gebruik	% Dagelijks	% > 5 jaar
Methadon (n=54)*	100	98	74
Heroïne (n=49)	76	37	22
Cocaïne (n=40)	43	15	35
Alcohol (>5 glazen) (n=35)	43	20	31
Medicijnen (voor kick of roes) (n=31)	29	16	26
Ander middel (n=21)	19	14	10

* De aantallen respondenten verschillen per middel, omdat niet altijd alle items waren ingevuld.

Van alle 54 cliënten gebruikt 28% heroïne en methadon naast elkaar, van 11% wordt gezegd dat ze enkel methadon gebruiken. De overige cliënten gebruiken naast methadon één of meerdere andere middelen. Bij “ander middel” wordt meestal cannabis genoemd.

Het drugsgebruik wordt bij 67% van de onderzochte groep als stabiel beschouwd, wisselend bij 13%, en bij 19% wisselend met perioden van extreem gebruik. De meest voorkomende manier van gebruiken is het roken: 78% rookt (ook wel chinezen genoemd) de drugs. Daarna komt het oraal innemen, 35% van de cliënten gebruikt op deze wijze. 4% van de onderzochte cliënten spuit drugs. Bijna de helft van de cliënten spuit niet (48%). Van de overige 48% is niet bekend of zij drugs spuiten.

Van 39% van de cliënten is het bekend dat ze in de afgelopen twee jaar een serieuze stoppoging hebben ondernomen. Wat betreft het stoppen met het bijgebruik: 44% van de cliënten zou hiermee willen stoppen, bij 33% is dit wisselend. Daarnaast zeggen de hulpverleners dat 54% wil stoppen met al het gebruik (dus ook methadon), wat opvallend is omdat dit aantal groter is dan het aantal dat wil stoppen met het alleen het bijgebruik.

Nagegaan is of het gebruik in de verschillende regio's van elkaar verschilt. Omdat het aantal vragenlijsten in Roermond, Venlo en Sittard niet groot is zijn deze drie regio's samen genomen. In tabel 3.2 is te zien dat het heroïnegebruik in Maastricht wat lager ligt dan in Heerlen en de andere regio's, evenals het cocaïnegebruik. Het gebruik van heroïne en cocaïne is in Sittard, Roermond en Venlo relatief hoog (resp. 86% en 62%). Het gebruik van alcohol en medicatie verschilt onderling niet substantieel.

Tabel 3.2 Middelengebruik van de ouders per regio (in percentages).

Middel	Heerlen (n=21)	Maastricht (n=19)	Sittard, Roermond & Venlo (n=14)
Methadon	100%	100%	100%
Heroïne	76%	64%	86%
Cocaïne	37%	25%	62%
Alcohol (> 5 glazen)	42%	43%	44%
Medicijnen (voor kick of roes)	31%	29%	25%

Gezondheid

De lichamelijke gezondheid van de cliënten wordt over het algemeen goed genoemd; 70% zou geen chronische lichamelijke klachten hebben, 26% heeft wel chronische lichamelijke klachten. Van de overige 4% is het niet bekend of zij gezondheidsproblemen hebben. Over de psychische gezondheid van de cliënten kunnen de hulpverleners zeggen dat 9% chronische psychische problemen heeft, meestal depressieve klachten. De rest van de cliënten heeft geen chronische psychische klachten. Daarnaast is bij 19% van de cliënten aangegeven dat ze psychische hulp zouden willen hebben. Het betreft hier vaak hulp bij het omgaan met de nieuwe situatie als ouder. Bijna 70% van de cliënten zou geen psychische hulp nodig hebben.

Kind(eren)

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. Er is een onderscheid gemaakt in het eerste, tweede, derde en vierde 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, die echter niet binnen de doelgroep vallen (niet thuiswonend). Deze kinderen zijn niet betrokken bij de gegevensverwerking. Omdat geen van de ouders vier thuiswonende kinderen heeft wordt enkel de situatie tot en met het derde kind beschreven.

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. Voor het 'eerste' kind (dus het oudste kind of het enige kind in een gezin, n=54) geldt bijvoorbeeld dat van de helft de gezondheid goed is. Van 2% is de gezondheid matig, en van de overige 48% is niet bekend hoe de gezondheid is.

Ook over het gedrag van het kind kunnen de hulpverleners vaak geen informatie verschaffen. Hiervoor is het contact met het kind te sporadisch of zelfs afwezig. Van de 'eerste' kinderen (n=54) was het voor de hulpverleners mogelijk om over 19 kinderen een oordeel over het gedrag te geven. Van deze kinderen blijkt het gedrag in driekwart van de gevallen (74%) als normaal te worden beschouwd. In de overige gevallen (26%) wordt het gedrag als afwijkend bestempeld.

Uit de kwalitatieve interviews blijkt dat de ouders het gedrag van hun kinderen soms erg druk vinden. Sommigen voelen zich schuldig over hun middelengebruik, de extra moeilijkheden die ze daardoor hebben en dingen die ze hun kinderen daardoor misschien niet kunnen aanbieden, waardoor ze toegeeflijker worden naar hun kind. Ze kunnen moeilijk nee (blijven) zeggen, waardoor het kind toch zijn of haar zin krijgt. Door het patroon dat kinderen hierbij mogelijklerwijs leren (na jengelen krijg ik toch mijn zin) worden ze mogelijk veeleisender en drukker. Dit kan weer extra spanningen voor de ouder opleveren.

Ze heeft een heel druk gedrag, daar wordt je soms knetter van. En dat is meestal als mijn vriend er niet is, want die is vrij streng. En ik ben nog wat soepeler, tja en dan danst ze op me en ik zal daar dan toch ook wel wat harder in moeten worden. Ze zegt dan "mama mag ik dat hebben" en dan zeg ik nee want je hebt straf en dan op een gegeven moment heb ik zoiets van is wel zielig hè. Daar heb ik denk ik wel hulp bij nodig hoor, daarvoor ga ik nu naar Jeugdzorg. (R1, vrouw)

Opvoeding kinderen

De hulpverleners denken dat 13% van hun cliënten opvoedingshulp wenst. Van 64% van de cliënten wordt gezegd dat zij hieraan geen behoefte hebben, en van 23% is de hulpbehoefte onbekend. 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 steun van familie en/of vrienden. Daarnaast staat een kleine groep er alleen voor (4%), of bevindt zich in een andere situatie (4%).

De hulpverleners is ook gevraagd of zij bij cliënten een (vermoeden van) van huiselijk geweld hebben. Bij driekwart (76%) van de ouders denkt men dat het in zijn geheel niet voorkomt. Bij 6% is er een vermoeden dat er sprake is van huiselijk geweld (psychisch dan wel lichamelijk) en bij 19% is de situatie onbekend.

Wonen

Bijna alle ouders (95%) hebben een eigen (koop- of huur-) woning. De verwachting was dat dit percentage hoog zou zijn, aangezien het belangrijk is om een vaste woning te hebben als men zelf kinderen opvoedt. 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 samenwoont. 4% woont in bij hun ouders.

De samenleefsituatie van de ouders verschilt tussen de mannen en vrouwen op enkele punten. Daarom wordt deze in tabel 3.3 voor mannen en vrouwen apart beschreven. Zoals in de tabel is te zien zijn er aanzienlijk meer alleenstaande moeders dan alleenstaande vaders, namelijk 42% tegenover 5%. Hierdoor zijn de percentages van de ouders die met partner en kind(eren) samenwonen ook verschillend. Bijna de helft van de vrouwen (49%) woont samen met hun partner en kind(eren); bij de mannen ligt dit percentage aanzienlijk hoger (81%).

Tabel 3.3 Samenleefsituatie van de ouders, naar geslacht (in percentages).

<i>Geslacht</i>	<i>Alleen met kind(eren)</i>	<i>Met partner en kind(eren)</i>	<i>Inwonend bij partner</i>	<i>Anders</i>
<i>Man (n=21)</i>	5%	81%	10%	5%
<i>Vrouw (n=33)</i>	42%	49%	3%	6%
<i>Totaal (n=54)</i>	28%	61%	6%	6%

Cliënten die niet samenwonen met een partner hebben soms toch wel een vriend of vriendin. De samenleefsituatie geeft dus niet aan hoeveel procent van de cliënten een partner heeft. Alle mannen en 70% van de vrouwen hebben een partner. Het drugsgebruik van de partner kan invloed hebben op de leefsituatie van de cliënt. Van de mannen met partner gebruikt 62% van hun partners geen drugs, terwijl dit percentage onder de vrouwen met partner op 22% ligt. Mannen blijken dus vaker een partner te hebben die geen drugs gebruikt.

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. Sommigen (9%) combineren betaald werk met de zorg voor de kinderen.

Het grootste deel van de ouders leeft van een uitkering (57%). Maar er zijn eveneens een aantal cliënten (41%) die hun inkomsten via (belastbaar) loon binnenkrijgen. Van deze 41% krijgt 18% dit loon binnen via hun partner. Zelf werken ze niet, maar de belangrijkste inkomstenbron is het loon van de partner. Het percentage cliënten dat financiële schulden heeft is 20%.

Een aantal van de ouders waarmee gesproken is heeft problemen met het onderhouden van hun financiële zaken, en hebben de behoefte aan hulp hierbij. Men zegt altijd eerst ervoor te zorgen dat de kinderen eten hebben alvorens ze aan hun eigen behoeften gaan voldoen. Enkelen krijgen hulp van ouders, familie of vrienden. Meestal wordt die hulp geboden in de vorm van basisbehoeften, bijvoorbeeld luiers of boodschappen. Men geeft liever geen geld om te voorkomen dat ze het aan drugs uitgeven. Hierbij komt vaak een gevoel van wantrouwen boven, maar omdat men de spullen goed kan gebruiken en het meestal om zaken gaat die voor de kinderen nodig zijn is men vaak blij met de hulp. Een aantal ouders zegt een schuld te hebben; de meeste noemen als voorbeeld hun schuld bij de Essent.

