

Tabel 7 Percentage van problematische opiatengebruikers in het LADIS en in diverse vormen van hulpverlening in 2012, per stad en voor het totaal

Vorm van hulpverlening	Amsterdam N=100	Rotterdam N=100	Utrecht N=71	Eindhoven N=70	Haarlem N=60	Totaal N=401
LADIS	65,0%	70,0%	80,3%	87,1%	83,3%	75,6%
Methadonprogramma ¹	56,0% ¹	71,0% ¹	66,2% ¹	72,9% ¹	83,3% ¹	68,6% ¹
Gebruiksruimte	60,0%	55,0%	31,0%	48,6%	11,7%	44,4%
Heroïneverstrekking	7,0%	13,0%	12,7%	5,7%	0,0%	8,2%
Spuitomruil	8,0%	16,0%	9,9%	15,7%	6,7%	11,5%
Dagopvang/inloop	67,0%	72,0%	50,7%	54,3%	81,7%	65,3%
Nachtopvang	17,0%	33,0%	32,4%	47,1%	43,3%	32,9%
Winterkouderegeling	10,0%	16,0%	21,1%	34,3%	11,7%	18,0%
Woonbegeleiding	36,0%	53,0%	40,8%	40,0%	40,0%	42,4%
Budgetbeheer/ schuldhulpverlening	58,0%	32,3%	56,3%	32,9%	50,0%	45,8%
Detox/afkickklinik	4,0%	17,0%	12,9%	14,3%	30,0%	14,5%
Ziekenhuis	27,0%	41,0%	40,8%	38,6%	40,0%	36,9%
Psycholoog	11,0%	22,0%	23,9%	14,3%	25,0%	18,7%
(Huis)arts	63,0%	72,0%	76,1%	77,1%	76,7%	72,1%
Maatschappelijk werk	65,0%	62,0%	59,2%	42,9%	56,7%	58,1%
Community treatment/ (F)ACT	8,1%	10,1%	21,1%	7,1%	15,0%	11,8%
Reclassering	20,0%	21,0%	35,2%	31,4%	21,7%	25,2%
NA (narcotics anonymous)	3,0%	4,0%	2,8%	2,9%	8,3%	4,0%
Verplichte behandeling veelplegers	1,0%	6,0%	7,0%	2,9%	3,3%	4,0%
Minstens één van bovenstaande vormen van hulpverlening	100%	100%	98,6%	100%	100%	99,8%

LADIS = Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem. Bron: Trimbos-instituut. 1. Zie uitleg in de tekst hierboven over wat de respondenten verstonden onder "methadonprogramma".

Via de vraag over de huisvestingssituatie (zie bijlage 1, vraag B2a) kan nog eens apart worden achterhaald hoeveel procent van de problematische opiatengebruikers hulp heeft gehad in de vorm van ambulante begeleiding of begeleid wonen op een kamer; 24 uren begeleiding op een kamer in een woonvoorziening, hostel, Domus of sociaal pension; of in de vorm van daklozenopvang of nachtopvang. Het blijkt dat op het moment van het interview 13,3 procent woonbegeleiding kreeg, dat 35,3 procent 24 uren begeleiding kreeg en dat 9,0 procent in de daklozenopvang verbleef. In totaal was 48,6 procent gehuisvest in een vorm van begeleid wonen. Dit sluit goed aan op de 42,4 procent die wordt genoemd in tabel 7. Overigens is het de veldwerkers opgevallen dat "Community treatment" en "(F)ACT" geen bekende termen zijn voor de respondenten. Bij deze vraag zal dan ook sprake zijn geweest van onderrapportage.