Ik heb nu een schuld van 1700 euro bij de Essent, maar daar ben ik nu voor bezig bij de kredietbank om daar nu een lening te pakken. Want anders wordt die afgesloten en dat kan ik niet hebben op dit moment. (R8)

Sociaal leven

Meer dan de helft (69%) van de ouders heeft een sociaal vangnet van familie/ goede vrienden/ partner, waarbij de cliënt terecht kan. Bij driekwart van hen zou dit vangnet ook bestaan uit mensen van buiten de drugscene. Dit betekent dat van de hele groep zeker 17% (het resterende kwart van deze 69%) een sociaal vangnet heeft dat alleen bestaat uit mensen vanuit de drugscene. Enkele cliënten (7%) hebben geen sociaal vangnet. Van 24% kunnen de hulpverleners niet met zekerheid zeggen of zij een sociaal vangnet hebben.

Criminaliteit en verblijfstatus

Van de onderzochte cliënten heeft 9% in het afgelopen jaar enkele justitiële interventies gehad. Daarnaast heeft één van de cliënten geen verblijfsvergunning voor Nederland.

Zorg

Uit de kwalitatieve gegevens blijkt dat een aantal ouders, voornamelijk moeders, slechte ervaringen heeft met het ziekenhuis of andere instellingen. Ze hebben het gevoel dat ze nooit worden vertrouwd.

Als een echte junk werd ik daar behandeld. Elke keer als ik mijn kind pakte om te wassen, werd er meteen naar me gekeken zo van “wat doet zij” en op een gegeven moment durfde ik mijn eigen dochter dus bijna niet meer aan te raken. Ik dacht ik doe alles fout dus laat maar. En dat is natuurlijk ook niet de bedoeling, ze ondersteunden mij daar niet en ze boorden me alleen nog maar meer de grond in. (R1)

Verder lijkt het voor verslaafde ouders niet altijd duidelijk te zijn waar men aan hulp kan komen en welke mogelijkheden er zijn. Hierover zou betere informatie gegeven moeten worden. Een probleem dat bijvoorbeeld enkele keren naar voren komt is dat sommige ouders graag naar een kliniek zouden willen gaan om af te kicken, maar niet weten waar ze hun kinderen in die tijd zouden moeten laten.

Ik wil eigenlijk naar Den Haag, bij P.G. bij Parnassia. Dat is het enige voor moeders met kinderen. En dan heb je in Groningen nog iets maar dat is voor gezinnen met kinderen. Dat duurt wel meer dan een jaar die opname. En de eerste maanden mag je je kind niet bij je hebben dus dan zit ik er weer mee waar die dan naar toe moet weet je wel. Mijn moeder wil hem niet, mijn vader wil hem niet. (R8)

Het ontbreken van een opvangplaats voor ouders met kinderen wordt enkele keren genoemd. Men weet niet waar men terecht zou kunnen als je als ouder met kinderen op straat komt te staan door bijvoorbeeld ruzie met de partner.

Ik zou het wel fijn vinden als er een groep werd opgezet waar moeders met kinderen zeg één keer in de week terechtkunnen, ze hebben hier ruimte genoeg. Vroeger kon je in die ruimtes bij de verstrekking altijd een kop koffie halen. Maar in die tijd was ik nog niet zo verslaafd [...]. Maar als er iets zou kunnen worden opgezet dat die verslaafden met de baby's onder elkaar en met elkaar praten over hoe ze het doen, en ook als je alleenstaand bent geworden onverwachts, om te vertellen hoe zij met hun verslaving om gaan. Want daar lees je eigenlijk niks over, in de Mainline ook niet. (R6)

Daarnaast geven enkele ouders aan dat het goed zou zijn als er een SOS-dienst zou zijn, voor in noodgevallen of het weekend.

Maar ik vind hier die methadonverstrekking voor gezinnen en zo toch wel goed verzorgd, laat ik het zo zeggen. Je krijgt het mee op bepaalde dagen. Met een kind heb je ook bepaalde voorrechten. Maar ten eerste je hebt dus geen SOS-dienst. Mocht er wat gebeuren kun je nergens terecht. In de weekenden kun je nergens terecht. Het zijn wel kleine dingen, maar ze zijn toch erg belangrijk. Dus mocht je iemand nodig hebben kun je hier nergens terecht. (R2)

Het feit dat ouders hun methadon relatief vaak voor de hele week meekrijgen wordt erg gewaardeerd. Maar een van de zaken waar over wordt geklaagd is de verstrekkingstijd. Voor sommige ouders die zelf de kinderen naar school of een crèche brengen vallen de tijden niet goed uit. Zij moeten zich soms haasten om op tijd hun methadon te krijgen.

3.2 Hepatitis C

Het hepatitis C virus is pas in 1989 ontdekt. Het is een van de meest voorkomende oorzaken van een chronische leverontsteking. Besmetting met het hepatitis C virus kan optreden bij direct contact met besmet bloed, bijvoorbeeld door bloedtransfusie (voor 1991), en het delen van injectienaalden, tandenborstels en scheermesjes, rietjes voor het opsnuiven van cocaïne, of tatouaгенаalden (Landelijk Infocentrum Hepatitis, folder). De prevalentie van besmetting met het hepatitis C virus onder drugsgebruikers is afhankelijk van de duur van de periode van intraveneus gebruik. De prevalentie van hepatitis C-antistoffen bij injecterende gebruikers loopt op tot 70 à 80%. Bij drugsgebruikers die melden nooit te hebben gespoten is de prevalentie 10 à 15% (Mainline, 1996). Onder de gehele Nederlandse bevolking heeft waarschijnlijk 0,1% - 0,4% het virus bij zich (Landelijk Infocentrum Hepatitis, folder).

Mensen die besmet zijn met het hepatitis C virus kunnen de lichamelijke schade en de lichamelijke ongemakken beperken door zich te houden aan een aantal leefregels. Dit betekent in eerste instantie het ontzien van de lever; met name het gebruik van alcohol wordt afgeraden. Daarnaast is het raadzaam om stress te vermijden omdat dit de afweer kan verminderen. Medicatie kan eveneens een extra aanslag op de lever zijn. Op benzodiazepinen, barbituraten en andere slaappillen wordt vaak sterk gereageerd (Mainline, 1996).

Hieronder worden de resultaten beschreven die verkregen zijn uit de semi-gestructureerde interviews met 33 cliënten over hepatitis C. Het respondentenkader bestond uit mannen en vrouwen die in het methadonprogramma zitten.

Demografie

De groep van 33 respondenten bestaat uit 6 vrouwen (18%) en 27 mannen (82%). De gemiddelde leeftijd is ruim 39 jaar en de modus is 41 (standaarddeviatie 6.9). De gemiddelde leeftijd van de mannen is 39 jaar (Sd. 6.6) en van de vrouwen 42 (Sd. 8.0). Bijna alle respondenten hebben een Nederlandse herkomst (88%). Verder is 6% van Duitse herkomst 3% van Belgische herkomst en 3% uit overige Europese landen.

Hepatitis C

De respondenten is gevraagd of ze zijn getest op hepatitis C en of ze de uitslag weten. Hieruit blijkt dat 18% niet is getest. De overige 82% (n=27) is wel getest. Hiervan is ruim de helft besmet (zie tabel 3.4).

Tabel 3.4 Hepatitis C besmettingspercentage onder geteste respondenten, in percentages (n=27).

<i>Niet besmet (n=11)</i>	<i>Wel besmet (n=14)</i>	<i>Weet uitslag niet (n=2)</i>
41%	52%	7%

De reden voor degenen die zich hebben laten testen was voor meer dan de helft van de gevallen (56%) omdat men het zelf wilde. Daarnaast heeft 26% zich laten testen omdat zij het gevoel hadden dat dit verplicht was, bijvoorbeeld bij opname in een kliniek of huis van bewaring. Een andere reden die wordt opgegeven is omdat de arts het vroeg (18%).

De plaats waar de test wordt uitgevoerd is in 44% van de gevallen bij het CAD zelf. Verder werden respectievelijk 26% en 22% van de geteste respondenten in het ziekenhuis en bij de GGD getest, 7% deed dit op een andere plaats.

De 14 respondenten die besmet zijn is gevraagd of men de leefregels kent die artsen voorschrijven voor mensen die besmet zijn met hepatitis C. Uit de reacties blijkt dat tweederde (64%) van de besmette respondenten de adviezen die men geeft kent. Van degenen die besmet zijn én de leefregels kennen (n=9) zeggen 2 cliënten zich daadwerkelijk aan deze leefregels te houden, 3 soms en 4 in het geheel niet.

Geen van de 14 besmette cliënten staat onder behandeling van een arts voor de hepatitis C besmetting. Enkele respondenten zeggen erover te denken om hun leverwaarden opnieuw te laten testen om te kijken of hun situatie is veranderd. Één respondent zegt graag te willen worden behandeld met interferon, hij geeft aan veel last van de besmetting te hebben. Deze laatste uit zich dan vooral in vermoeidheid en pijn in het gebied van de lever.

Nee, ik krijg geen medicijnen voor mijn hepatitis C, daar ben ik nog niet voor behandeld. Ik laat me wel sporadisch prikken. Ze willen om de drie maanden, maar ik ga meestal om het jaar. [...] Ik ben nu in september voor het laatst geweest, bijna een jaar geleden. Ik moet nu maar weer eens een afspraak gaan maken. Maar ik vind je lichaam geeft dat toch zelf aan, de mensen merken dat wel maar ja het is beter natuurlijk met medische begeleiding. Om de drie maanden. (R7)

In totaal geeft de helft van de respondenten die besmet zijn aan dat ze (soms) lichamelijk last hebben van het feit dat ze hepatitis C hebben. Van deze groep weet eveneens de helft niet zeker of deze lichamelijke klachten gerelateerd zijn aan de hepatitis C besmetting. Zij denken dat het ook mogelijk is dat de klachten een andere oorzaak hebben.

Aan alle respondenten is de vraag voorgelegd hoe ze hepatitis C zouden kunnen oplopen en wat de gevolgen er van zijn voor henzelf en hun omgeving. Er is gevraagd een uitgebreide uitleg te geven en vervolgens is door de onderzoeker bepaald of de kennis hieromtrent volledig is of niet. In tabel 3.5 wordt aangegeven hoe de kennis van deze zaken is onder de besmette en niet-besmette cliënten. Uit deze gegevens blijkt dat de meeste cliënten redelijk tot goed weten hoe ze hepatitis C kunnen oplopen. Van de besmette cliënten is een groter deel (71%) goed op de hoogte dan van de niet-besmette groep (37%). De niet-besmette cliënten hebben vaker (47%) een beperkte kennis over de wijze van besmetting dan besmette cliënten (14%), dat wil zeggen dat zij enkel het delen van spuiten als mogelijkheid voor besmetting noemen. Besmet of niet besmet: rond de 15% zegt geheel niet te weten hoe ze hepatitis C kunnen oplopen.

Tabel 3.5 Kennis over risico op besmetting en gevolgen van hepatitis C onder besmette en niet-besmette cliënten, in percentages (n=33).

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

De kennis over de gevolgen van hepatitis C besmetting is onder de ondervraagde respondenten redelijk goed te noemen. Er is hierin geen duidelijk verschil tussen de groep besmette en niet-besmette cliënten te zien. Gemiddeld 58% heeft een (redelijk) uitgebreide kennis over de gevolgen van hepatitis C. Zij denken bijvoorbeeld dat hepatitis C levercirrose als gevolg kan hebben. De groep met beperkte kennis weet alleen te vermelden dat hepatitis “iets met de lever” heeft te maken. Gemiddeld 21% geeft aan geen idee te hebben wat het betekent of inhoudt 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. 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.

Er is onder de respondenten ook nagegaan of ze meer informatie zouden willen krijgen over hepatitis C. De resultaten staan in tabel 3.6 weergegeven.

Tabel 3.6 Meer willen weten over het risico op en gevolgen van hepatitis C, in percentages (n=33).

<i>Meer willen weten:</i>	<i>Wel besmet (n=14)</i>	<i>Niet besmet/weet niet (n=19)</i>
<i>Nee</i>	64%	26%
<i>Ja</i>	36%	47%
<i>Alleen bij besmetting</i>	n.v.t.	26%

Hieruit valt op te maken dat cliënten die niet besmet zijn vaker meer informatie over hepatitis C willen dan de besmette groep. In tabel 3.5 was al te zien dat de niet-besmette cliënten minder afweten van de besmettingsrisico's dan de besmette groep. Hiermee zou dit verschil in informatiebehoefte wellicht kunnen worden verklaard. Verder zegt een deel (26%) van de niet-besmette groep alleen meer te willen weten als ze zelf besmet zouden zijn met hepatitis C.

Als er een standaard screening voor hepatitis C zou worden gehouden bij het CAD, dan zouden bijna alle respondenten hieraan 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 blijken te hebben zijn bang om geïnfecteerd te raken (89%). De andere 11% zegt het niets te kunnen schelen of ze geïnfecteerd raken.

Middelengebruik

De respondenten is gevraagd welke soort middel men nu het meest gebruikt. De uitkomsten hiervan staan in tabel 3.7 vermeld. Hierin wordt in percentages het meest gebruikte middel weergegeven.

Tabel 3.7 Soort middel dat nu het meest wordt gebruikt, in percentages (n=33).

<i>Heroïne</i>	<i>Cocaïne</i>	<i>Methadon</i>	<i>Medicijnen</i>
64%	15%	12%	9%

Hieruit blijkt dat 64% van de respondenten voornamelijk heroïne gebruikt. Daarna wordt cocaïne als voornaamste middel genoemd en 12% van de respondenten hebben methadon als voornaamste middel. Alle respondenten gaven aan één of meerdere andere drugs naast methadon te gebruiken. 30% van de ondervraagden geeft aan niet dagelijks drugs bij te gebruiken naast de methadon.

Aangezien het hepatitis C virus voor een groot deel wordt verspreid via het delen van spuiten is de respondenten gevraagd of zij ooit drugs hebben gespoten en of zij altijd schone naalden hebben gebruikt. Uit tabel 3.8 blijkt dat bijna driekwart van degenen die besmet zijn wel eens vuile spuiten heeft gebruikt, tegenover een kwart van de niet-besmette groep. Ook valt op dat een derde van de niet-besmette groep nooit drugs heeft gespoten, tegenover 7% (1 respondent) van de besmette groep.

Tabel 3.8 Spuitgedrag in het verleden onder besmette en niet-besmette cliënten, in percentages (n=33).

<i>Ooit drugs gespoten:</i>	<i>Wel besmet (n=14)</i>	<i>Niet besmet/ weet niet (n=19)</i>
<i>Nee</i>	7%	32%
<i>Ja, met schone spuiten</i>	21%	37%
<i>Ja, (ook) met vuile spuiten</i>	71%	26%
<i>Weet niet meer</i>	0%	5%

Als de respondenten wordt gevraagd hoeveel glazen alcohol zij drinken op een ‘gemiddelde drinkdag’ (het gemiddelde aantal glazen dat men drinkt, als men drinkt), dan blijkt dat een kwart (24%) meer dan 16 glazen per keer drinkt. Onder de besmette groep bevinden zich ongeveer evenveel cliënten die dit doen als in de niet-besmette groep. Dit betekent echter niet dat zij dit dagelijks doen; hiervoor is een andere vraag gesteld naar het gemiddeld aantal glazen dat men per dag drinkt. Het percentage cliënten dat gemiddeld 5 of meer glazen alcohol per dag drinkt is in de besmette groep wat lager (36%) dan in de niet-besmette groep (53%) (zie tabel 3.9). Een kwart (24%) van alle cliënten zegt niet dagelijks maar circa drie keer per week meer dan 5 glazen alcohol te nuttigen. Daarnaast is het percentage niet-drinkers onder de respondenten die hepatitis C hebben iets hoger: 29%, tegenover 16% in de niet-besmette groep. Een paar besmette cliënten zeggen dat ze alcohol niet goed meer verdragen en daardoor minder alcohol zijn gaan drinken. Een enkeling is geheel gestopt.

Tabel 3.9 Frequentie waarmee cliënten meer dan 5 glazen alcohol per keer drinken, in percentages (n=33).

<i>Wel of niet besmet:</i>	<i>Minder dan 1x per week</i>	<i>Circa 3x per week</i>	<i>Dagelijks</i>	<i>Drinkt niet</i>
Wel besmet (n=14)	14%	21%	36%	29%
Niet besmet/ weet niet (n=19)	5%	26%	53%	16%

Gezondheid

Buiten de mogelijke lichamelijke klachten die de respondenten kunnen hebben door de hepatitis C besmetting is nagegaan of men last heeft van (andere) lichamelijke klachten. 61% zegt geen lichamelijke klachten te hebben, 39% wel. De klachten variëren van blijvende last van een gebroken arm of been tot algehele lichamelijke klachten zoals vermoeidheid, of last van de maag of de lever. Hiv-besmetting of aids komt bij 21% van de respondenten voor. In een aantal gevallen is sprake van meer dan één lichamelijke aandoening. Eveneens komt het voor dat respondenten die besmet zijn met het hepatitis C virus vaak niet weten of de lichamelijke klachten die zij ervaren te maken hebben met de besmetting, of dat de klachten een andere oorzaak hebben.

Psychische klachten worden in 12% van de gevallen genoemd. 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.

Wonen

Van de respondenten woont 36% in Maastricht, 15% in Heerlen, 21% in Sittard, 9% in Brunssum, 9% in Hoensbroek en 9% in Kerkrade. 18% heeft geen vast onderdak. Het percentage alleenstaanden is 39%, daarnaast woont 18% samen met zijn of haar partner. Er is tevens één alleenstaande ouder in deze groep.

Tabel 3.10 Huidige woonsituatie, in percentages (n=33).

<i>Eigen woning</i>	<i>Kamer onderhuur</i>	<i>Dakloos</i>	<i>Kamer officieel gehuurd</i>	<i>Ouders</i>	<i>Anders</i>
64%	3%	18%	3%	9%	3%

Dagbesteding en inkomsten

De verschillende dagelijkse bezigheden van de respondenten is verdeeld op de volgende wijze. Het grootste deel (46%) zegt niets te doen; na wat doorvragen zeggen de meeste dat ze vooral rondlopen

op straat, en aan geld voor drugs proberen te komen. Sommigen zitten vooral thuis voor de tv. 18% zegt vooral bezig te zijn met het huishouden, 9% heeft betaald werk, 6% doet vrijwilligerswerk, 12% verricht voornamelijk zwart werk en 6% vult zijn dagen vooral met dealen.

Bijna alle respondenten hebben een uitkering, namelijk 94%. Meer dan de helft (61%) geeft aan meer dan €2000 aan schulden of achterstallige betalingen te hebben.

Zorg

Met de cliënten is gesproken over hulpverleningservaring en de zorgbehoefte. Buiten de vraag naar methadon hebben veel cliënten geen verdere hulpvraag, velen zeggen enkel te komen voor hun methadon en soms om wat contact te hebben met anderen. Een aantal cliënten geeft aan dat ze het jammer vinden dat ze geen koffie (meer) krijgen bij de methadon verstrekking en dat het verdwijnen van de zitkamer als gemis wordt gezien.