Een problematische opiatengebruiker die in 2012 alleen hulp heeft ontvangen van een instelling die in dat jaar geen gegevens aanleverde aan het LADIS, is daardoor uiteraard niet in het LADIS vertegenwoordigd. Echter, tabel 8 bevestigt nog eens dat vrijwel alle respondenten uit het veldonderzoek die niet in het LADIS waren vertegenwoordigd, wel minstens één van de gevraagde vormen van hulpverlening hadden genoten (99,0%). Bij een instelling die geen gegevens aanlevert

aan het LADIS hadden deze "problematische opiatengebruikers buiten het LADIS" voornamelijk hulp ontvangen in de vorm van toegang tot een gebruikruimte (48,0%), dagopvang (68,4%), nachtopvang (35,7%), budgetbeheer of schuldhulpverlening (33,0%), hulp van een (huis)arts (63,3%), of maatschappelijk werk (46,9%). De hulp van een arts is daarbij niet altijd gerelateerd aan de verslavingsproblematiek.

De vraag naar de huisvestingssituatie van deze niet in het LADIS vertegenwoordigde respondenten bevestigt nog eens dat 36,7 procent van hen ten tijde van het interview was gehuisvest in een vorm van woonbegeleiding en dat 6,1 procent van hen verbleef in de daklozenopvang.

Tabel 8 Percentage van de problematische opiatengebruikers buiten het LADIS dat in 2012 wel in contact is geweest met diverse vormen van hulpverlening, voor samengenomen steden en voor het totaal

<i>Vorm van hulpverlening</i>	<i>Haarlem, Rotterdam en Eindhoven N=49</i>	<i>Amsterdam en Utrecht N=49</i>	<i>Totaal N=98</i>
Methadonverstrekking	24,5%	14,3%	19,4%
Gebruikruimte	38,8%	57,1%	48,0%
Heroïneverstrekking	0,0%	0,0%	0,0%
Spuitomruil	8,2%	10,2%	9,2%
Dagopvang/inloop	73,5%	63,3%	68,4%
Nachtopvang	49,0%	22,4%	35,7%
Winterkouderegeling	24,5%	10,2%	17,3%
Woonbegeleiding	36,7%	22,4%	29,6%
Budgetbeheer/ schuldhulpverlening	27,1%	38,8%	33,0%
Detox/afkickkliniek	14,3%	0,0%	7,1%
Ziekenhuis	28,6%	30,6%	29,6%
Psycholoog	14,3%	8,2%	11,2%
(Huis)arts	65,3%	61,2%	63,3%
Maatschappelijk werk	42,9%	51,0%	46,9%
Community treatment/ (F)ACT	4,2%	4,1%	4,1%
Reclassering	28,6%	12,2%	20,4%
NA (narcotics anonymous)	6,1%	0,0%	3,1%
Verplichte behandeling veelplegers	10,2%	0,0%	5,1%
Minstens één van bovenstaande vormen van hulpverlening	100%	98,0%	99,0%

Bron: Trimbos-instituut.

9. Schatting van het totaal aantal problematische opiatengebruikers

Eerste ruwe schatting

Op grond van gegevens uit tabel 7 en uit het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) kan via de methode van de treatment multiplier een eerste ruwe schatting worden gemaakt van het totaal aantal problematische opiatengebruikers in Nederland in 2012. Het LADIS registreert primaire, secundaire en tertiaire opiaatcliënten. Bij een primaire opiaatcliënt is het probleem met een opiaat het belangrijkste probleem waarvoor de cliënt hulp zoekt. Een secundaire opiaatcliënt heeft ook een probleem met een opiaat, maar zoekt primair hulp voor problemen met een ander middel. Bij een tertiaire opiaatcliënt komt het opiatenprobleem pas op de derde plaats en zijn er primair en secundair problemen met een ander middel.

In 2012 registreerde het LADIS 10 605 primaire opiaatcliënten en nog eens 1 454 secundaire opiaatcliënten (Van Laar, Cruys, Van Ooyen-Houben, et al., 2013). Daarnaast waren er nog eens 254 tertiaire opiaatcliënten (Wisselink, Stg. IVZ, persoonlijke communicatie 23-10-2013). Het totaal aantal komt zo op 12 313 opiaatcliënten in het LADIS in 2012. Van de problematische opiatengebruikers uit de veldsteekproef zegt 75,6 procent contact te hebben gehad met een verslavingszorginstelling die deelneemt aan het LADIS. Volgens een eerste ruwe schatting vertegenwoordigen de 12 313 opiaatcliënten in het LADIS daarmee 75,6 procent van alle problematische opiatengebruikers in Nederland. Het totaal aantal wordt daarmee volgens de methode van de treatment multiplier geschat op $(100/75,6) \times 12\,313$, hetgeen een ruwe schatting oplevert van in totaal 16 287 problematische opiatengebruikers.