Uit de gesprekken blijkt dat veel cliënten niet altijd op het idee komen om te melden dat ze een bepaalde hulpvraag hebben. Wanneer men sprak over het feit dat de hulpverleners geen extra hulp aanbieden bijvoorbeeld met betrekking tot hun gezondheidstoestand of financiële situatie, bleek niet iedereen hiervoor aan de hulpverleners hulp te hebben gevraagd.

De verstrekkingstijden van de methadon geven in veel gevallen eveneens reden tot klagen. Men ervaart de driedaagse verstrekking soms als belemmering. Cliënten die liever niets met de drugscene te maken hebben of cliënten die werk hebben, geven vooral de voorkeur aan het een maal per week ophalen van hun methadon. Sommige operen de voorkeur aan het afhalen van de methadon bij de huisarts of apotheek.

Daarnaast hebben de cliënten behoefte aan praktische hulp in de vorm van opvang, begeleiding bij het beheren van hun financiën, hulp bij het zoeken van werk of het opnieuw in de maatschappij terechtkomen nadat men in een kliniek of in het huis van bewaring heeft gezeten.

Dat er meer dingen worden gedaan voor erbij. Dat je een beetje een dagindeling krijgt. Het is als je hepatitis hebt, of als je aan de methadon bent gewoon heel moeilijk om aan werk te komen. Ik ben nu wel sinds kort bezig met een man, meneer X, dat is een verpleger/hulpverlener. Die bij je thuis komt. En die was aan het kijken dan of er vrijwilligerswerk was zeg maar. Dat ik iets te doen heb. (R3)

Dat was ook vroeger toen ik in de gevangenis zat, dat is ook precies hetzelfde daar. Als je straf er op zit, ook al heb je drie of tien jaar gezeten, dan sta je op straat met een plastic zakkie, dan sta je buiten de poort en dan is het Adios Zoek Het Maar Uit. Kun je alle instanties af gaan rennen. Ik vind gewoon dat de instanties moeten regelen dat als iemand buiten komt, dat alles al geregeld is. Ze weten namelijk al maanden van tevoren als iemand op straat komt (vrij komt). Maar dat gebeurt niet. Dat vind ik een slechte zaak. Vooral omdat het probleem mensen zijn. En daar maak je dan ook echt probleem mensen van. Ze worden er alleen maar erger van. Ze helpen hen niet, nee ze trappen mensen alleen maar dieper in principe. (R7)

Cliënten blijken behoefte te hebben aan zorg op maat. Ze lopen regelmatig tegen algemeen geldende regels en methoden aan die hun individuele situatie niet vergemakkelijken.

4. Conclusie en aanbevelingen

4.1 Conclusies per doelgroep en discussie

Ouders die zelf jonge kinderen opvoeden

Om dit cliëntprofiel op te stellen zijn kwantitatieve gegevens verzameld onder 54 methadoncliënten in Limburg met thuiswonende kinderen in de leeftijd van 1 tot en met 12 jaar. De informatie is verkregen via de hulpverleners in de methadonprogramma's. Bij 15 ouders is bovendien door de onderzoeker een semi-gestructureerd interview afgenomen. Van alle methadoncliënten die in de registratie van het jaar 2000 voorkomen behoren volgens deze criteria rond de 57 ouders tot deze doelgroep, dus waarschijnlijk is een groot deel hiervan bereikt. Echter, de cliëntenregistratie is niet helemaal volledig, zodat sommige cliënten wellicht over het hoofd zijn gezien. Overigens zijn er in Limburg veel meer cliënten met jonge kinderen, maar in veel gevallen zijn deze kinderen uit huis geplaatst. Daarmee behoren zij niet tot de doelgroep van dit cliëntprofiel.

Ruim de helft van de onderzoeksgroep bestaat uit vrouwen (61%). Dit is veel hoger dan onder methadoncliënten in het algemeen (Driessen e.a. 1999; Van Driel & Wierdsma 1999) waar de verhouding man-vrouw ongeveer 3:1 is. Kennelijk nemen meer vrouwen dan mannen uiteindelijk de zorg voor de kinderen op zich. Er zijn twee stellen bekend waarvan zowel over de man als de vrouw gegevens zijn verkregen. Het is echter niet uitgesloten dat er meer stellen in de onderzoeksgroep voorkomen.

De gemiddelde leeftijd van de ouders is 38 jaar. De culturele herkomst is voornamelijk Nederlands (80%) of West-Europees (11%). Van de 54 cliënten zijn er 29 met één thuiswonend kind van 1-12 jaar oud, 18 met twee kinderen en 7 ouders met drie kinderen van deze leeftijd.

Alle ouders gebruiken – vanzelfsprekend, als methadoncliënt - methadon, in driekwart van de gevallen al langer dan vijf jaar. Ruim een derde gebruikt dagelijks heroïne, 15% dagelijks cocaïne. Een vijfde gebruikt dagelijks grote hoeveelheden (>5 glazen) alcohol en bijna evenveel (16%) cliënten gebruiken dagelijks medicijnen voor de roes. Voor een stabiele opvoedingssituatie is het van belang of de ouders het middelengebruik goed onder controle hebben. Het drugsgebruik blijkt bij 67% stabiel te zijn, wisselend bij 13% en bij 19% wisselend met perioden van extreem gebruik. Bij deze laatste groep zou aandacht besteed moeten worden aan een verbetering van de zelfcontrole op het gebruik, of eventueel het stoppen met gebruik. 39% van de cliënten heeft in de afgelopen twee jaar een serieuze stoppoging ondernomen. Op dit moment zou volgens de hulpverleners 54% van de opvoeders willen stoppen met het gebruik van methadon en andere middelen.

Hulpverleners blijken weinig zicht te hebben op de toestand van de kinderen. Zover men de gezondheidstoestand en het gedrag van de kinderen kan bepalen kunnen deze in de meeste gevallen als normaal worden beschouwd. Sommige ouders geven aan dat ze zich schuldig voelen over hun gebruik en hun problemen, waardoor ze hun kinderen misschien niet genoeg kunnen bieden. Daardoor worden ze te toegeeflijk. Ze kunnen moeilijk nee (blijven) zeggen, waardoor het kind uiteindelijk toch zijn zin krijgt en steeds lastiger wordt. Of dit probleem zich onder verslaafden meer voordoet dan onder niet-verslaafde ouders is op basis van dit onderzoek niet te zeggen. Wel lijkt het van belang aandacht te besteden aan dit probleem bij de opvoedingsondersteuning.

De kinderen worden in de meeste gevallen (69%) door twee ouders opgevoed. Er zijn aanzienlijk meer alleenwonende moeders dan vaders, namelijk 42% tegenover 5%. Van de vrouwen heeft 70% een partner, waarmee ze dus niet altijd samenwonen. 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. De hulpverleners schatten in dat 13% van hun cliënten behoefte heeft aan opvoedingshulp. Ook denken ze dat 19% hulp wil voor hun psychische problemen, meestal hulp bij het omgaan met de nieuwe situatie als ouder. Deze groepen overlappen deels.

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 je partner. Ook is het voor sommige cliënten die willen afkicken onduidelijk waar hun kinderen worden opgevangen wanneer zij hiervoor worden opgenomen. Er lijkt behoefte te bestaan aan een opvang 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 altijd aan bij het dagritme van ouders die zelf de kinderen naar school of een crèche brengen.

De dagelijkse bezigheid van bijna de helft van de ouders is het huishouden en het verzorgen van kind(eren). Daarnaast heeft een derde van de cliënten betaald werk en een enkeling doet vrijwilligerswerk. Een enkeling heeft betaald werk én zorgt voor de kinderen. Relatief veel ouders hebben betaald werk in vergelijking met Limburgse drugsgebruikers in het algemeen (15%, Coumans & Knibbe 2002).

Ruim de helft van de ouders leeft van een uitkering, maar er zijn eveneens veel cliënten die hun inkomsten via (belastbaar) loon binnenkrijgt, ook via de partner. Een vijfde heeft schulden; een aantal ouders heeft behoefte aan hulp op het gebied van financiën. Enkelen krijgen hulp van ouders, familie of vrienden, echter meestal geen geld (om te voorkomen dat het aan drugs wordt uitgegeven). Twee derde van de ouders heeft een sociaal vangnet. Bij het merendeel zou dit vangnet ook bestaan uit mensen van buiten de drugscene.

Methadoncliënten met (risico op) hepatitis C

Dit cliëntprofiel betreft methadoncliënten in Limburg, waarvan een deel is besmet met hepatitis C en een deel niet. Met 33 methadoncliënten (6 vrouwen en 27 mannen) is een gesprek gevoerd waarin de nadruk lag op hepatitis C besmetting, de kennis over deze besmettelijke leveraandoening en de zorgbehoefte. Van de 33 respondenten zijn zeker 14 besmet met hepatitis C. 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.

De gemiddelde leeftijd is ruim 39 jaar. De culturele herkomst is voornamelijk Nederlands (88%) of West-Europees (12%, met name Duits en Belgisch). Bij deze gegevens dient nogmaals te worden benadrukt dat ze niet representatief zijn voor de gehele populatie van methadoncliënten in Limburg. Ook zeggen de percentages niets over de samenstelling van een specifieke risicogroep voor hepatitis C. Wel zijn ze van belang als achtergrondinformatie bij de overige resultaten. Het maakt bijvoorbeeld verschil of we voornamelijk met allochtonen of autochtonen te maken hebben, of met jongere of oudere methadoncliënten.

Een groot deel van de cliënten is getest op hepatitis C (82%), waarvan de helft (52%, n=14) besmet blijkt te zijn. Onder degenen die ooit intraveneus drugs hebben gebruikt en getest zijn (n=23) is 57% besmet. Dit percentage is lager dan eerder in Heerlen en Maastricht werd gevonden onder ooit injecterende drugsgebruikers (74%, Van Laar e.a., 2002) maar is hoger dan de 42% onder deze groep in de laatste DMS-gegevens (Coumans & Knibbe, 2002). Vergelijking wordt echter bemoeilijkt door

het verschil in onderzoekspopulaties (methadoncliënten in het huidige onderzoek versus drugsgebruikers in het algemeen) en de niet-representatieve steekproef in het huidige onderzoek. Interessanter is de houding en kennis die besmette en niet-besmette cliënten hebben ten aanzien van hepatitis C. Geen van de besmette cliënten staat hiervoor onder behandeling van een arts. De 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 tweederde de adviezen die men geeft kent. Daar tegenover staat dat van degenen die besmet zijn en de regels kennen (n=9) maar 2 cliënten zich daadwerkelijk aan deze leefregels zegen te houden, 3 soms en 4 in het geheel niet.

Het hepatitis C virus wordt voor een groot deel verspreid via het delen van spuiten. Van degenen die besmet zijn heeft bijna driekwart (71%) ooit vuile spuiten gebruikt, tegenover een kwart (26%) van de niet-besmette cliënten. Deze resultaten bevestigen dat het delen van spuiten een duidelijke risicofactor is.

Besmette cliënten zijn met name over de wijze van besmetting vaker volledig geïnformeerd (71%) dan de niet-besmette groep (37%). Sommige besmette en niet-besmette cliënten weten echter helemaal niet hoe ze hepatitis C kunnen oplopen. Dat besmette cliënten redelijk goed geïnformeerd zijn is vanuit preventief oogpunt van groot belang: dit voorkomt wellicht dat zij anderen besmetten. De kennis over de gevolgen van hepatitis C is in beide groepen redelijk goed te noemen. Bijna de helft 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. Uit alle resultaten over kennis en informatiebehoefte kan worden geconcludeerd dat de meesten pas informatie over de besmettingsrisico's krijgen of willen hebben nádat bekend is geworden dat zij besmet zijn. Aan een standaard screening voor hepatitis C, bijvoorbeeld bij het CAD Limburg, zouden echter bijna alle respondenten mee willen doen.

Alcoholgebruik wordt ontraden bij hepatitis C in verband met de belasting voor de lever. Desondanks wordt onder de geïnterviewde besmette methadoncliënten stevig gedronken: 36% drinkt dagelijks gemiddeld meer dan 5 glazen alcohol. Dit is niet veel lager dan in de niet-besmette groep (53%). Deze resultaten komen overeen met de eerder genoemde bevinding dat een groot deel van de besmette cliënten zich niet (altijd) aan de leefregels houdt.

Alle 33 cliënten is gevraagd of men last heeft van (andere) lichamelijke klachten. 61% zegt geen lichamelijke klachten te hebben; 39% heeft deze wel. Hiv-besmetting of aids komt bij 21% van de geïnterviewde methadoncliënten voor. Psychische klachten komen weinig voor (12%).

Met de cliënten is gesproken over hun ervaringen met de zorg en hun zorgbehoefte. Buiten de vraag naar methadon hebben veel cliënten geen verdere hulpvraag, 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 methadonverstrekking, en het verdwijnen van de zitkamer wordt als een gemis gezien. Na enig doorvragen blijkt dat veel cliënten toch een hulpvraag hebben, maar deze niet altijd uiten. Er is behoefte aan praktische hulp in de vorm van opvang, begeleiding bij de financiën, hulp bij het zoeken van werk of reïntegratie na een verblijf in een kliniek of een periode van detentie. Deze resultaten kunnen worden verklaard door de bevinding van Coumans & Knibbe (2001) dat de behoefte aan hulp voor problemen op de diverse leefgebieden wordt verdrongen door de drang naar het gebruik van drugs. Cliënten hebben veel latente behoeften, die wellicht pas naar boven komen wanneer de drugsgebruiker geprikkeld wordt, bijvoorbeeld doordat een concrete voorziening geopend wordt die aansluit bij deze latente zorgbehoefte.

18% van de onderzochte groep heeft geen vast onderdak. De woonsituatie van besmette cliënten verschilt niet noemenswaardig van niet-besmette cliënten. Wat betreft dagbesteding en inkomen valt op dat meer dan de helft geen duidelijke dagactiviteit heeft en dat vrijwel alle cliënten een uitkering

ontvangen. Meer dan de helft (61%) geeft aan meer dan € 2000 aan schulden of achterstallige betalingen te hebben. Op deze punten zijn geen duidelijke verschillen te zien tussen besmette en niet-besmette cliënten.

4.2 Reflectie en methodische aanbevelingen

In het algemeen kan worden gesteld dat een combinatie van kwalitatieve gegevens en kwantitatieve gegevens noodzakelijk is om een volledig cliëntprofiel op te kunnen stellen. De kwalitatieve gegevens zijn met name van belang om de zorgbehoefte van cliënten te achterhalen, voor zover deze nog niet bekend is. In 4.3 zal worden ingegaan op aanbevelingen voor de zorg, die voortvloeien uit de resultaten van dit onderzoek.

De samenstelling van de groep cliënten met thuiswonende jonge kinderen is hoogstwaarschijnlijk representatief voor alle cliënten met thuiswonende jonge kinderen in Limburg, doordat vrijwel alle cliënten waarvan bekend is dat zij tot deze groep horen bereikt zijn. De kwaliteit van de gegevens die hulpverleners hebben gerapporteerd over hun cliënten die thuiswonende jonge kinderen hebben is wisselend doordat van sommige cliënten weinig gegevens bekend zijn. Hulpverleners is gevraagd alleen gegevens in te vullen waarvan ze zeker weten dat ze kloppen. Een deel van de ouders zit in de caseload van een hulpverlener: hulpverlener en cliënt zien elkaar in dit geval frequent en niet alleen tijdens de methadon verstrekking. Voor deze groep cliënten, die dus een eigen hulpverlener hebben, is de verwachting dat de vragenlijsten met gegevens over de cliënten goed ingevuld kunnen worden. Er zijn echter ook cliënten zonder verdere hulpvraag; zij hebben geen persoonlijke hulpverlener. Het contact met deze cliënten is minder intensief en bestaat enkel uit het verstrekken van methadon. Daardoor is het voor hulpverleners minder goed mogelijk geweest om de vragenlijsten voor deze groep volledig in te vullen. Er is vaak minder bekend over deze groep door het minimale contact.

De samenstelling van de groep cliënten die zijn benaderd voor het opstellen van het profiel rond hepatitis C is zoals eerder gezegd niet representatief. Hier is een meer kwalitatieve benadering gekozen, en is waar mogelijk een vergelijking gemaakt tussen cliënten met en zonder hepatitis C. Het is niet exact bekend welke selectieprocessen zich hebben voorgedaan bij de benadering van cliënten, met name bij degenen die denken niet besmet te zijn met het hepatitis C virus. De verwachting is echter dat er weinig selectie heeft plaatsgevonden: de cliënten zijn willekeurig benaderd op het moment dat zij methadon kwamen halen op de methadonpost. Vanwege de financiële vergoeding hebben weinig cliënten een interview geweigerd. De kwaliteit van de gegevens die de onderzoeker heeft verzameld onder cliënten met en zonder hepatitis C is goed. Voor zover bekend was het voor de cliënten goed duidelijk dat de onderzoeker de gegevens vertrouwelijk zou behandelen, zodat de 'medisch wenselijke antwoorden' (over bijvoorbeeld alcoholgebruik) zoveel mogelijk achterwege zouden blijven.

De kleinschalige opzet van het onderzoek is van belang om de toepasbaarheid van de richtlijn cliëntprofielen te vergroten. Wanneer aan de richtlijn onderzoeken zijn gekoppeld die teveel vragen van het budget van verslavingszorginstellingen is de kans dat de richtlijn vaker wordt toegepast gering. De kleinschalige opzet brengt echter een aantal beperkingen met zich mee. Zo maakte het korte tijdsbestek waarin de dataverzameling en analyse plaatsvond het niet mogelijk om uitgebreide statistische analyses te doen, of om te toetsen of verschillen daadwerkelijk significant zijn. Ook de gekozen werkwijze - het inschakelen van hulpverleners bij het invullen van vragenlijsten - heeft deels een inhoudelijke achtergrond (gebruik maken van hun kennis van de cliënten), maar ook een financiële. Tegenover het voordeel dat zij kennis hebben van de doelgroep, staat het nadeel dat zij

door hun gebrek aan onderzoekservaring de vragenlijsten minder goed kunnen invullen dan een onderzoeker zelf zou doen. Het gaat dan bijvoorbeeld om het bewust zijn van het belang van het invullen van de antwoordcategorie 'weet niet' in plaats van helemaal niets in te vullen. Ondanks de duidelijke instructie bij de vragenlijst blijven dit soort aspecten een rol spelen.

4.3 Aanbevelingen zorg

Ouders

Voor een adequater zorgaanbod vanuit de verslavingszorg aan verslaafde ouders zijn de volgende punten uit het onderzoek naar voren gekomen:

1. Een hulpverlener van de verslavingszorg of een andere hulpverlener moet als taak toegewezen krijgen om de invulling van het ouderschap door verslaafden te monitoren en zo vroegtijdig mogelijk aan te spreken op ongewenste ontwikkelingen.

Veel kinderen zijn niet of nauwelijks in beeld van de verslavingszorg, en of het nu de taak is van de verslavingszorg is of van andere instanties: deze kinderen zouden vanuit preventief oogpunt meer structureel in beeld moeten blijven van de hulpverlening.