Correctiefactor: percentage meer problematisch in LADIS

Echter, in de vorige schatting uit 2008/2009 werd er rekening mee gehouden dat zestig procent van de opiaatcliënten in het LADIS voldeed aan de definitie van "meer problematisch opiatengebruiker" (Cruys en Van Laar, 2010). Volgens een inschatting van hulpverleners was de overige veertig procent minder problematisch, met name vanwege een stabilisatie op methadon. Opiaatcliënten die zijn gestabiliseerd op methadon volgen doorgaans een meer sociaal geïntegreerde leefstijl, zijn niet meer dakloos en komen niet meer in aanraking met politie en justitie. Passen we deze voormalige fractie van zestig procent toe op de nieuwe gegevens voor 2012, dan zouden de 12 313 opiaatcliënten in het LADIS uiteenvallen in 7 388 meer problematische gebruikers (60%) en 4 925 minder problematische gebruikers (40%). Volgens de methode van de treatment multiplier waren er dan in 2012 in totaal $(100/75,6) \times 7\,388$ meer problematische gebruikers, hetgeen neerkomt op 9 772 meer problematische gebruikers. Nemen we de 9 772 meer problematische samen met de 4 925 minder problematische opiatengebruikers, dan zijn er naar schatting 14 697 min of meer problematische opiatengebruikers.

Ook in 2013 zijn in aanvulling op het veldwerk meerdere hulpverleners geïnterviewd over het percentage van hun opiaatcliënten dat voldoet aan de definitie van "meer problematisch opiaatgebruiker". Dit keer is hiervoor een lager percentage gevonden van 23 procent, aanzienlijk lager dus dan het percentage van zestig procent uit de vorige schatting. Uitgaande van dit lagere percentage zou de schatting neerkomen op een totaal van 13 227 min of meer problematische opiaatgebruikers.

Mogelijk hebben de hulpverleners in 2013, ondanks een gelijke instructie, een strenger criterium gehanteerd om het percentage meer problematische opiaatcliënten in hun bestand vast te stellen. Dit kan de reden zijn geweest dat dit keer een lager percentage is gevonden voor het percentage opiaatcliënten dat meer problematisch is.

Lager percentage in LADIS in de grootste steden

Het percentage problematische opiatengebruikers dat in het LADIS is vertegenwoordigd, wordt ook wel de "in-LADIS rate" genoemd (Cruts en Van Laar, 2010). In de voorafgaande ruwe schattingen is nog geen rekening gehouden met het gegeven dat in de twee grootste steden Amsterdam en Rotterdam een lagere in-LADIS rate is gevonden dan in de minder grote steden Utrecht, Eindhoven en Haarlem (tabel 7). In Amsterdam en Rotterdam ligt de in-LADIS rate op gemiddeld 67,5 procent. In Utrecht, Eindhoven en Haarlem ligt de in-LADIS rate op gemiddeld 83,6 procent. Mogelijk komt dit doordat in de grotere steden Amsterdam en Rotterdam het hulpaanbod meer divers is. Problematische opiatengebruikers in de grotere steden hebben daardoor meer vrijheid om te kiezen voor een instelling voor hulpverlening die (nog) geen gegevens aanlevert aan het LADIS. In de minder grote steden, aldus deze mogelijke verklaring, zijn er dan meer instellingen voor hulpverlening die gegevens aanleveren aan het LADIS, waardoor de in-LADIS rate daar hoger komt te liggen.