2. De verslavingszorg kan - al dan niet in samenwerking met andere instellingen - de volgende vormen aan ondersteuning aanbieden aan verslaafde ouders:

- lotgenotencontact;
- deskundigheid beschikbaar stellen voor specifieke vragen van ouders;
- ondersteuning van het bestaande sociaal netwerk van niet-verslaafden ten behoeve van de invulling van het ouderschap.

In de resultaten van deze doelgroepanalyse valt op dat meer vrouwen dan mannen er alleen voor staan. Het is met name bij deze groep belangrijk om aandacht te besteden aan het versterken van het zelfvertrouwen, zo blijkt uit het onderzoek.

Opvoedingsondersteuning is gewenst bijvoorbeeld via een inloopcentrum voor cliënten met kinderen, voor deskundig advies en lotgenotencontact. Geldbeheer verdient, in verband met de verantwoording over de kinderen, extra aandacht bij deze groep. Van een deel van de ouders (17%) is duidelijk dat het sociaal vangnet volledig bestaat uit mensen vanuit de drugscene. Bij hen zou aandacht moeten worden besteed aan het herstel van banden met niet-drugsgebruikende familie en/of vrienden. Bij degenen met een vangnet van onder meer niet-drugsgebruikers (circa de helft van de onderzochte groep) zou moeten worden nagegaan of deze contacten kunnen worden benut bij de opvoedingsondersteuning. Tenslotte zouden de ouders beter geïnformeerd moeten worden over hulpverleningsmogelijkheden in relatie tot de kinderen (zoals opvang van de kinderen bij opname in een kliniek).

3. *Het ontwikkelen van een hulpverleningsaanbod specifiek gericht op extreem en ongecontroleerd gebruik door verslaafde ouders, waarbij opvang van de kinderen verzorgd is.*

Het middelengebruik van de ouders is bij een vijfde instabiel met perioden van extreem gebruik. Vanwege de ongewenste gevolgen die dit kan hebben voor de opvoedingssituatie is het van groot belang deze cliënten in het zicht te houden en extra te ondersteunen.

Hepatitis C

Voor een zorgaanbod rondom hepatitis C zijn de volgende actiepunten te benoemen:

4. *Een intensieve voorlichtingscampagne, ervan uitgaande dat bij een heel groot deel van de risicogroep de 'motivation to comply' niet optimaal is. Dit stelt overigens specifieke eisen aan de voorlichting.*

Tweederde van de hepatitis C-besmette cliënten kent de leefregels bij besmetting. Echter, de cliënten in dit onderzoek die besmet zijn én de regels kennen houden zich slecht aan deze regels. Kennelijk is het beschikken over de benodigde kennis niet voldoende. Er zal dus meer aandacht moeten worden besteed aan de zaken die voor de cliënten het toepassen van hun kennis in de weg staan. Zo hebben zij wellicht hulp nodig bij het onder controle houden van het alcoholgebruik. Ook dient te worden voorkomen dat zij door hun gedrag anderen besmetten.

5. *Naast voorlichting zijn specifiekere middelen nodig om de gewenste gedragsverandering teweeg te brengen. Daarom zou voorlichting via 'peers' (d.w.z. medeverslaafden die het belang van het houden aan regels duidelijk kunnen overdragen) opgezet moeten worden.*

De niet-besmette cliënten zijn over de wijze van besmetting slecht geïnformeerd (37%). Enkele besmette en niet-besmette cliënten weten helemaal niet hoe ze hepatitis C kunnen oplopen. Hier valt dus nog veel winst te behalen. Bijna de helft van de niet-besmette groep zou meer willen weten over hepatitis C. Maar uit alle resultaten over kennis en informatiebehoefte blijkt ook dat veel cliënten bij de dag leven: zij hoeven pas informatie over de besmettingsrisico's als het al te laat is (nádat bekend is geworden dat zij besmet zijn). Aan een eventuele standaard screening voor hepatitis C, bijvoorbeeld bij het CAD Limburg, zouden echter bijna alle respondenten mee willen doen. Een groot deel van de cliënten is overigens al wel eens getest op hepatitis C (82%). Kennelijk zijn er mogelijkheden genoeg om te testen; uitbreiding van deze mogelijkheden lijkt dan ook niet noodzakelijk.

6. Voor de besmette cliënten geldt dat verkend moet worden of het opzetten van zelfhulpgroepen een adequaat middel is. Ook zou moeten worden nagegaan welke mogelijkheden er zijn om via het sociale netwerk van de verslaafden te komen tot een betere conformering aan de regels.

Bovenstaande punten zouden in (door het CAD te ontwikkelen) specifieke hulpverleningsprotocollen opgenomen dienen te worden. Na 1 jaar zou met de hulpverleners die met deze protocollen gewerkt hebben geëvalueerd dienen te worden om te kunnen bepalen of bijstelling wenselijk is.

Literatuur

- Boel M (2002). Casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders. Utrecht: GGZ Nederland.
- Coumans AM & RA Knibbe (2002). *Druggebruikers in Parkstad Limburg: Trends en profielen*. Rotterdam/Maastricht: Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving.
- Coumans AM & RA Knibbe (2001). *Druggebruikers in Parkstad Limburg: Noden en Behoeften*. Rotterdam/Maastricht: Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving.
- Driessen FMHM, BGM Völker, J Kregting, B van der Lelij (1999). *De ontwikkeling van de situatie van methadoncliënten gedurende twee jaar*. Den Haag/Utrecht: Bureau Driessen.
- Formannoy L, G de Vries & M Wauters (2001). *Drugsverslaafde ouders: over hulpverlening aan drugsverslaafde ouders en hun kinderen*. Sittard: Scriptie.
- Groeneweg BF, MG Lechner-van de Noort (1988). *Kinderen van drugsverslaafde ouders: opvoeding en ontwikkeling*. Delft: Eburon.
- Keesmaat M (1989). *Harddruggebruikende vrouwen*. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
- Keuken J van der (1990). *Alcohol, kind en gezin*. Vlissingen: Robro-Sneldruk.
- Laar MW van, AAN Cruys, HGM Rigter, JEE Verdurmen, RF Meijer, MMJ van Ooyen (red.) (2002). *Nationale Drugmonitor – Jaarbericht 2002*. Utrecht: Bureau NDM, Trimbos-instituut.
- Landelijk Infocentrum HEPATITIS, *Hepatitis C*, folder.
- Mainline (1996). *Hepatitis C; Informatie voor druggebruikers en ex-druggebruikers*. Amsterdam: De Volharding.
- Meurs A & W Knöptels (1996). *Hulpverlening aan kinderen van ouders met een problematisch alcohol- of druggebruik: een voorstudie*. Maastricht: Stichting Pro Infantibus.
- Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid (1999). *Referentiekader: Resultaten Scoren in de sociale verslavingszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Wits E (2000). *Cliëntprofielen in de Sociale Verslavingszorg: ontwikkeling van een richtlijn voor de inventarisatie van cliëntprofielen onder langdurig verslaafden. Deel 1: literatuurstudie & concept richtlijn*. Utrecht: Resultaten Scoren; Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid & Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving.

Bijlage I Topiclijst kwalitatieve interviews ouders

Respondent (of nr):
Geslacht:
Locatie:

leeftijd:
Contact via:

1. Problematiek

Kun je iets vertellen over de problemen die je ervaart?

Wat hebben die problemen voor gevolgen voor je leven?

- a) Verslaving
- b) Psychisch
- c) Lichamelijk (ook zwangerschap)
- d) Financiën
- e) Sociaal
- f) Dagbesteding/ werken
- g) Wonen / huishouden
- h) Opvoeding kinderen

2. Gekregen hulp

Kun je kort zeggen wat voor type hulp je bij je problemen hebt gehad?

- a) Waar, wat, hoe (afgelopen 2 jaar)
- b) Wat vond je ervan
- c) Hulp met betrekking tot kinderen

Hulpvragen:

Waren er dingen die jou erg geholpen hebben?

Waren er dingen die jou juist helemaal niet geholpen hebben/

Miste je iets?

3. Behoeft & zorgbehoefte

Wat zou je willen veranderen aan je problemen?

Wat heb je nodig om met je problemen om te gaan?

- a) waarom dat nodig? (ervaring / van horen zeggen)
- b) hulp bij willen
- c) wat voor hulp / verwachting
- d) belangrijkste dingen bij hulpverlening

Hulpvragen:

Als je zelf hulpverlener zou zijn (inhoudelijk)

Als je zelf directeur zou zijn (organisatorisch)

Vragenlijst
Clïëntprofielen ouders

Dit onderzoek wordt uitgevoerd in samenwerking met CAD Limburg. Deze vragenlijst is eigendom van het Instituut voor Verslavingsonderzoek (IVO):

Heemraadssingel 194

IVO

3021 DM Rotterdam

Met vragen over het onderzoek kunt u terecht bij Tinneke Beirens **Telefoonnummer: 043-3503574**
of Elske Wits **Telefoonnummer: 010-425 33 66**

Het onderzoek

Om zorg op maat te kunnen bieden, is het nodig om te weten welke cliënten er in de zorg komen en welke kenmerken zij hebben. Dit onderzoek is bedoeld om meer zicht te krijgen op de cliënten van de methadonprogramma's. Tijdens werkgroepoverleg met een aantal hulpverleners van CAD Limburg is afgesproken een cliëntprofiel op te stellen van cliënten met thuiswonende kinderen in de leeftijd van 1 – 12 jaar. Er is weinig informatie voorhanden over de cliënten die kinderen hebben, daarom is het nodig om informatie met deze vragenlijst te verzamelen.

Inhoud vragenlijst

Algemene vragen

Achtergrond informatie

Middelen gebruik

Leefomgeving

Sociale relaties

Relatie tot zorg

Instructies

De lijst wordt ingevuld voor alle cliënten die (vermoedelijk) kinderen hebben waarbij de cliënt een verzorgende functie uitvoert (dus niet als hun kind bijv. is geadopteerd). Bij het invullen gaat u in eerste instantie uit van uw eigen kennis omtrent de situatie van de cliënt. De opzet is dat de vragenlijst ingevuld moet kunnen worden **zonder aanwezigheid van de cliënt**. Het is voor de kwaliteit van de gegevens echter wel van belang dat de vragenlijst **zo compleet en correct mogelijk** wordt ingevuld. Raadpleeg daarom in geval van twijfel zo mogelijk een collega, het dossier of de cliënt. Indien u het antwoord op een vraag schuldig moet blijven, omdat de gevraagde gegevens gewoonweg **niet bekend** zijn, kruis dan het hokje 'niet bekend' aan. Op die manier kan achteraf onderscheid gemaakt worden in vragen die per ongeluk vergeten zijn en vragen die niet ingevuld konden worden. Bijzonderheden kunt u noteren aan het einde van de vragenlijst.

Hartelijk dank

Zonder de medewerking van de hulpverleners en andere medewerkers van CAD Limburg kan dit onderzoek niet plaatsvinden. Daarom wil ik u bij deze hartelijk bedanken voor uw inzet en uw medewerking. Opmerkingen over het onderzoek kunt u kwijt aan het einde van de vragenlijst.

A. Algemene vragen

1. Locatie van afdeling

- Roermond Sittard Heerlen Maastricht Venlo

2. Initialen & functieomschrijving invuller vragenlijst:

.....

3. Korte omschrijving huidige vorm van hulpverlening die de cliënt ontvangt

.....

4. Korte omschrijving van contact met cliënt (bijv.: vluchtig, komt afspraken na, therapietrouw, agressief, goed inzicht in leefsituatie,...)

.....

.....

5. Geslacht

- man vrouw

6. Geboorte datum: - - 19.....

B. Achtergrond

1. Burgerlijke staat

- gehuwd / langdurig samenwonend weduwe / weduwnaar
 ongehuwd niet bekend
 gescheiden

2. Aantal kinderen

.....

3. Leeftijd kinderen

.....

4. Culturele herkomst (geboorteland cliënt of één van de / beide ouders)

- Nederland Antillen
 Duitsland Marokko
 België anders, nl.....
 Frankrijk niet bekend

5. Verblijfstatus

- legaal niet legaal niet bekend

6. Belangrijkste inkomstenbron (afgelopen maand)

- loon (belastbaar) inkomsten uit illegale activiteiten
 uitkering / WAO anders, nl.....
 AOW of pensioen niet bekend

7. Ernstige huidige financiële problemen (als schulden / achterstallige betalingen totaal > 2000 euro)

- ja nee niet bekend

Justitie / politie

8. Heeft justitiële interventies gehad in het afgelopen jaar (als gevangenisstraf, TBS, alternatieve straf)

- geen velen
 enkelen niet bekend

Gezondheid

9. Cliënt heeft chronische lichamelijke klachten die het dagelijkse leven beïnvloeden

- ja nee
Uitleg:.....

10. Cliënt is in het afgelopen jaar in behandeling geweest voor psychische problemen

- ja nee
Uitleg:.....

Vragen 11 & 12 enkel invullen als U (goed) zicht heeft op de situatie van de kinderen

11. A) Lichamelijke gezondheid van oudste of enige kind van cliënt in het afgelopen jaar

- goed matig slecht
Uitleg:.....

B) Lichamelijke gezondheid van tweede kind van cliënt in het afgelopen jaar

- goed matig slecht
Uitleg:.....

C) Lichamelijke gezondheid van derde kind van cliënt in het afgelopen jaar

goed matig slecht

Uitleg:.....

D) Lichamelijke gezondheid van vierde kind van cliënt in het afgelopen jaar

goed matig slecht

Uitleg:.....

12. A) Gedrag van het oudste of enige kind in het afgelopen jaar

normaal afwijkend niet goed te beoordelen

Uitleg:.....

B) Gedrag van het tweede kind in het afgelopen jaar

normaal afwijkend niet goed te beoordelen

Uitleg:.....

C) Gedrag van het derde kind in het afgelopen jaar

normaal afwijkend niet goed te beoordelen

Uitleg:.....

D) Gedrag van het vierde kind in het afgelopen jaar

normaal afwijkend niet goed te beoordelen

Uitleg:.....

13. Kind(eren) heeft/ hebben (goede) sociale contacten met kinderen van eigen leeftijd

ja nee niet bekend

C. Middelengebruik in het afgelopen jaar

	Gebruik	Frequentie	Duur van het gebruik (stopperiodes buiten beschouwing gelaten) globaal invullen
Heroïne	o ja ^ o nee	o (bijna) dagelijks o wekelijks of minder	o 0 tot 5 jaar o meer dan 5 jaar
Cocaïne	o ja ^ o nee	o (bijna) dagelijks o wekelijks of minder	o 0 tot 5 jaar o meer dan 5 jaar
Methadon	o ja ^ o nee	o (bijna) dagelijks o wekelijks of minder	o 0 tot 5 jaar o meer dan 5 jaar
Alcohol (> 5 glazen)	o ja ^ o nee	o (bijna) dagelijks o wekelijks of minder	o 0 tot 5 jaar o meer dan 5 jaar
Medicijnen (voor de kick of de roes)	o ja ^ o nee	o (bijna) dagelijks o wekelijks of minder	o 0 tot 5 jaar o meer dan 5 jaar
Ander middel, nl:	o ja ^ o nee	o (bijna) dagelijks o wekelijks of minder	o 0 tot 5 jaar o meer dan 5 jaar

1.

2. **Gebruikspatroon was in het afgelopen jaar**

o stabiel o wisselend o wisselend met perioden van extreem gebruik

3. **Wijze van gebruik (diverse antwoorden mogelijk)**

	ja	nee	niet bekend
Sputen	o	o	o
Roken	o	o	o
Snuiven	o	o	o
Slikken	o	o	o
Anders	o	o	o

4. Laatste keer serieuze stoppoging (> 1 maand abstinente; gebruik methadon niet meegerekend)

..... (jaartal globaal invullen)

niet bekend

5. Behoeftte om te stoppen met AL het gebruik (dus ook methadon) en eventueel reden om wel of niet te stoppen

ja

wisselend

nee

.....

6. Behoeftte om te stoppen met bijgebruik en eventueel reden om wel of niet te stoppen

ja

wisselend

nee

.....

D. Leefomgeving

1. Huidige woon- / verblijfplaats

eigen woning (huur of koop)

geen vast onderdak

vast inwonend bij iemand

anders, nl.....

sociaal pension / beschermd wonen

niet bekend

2. Samenleefsituatie

partner inwonend

bij ouder(s)

alleen met kind(eren)

bij vrienden

met partner en kind(eren)

anders, nl.....

bij familie

niet bekend

3. Partner gebruikt drugs

ja

nee

niet bekend

4. Opvoeding kinderen

alleen, zonder partner, familie of goede vrienden

met partner

zonder partner, maar met hulp van familie / vrienden

anders, nl.....

niet bekend

2. Cliënt heeft aangegeven (meer) medische hulp nodig te hebben

ja nee niet bekend

3. Cliënt heeft aangegeven (meer) psychische hulp nodig te hebben

ja nee niet bekend

4. Cliënt is therapietrouw

ja wisselend
 nee niet bekend

5. Cliënt heeft eveneens contacten met andere instanties (zo ja welke)

ja, nl

nee

niet bekend

6. Cliënt is in het algemeen bereidheid tot verschaffen van informatie over kinderen/ opvang /thuisituatie

ja, werkt mee nee
 moeizaam niet bekend

Tot slot

Heeft u nog opmerkingen over het onderzoek of over de respondent

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vragen cliënten met hepatitis C

Locatie van afname

- Roermond Sittard Heerlen Maastricht

1. Ben je getest op hepatitis C?

- ja nee

Zo ja, waar?

- CAD ziekenhuis
 huisarts anders, nl.....

2. Weet je zelf de uitslag?

- ja nee

Waarom (niet)?.....

3. Waarom ben je getest?

- wilde zelf arts vroeg het partner wilde het moest
van..... anders, nl.....

4. Word je gewaarschuwd voor de gevaren van hepatitis C en hoe je het oploopt?

- nee ja, door hulpverleners ja, door anderen, nl.....

5. Weet je hoe je het kan krijgen? (leg kort uit). Klopt wel / niet .

Beperkt / uitgebreid

6. Weet je wat de gevolgen zijn van hepatitis C voor jezelf & anderen? (cirrose, lever, moe)

- ja nee uitleg.....

7. Heb je je gedrag aangepast sinds je weet dat je hepatitis C hebt?

- ja nee hoe?.....

DOORVRAGEN! Waarom (niet)?

8. Heb je last van het feit dat je hepatitis C hebt? (kan je dingen niet wat eerst wel kon)

- ja nee Wat dan?.....

9. Weet je wat je moet doen nu je hepatitis C hebt? (leefregels / dingen laten?)

- ja nee

Zo ja, wat?.....

10. Houd je je aan deze ‘leefregels’ Zo ja waarom wel? Zo nee waarom niet?

ja nee

uitleg.....

11. Word je behandeld of sta je onder toezicht van een specialist voor je hepatitis C?

ja nee **Waarom niet?.....**

12. Lukt het je om regelmatig je medicijnen toe te dienen en naar de arts te gaan?

ja nee **Zo nee waarom niet?.....**

Zo, ja waarom wel?.....

13. Heb je nog andere (chronische) lichamelijke klachten waar je voortdurend (dagelijks) last van hebt? (alleen ja indien er een arts voor is bezocht)

ja nee **Zo ja, welke klacht?.....**

14. Op welke leeftijd gebruikte je voor het eerst harddrugs?jaar

Hoe oud ben je nu?jaar

15. Heb je wel eens drugs gespoten?

ja nee

16. Welke soort drugs gebruik je nu het meest?

heroïne cocaïne methadon medicijnen anders nl.....