Van de 12 313 (primaire, secundaire en tertiaire) opiaatcliënten in 2012 in het LADIS was 27 procent afkomstig uit de drie grootste steden Amsterdam, Rotterdam en Den Haag en was de overige 73 procent afkomstig van buiten de drie grootste steden (Wisselink, Stg. IVZ, persoonlijke communicatie 23-10-2013). Stel dat in de drie grootste steden van Nederland de in-LADIS rate van de problematische opiatengebruikers neerkomt op 67,5 procent en buiten de drie grootste steden op 83,6 procent. Gebruiken we deze verdeling van de opiaatcliënten in het LADIS als wegingsfactor, dan wordt de in-LADIS rate voor heel Nederland geschat op:

$$(0,27 \times 67,5\%) + (0,73 \times 83,6\%) = 18,2\% + 61,0\% = 79,2\%.$$

Volgens deze nieuw geschatte in-LADIS rate waren er dan in 2012 in totaal $(100/79,2) \times 7\,388$ meer problematische gebruikers, hetgeen neerkomt op 9 328 meer problematische gebruikers. Samengenomen zijn er dan naar schatting 14 253 min of meer problematische opiatengebruikers, 9 328 meer problematische en 4 925 minder problematische opiatengebruikers.

Op grond van de hoogste in-LADIS rate die werd gevonden in Eindhoven (87,1%) en de laagste in-LADIS rate die werd gevonden in Amsterdam (65,0%), kan een range worden berekend voor de schatting. De ondergrens van de schatting komt dan op een aantal van 13 407 en de bovengrens komt dan op een aantal van 16 291.

Tabel 9 geeft een overzicht van de verschillende schattingen die werden verkregen op grond van de verschillende parameters die werden aangehouden.

Tabel 9 Schattingen van het totaal aantal meer en minder problematische opiatengebruikers volgens verschillende parameters

<i>Parameters</i>		<i>Schatting</i>
<i>In-LADIS rate</i>	<i>% meer problematisch in LADIS</i>	<i>(totaal meer en minder problematisch)</i>
75,6%	100%	16 287
(steekproef ongewogen)	60%	14 697
	(vorig onderzoek)	
	23%	13 227
	(dit onderzoek)	
79,2%	60%	14 253
(gewogen waarde)		
87,1%		13 407
(hoogste waarde steekproef)	(vorig onderzoek)	
65,0%		16 291
(laagste waarde steekproef)		
79,2%	23%	13 057
(gewogen waarde)		
87,1%		12 732
(hoogste waarde steekproef)	(dit onderzoek)	
65,0%		13 838
(laagste waarde steekproef)		

Bron: Trimbos-instituut.

Meest aannemelijke schatting

Opvallend is dat in dit onderzoek het percentage meer problematische opiatengebruikers in het LADIS wordt geschat op 23 procent vergeleken met 60 procent in het vorige onderzoek. Het zou kunnen dat door een goede behandeling van een bestaande cliëntenpopulatie het percentage meer problematische opiatengebruikers is gedaald. Ook kan de voortschrijdende veroudering van deze populatie ertoe hebben geleid dat minder opiatengebruikers in staat zijn om criminele activiteiten te verrichten. Een daling in het percentage meer problematische opiatengebruikers van 60 naar 23 procent hebben de auteurs echter niet goed kunnen thuisbrengen. Ook bestaat de mogelijkheid dat hulpverleners, ondanks eenzelfde instructie, de term "meer problematisch opiatengebruiker" nu anders hebben opgevat. Veiligheidshalve hebben wij daarom besloten om uit te blijven gaan van de 60 procent uit het vorige onderzoek. Daarmee komen we uit op ongeveer 14 duizend meer of minder problematische opiatengebruikers in heel Nederland. Deze voorzichtige schatting lijkt ons de meest aannemelijke schatting.

Al met al luidt de conclusie dat het aantal problematische opiatengebruikers in Nederland de afgelopen jaren is gedaald. Naar schatting is dit aantal gedaald van ongeveer 17 700 in 2008-2009 naar ongeveer 14 duizend in 2012, een daling van ongeveer 21 procent.