17. Gebruik je nu dagelijks of bijna dagelijks drugs?

ja nee

18. Zo ja, hoe?

shotten roken snuiven slikken anders nl.....

Bij shotten: Altijd schone naalden of deel je? schoon delen

19. Gebruik je regelmatig alcohol?

(> 5 glazen per keer, nb: flesje of klein blikje bier=1,5 glas, dus 4 of meer flesjes/blikjes)

ja, dagelijks ja, wekelijks

nee, minder dan 1 keer per week of nooit

- met partner en kind(eren)
- bij familie

anders, nl.....

29. Huidige dagbesteding (afgelopen maand)

- betaald werk
- vrijwilligers werk
- huishouden
- verzorging kinderen & huishouden

- activiteitenprogramma vz
- stage of studie
- sport en / of hobby
- anders, nl.....

Opmerkingen over respondent (in de war, onder invloed, overige bijzonderheden):

.....

.....

.....

Vragen voor uitgebreid open interview met hepatitis C cliënten:

- 1. Heb je behoefte aan “extra hulp” (geld, vervoer enz) in verband met hepatitis?**
- 2. Zijn er specifieke problemen waar je tegenaan loopt, zo ja welke?**
- 3. Word je daarin geholpen?**
Zo ja, door wie, hoe vaak contact enz is die persoon van het CAD / methadonprogramma?
- 4. Denk je dat het CAD of iemand anders je daarbij kan helpen en hoe dan?**
Bijvoorbeeld arts bij methadonprogramma specifiek voor hepatitis C?
Meer voorlichting over leefregels? Enz.
- 5. Nog andere opmerkingen?**

Vragen cliënten zonder hepatitis C of het niet weten

Locatie van afname

Roermond Sittard Heerlen Maastricht

1 Ben je getest op hepatitis C? ja nee

Zo ja: Weet je zelf de uitslag? ja nee

Waarom (niet)?.....

Zo nee: Waarom ben je niet getest?

wil niet weten niet aangeboden niet over nagedacht interesseert me niet

2 Word je gewaarschuwd voor hepatitis C, en weet je hoe je het oploopt?

Nee ja, door hulpverleners ja, door anderen, nl.....

3 Weet je wat de gevolgen zijn van hepatitis C? Hoe weet je dat?

ja nee uitleg.....

4 Ken je mensen die hepatitis C hebben? ja nee

Hoe weet je dat?

5 Hebben zij hun gedrag veranderd? Ja nee

Hoe?.....

6 Zou je meedoen aan een standaard screening, bv bij intake? ja nee

7 Zou je zelf de uitslag willen weten? ja nee

8 Zou je meer willen weten over hepatitis C? ja nee

9 Ben je bang om het op te lopen? ja nee

10 Op welke leeftijd gebruikte je voor het eerst harddrugs? jaar

11 Hoe oud ben je nu? jaar

12 Heb je wel eens drugs gespoten? ja nee
Schone naalden of gebruikte? schoon gebruikte

13 Welke soort drugs gebruik je nu het meest?
 heroïne cocaïne methadon medicijnen anders nl.....

22 Ernstige huidige financiële problemen (schulden / achterstallige betaling Tot. > 2000 €)
o ja, namelijk: o nee

23 Huidige woon- / verblijfplaats (afgelopen half jaar)
o eigen woning (huur of koop) o geen vast onderdak
o vast inwonend bij iemand o anders, nl.....
o sociaal pension / beschermd wonen

24 Samenleefsituatie (afgelopen half jaar)
o partner inwonend o bij ouder(s)
o alleen met kind(eren) o bij vrienden
o met partner en kind(eren) o anders, nl.....
o bij familie

25 Huidige dagbesteding (afgelopen maand)
o betaald werk o activiteitenprogramma vz
o vrijwilligers werk o stage of studie
o huishouden o sport en / of hobby
o verzorging kinderen & huishouden o anders, nl.....

Opmerkingen over respondent (in de war, onder invloed, overige bijzonderheden):

.....
.....
.....

Methadoncliënten met hepatitis C

FACTSHEET

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).

> 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 (%)

Sommigen verdragen door hun ziekte alcohol niet goed meer, een enkeling is geheel gestopt met alcohol drinken.

Besmetting met hepatitis C

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

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

Kennis over hepatitis C

De 14 besmette respondenten is gevraagd of zij de leefregels kennen die artsen voorschrijven voor mensen die besmet zijn met hepatitis C. Uit de reacties blijkt dat 9 van de 14 (64%) de adviezen die men geeft kennen. Daar tegenover staat dat van deze 9 cliënten slechts 2 cliënten zich daadwerkelijk aan deze leefregels zegt te houden, 3 soms en 4 in het geheel niet.

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

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

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 (%).

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

cliënten weet helemaal niet hoe ze hepatitis C kunnen oplopen.

De kennis over de *gevolgen* van hepatitis C is redelijk goed te noemen. Respectievelijk 64% (besmet) en 53% (niet besmet) hebben ruime kennis over de gevolgen van hepatitis C. Zij denken dat hepatitis C levercirrose als gevolg kan hebben. De groep met beperkte kennis (beide 21%) weet alleen te vermelden dat hepatitis "iets met de lever" heeft te maken. Eveneens een vijfde (14% en 26%) geeft aan geen idee te hebben wat het betekent om hepatitis C te hebben.

Iets meer dan een derde (36%) van de respondenten geeft aan de kennis over hepatitis C te hebben opgedaan via de hulpverleners van het CAD Limburg. De rest geeft aan de kennis zelf te hebben opgedaan door er over te lezen of het via andere cliënten of kennissen te horen. Een enkeling noemt ook het blad Mainline als bron van kennis over hepatitis C.

Behoeftte aan hulp en informatie over hepatitis C

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

Bijna iedereen van wie het niet bekend is of ze hepatitis C hebben of degenen die na het testen het niet bleken te hebben zijn bang om geïnfecteerd te raken (89%). De andere 11% zegt het niets te kunnen schelen of ze geïnfecteerd raken.

Algemene lichamelijke en psychische gezondheid

Alle 33 cliënten is gevraagd of men last heeft van (andere) lichamelijke klachten. 61% zegt geen lichamelijke klachten te hebben en 39% heeft deze wel. De klachten variëren van blijvende last van een gebroken arm of been, tot klachten zoals vermoeidheid, last van maag of lever. Hiv-besmetting of aids komt bij 21% voor. In een aantal gevallen is er sprake van meer dan één lichamelijke aandoening.

De helft van de 14 besmette respondenten zeggen (soms) lichamenlijk last te hebben van het feit dat ze hepatitis C hebben. Het is overigens niet altijd zeker of deze lichamelijke klachten gerelateerd zijn aan de hepatitis C besmetting.

Door 12% van de respondenten worden psychische klachten gerapporteerd. Het gaat hier in alle gevallen om depressieve klachten, en in een geval een combinatie van depressie en psychose.

Deze respondenten zeggen door de medicatie die hiervoor wordt voorgeschreven geen zware klachten meer te hebben.

Zorg

Met de cliënten is gesproken over hun ervaringen met de zorg en hun zorgbehoefte. Buiten de vraag naar methadon lijken veel cliënten geen verdere hulpvraag te hebben. Velen zeggen enkel te komen voor hun methadon en soms om wat contact te hebben met anderen. Een aantal cliënten vindt het jammer dat ze geen koffie (meer) krijgen bij de methadon verstrekking, en het verdwijnen van de zitkamer 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 weinig te doen; na wat doorvragen zeggen ze vooral rond te lopen op straat en aan geld voor drugs proberen te komen, of thuis tv te 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).

Methadoncliënten met thuiswonende jonge kinderen

FACTSHEET

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.

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

(voor kick of roes)

Tabel 1 Middelengebruik van methadoncliënten met kinderen (%)

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 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.

Gezondheidstoestand	Kind 1 (n= 54)	Kind 2 (n=25)	Kind 3 (n=7)
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 (%).

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

Opvoeding kinderen

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

Zorg

Uit de kwalitatieve gegevens blijkt dat een aantal ouders, voornamelijk moeders, slechte ervaringen heeft met het ziekenhuis of andere zorginstellingen. Ze hebben het gevoel dat ze niet worden vertrouwd. Dit ondermijnt hun zelfvertrouwen bij de opvoeding van hun kinderen.

In het algemeen weet men niet goed waar men terecht kan voor hulp, bijvoorbeeld wanneer je als ouder met kinderen op straat komt te staan door bijvoorbeeld ruzie met de partner. Ook hebben sommige cliënten de wens om af te kicken, maar is het voor hen onduidelijk waar hun kinderen worden opgevangen wanneer zij in een kliniek worden opgenomen. Er lijkt behoefte te bestaan aan een opvangplaats voor ouders met kinderen, waar men bijvoorbeeld een keer per week met de kinderen terecht kan voor gesprekken met lotgenoten en hulpverleners.

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

Wonen

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

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 (%).

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

Dagbesteding en inkomsten

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

Het grootste deel van de ouders leeft van een uitkering (57%). Maar er zijn eveneens veel (41%) cliënten die hun inkomsten via (belastbaar) loon binnenkrijgt. Van deze 41% krijgt 18% dit loon binnen via hun partner. Het percentage cliënten dat schulden heeft is 20%. Vaak gaat het om schulden bij de energieleverancier 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. Enkeligen 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 drugscene. 7% van de cliënten heeft geen sociaal vangnet. Van de overige cliënten (24%) kunnen de hulpverleners niet met zekerheid zeggen of zij een sociaal vangnet hebben.

Criminaliteit en illegaliteit

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