In het LADIS is het totaal aantal primaire, secundaire en tertiaire opiaatcliënten gedaald van 16 232 opiaatcliënten in 2008 naar 12 313 opiaatcliënten in 2012, hetgeen neerkomt op een daling van 24 procent. De daling in de schatting van het totaal aantal problematische opiatengebruikers (-21%) houdt daarmee gelijke tred met de daling van het aantal opiaatcliënten in het LADIS (-24%).

10. Dankwoord

De auteurs willen graag de veldwerkers bedanken, de medewerkers van Stg. IVZ voor de extra gegevens uit het LADIS en de leden van de NDM Werkgroep prevalentieschattingen voor hun commentaar op eerdere conceptversies van dit rapport.

11. Referenties

Cruts, A.A.N., Van Laar, M.W. (2010). *Aantal problematische harddruggebruikers in Nederland*. Trimbo-instituut: Utrecht.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2013). *Europees Drugs Rapport*. Luxemburg: Bureau voor publicaties van de Europese Unie.

Rutten, R., Schippers, G.M. (2013). Integratie verslavingszorg en ggz: leidt het tot betere zorg? *Verslaving*, 9 (2): 3-14.

Van Laar, M.W., Cruts, A.A.N., Van Ooyen-Houben, M.M.J., Meijer, R.F., Croes, E.A., Ketelaars, A.P.M., Verdurmen, J.E.E., Brunt, T., Sheikh-Alibaks, R. (Red.). (2013). *Nationale Drug Monitor: Jaarbericht 2012*. Utrecht/Den Haag: Trimbo-instituut/WODC.

Wisselink, D.J., Kuijpers, W.G.T., Mol, A. (2013). *Kerncijfers Verslavingszorg 2012: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS)*. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg (IVZ).

Bijlage 1. Vragenlijst veldwerk

Vragenlijst veldwerk 2013 Onderzoek onder harddrugsgebruikers in Nederland

Trimbos-instituut 2013

Deze vragenlijst is eigendom van het Trimbos-instituut. De gegevens zijn op basis van vertrouwelijkheid door de geïnterviewden verstrekt.

Inleiding

- Het interview zal ongeveer **een half uur** duren.
- Het interview gaat over zaken zoals je woonsituatie, middelengebruik, hulpverlening en gezondheid.
- Je gegevens worden **vertrouwelijk** behandeld; we spelen aan niemand persoonlijke gegevens door.
- De vragenlijst is eigendom van het Trimbos-instituut.
- **Na afloop van het interview krijg je een vergoeding van 10 euro.**

Interviewgegevens

Naam interviewer: _____

Datum: _____

Tijd start: _____

Plaats: _____

Voorziening: _____

Identificatie
respondent: _____
(code)

A Leeftijd, sekse, opleiding en dergelijke

1. Wat is je **leeftijd**? _____ jaar

2. **Sekse** 0 = man 1 = vrouw

3. Wat is het **geboorteland** van jezelf, je vader en je moeder?

Geboorteland	Van jezelf	Van je moeder	Van je vader
--------------	------------	---------------	--------------

Nederland	1	1	1
Ander Europees land	2	2	2
Suriname	3	3	3
Nederlandse Antillen	4	4	4
Marokko	5	5	5
Turkije	6	6	6
Kaapverdische eilanden	7	7	7
Ander land namelijk:			

B Leef- en woonsituatie

1. Wat was over het algemeen je **leefsituatie** in de laatste 6 maanden?
Leef je bijvoorbeeld alleen of met een partner?
0 = alleen
1 = met partner
2 = met partner en kind(eren)
3 = met kind(eren), zonder partner

- 2a. Wat is je huidige huisvestingssituatie?
Waar slaap je de laatste tijd 4 of meer nachten per week?
0 = zelfstandig: woning, zelf gekocht of gehuurd (zonder begeleiding)
1 = zelfstandig: kamer in onderhuur (zonder begeleiding)
2 = bij ouders
3 = bij familie (anders dan ouders), bij vrienden of kennissen
4 = kamer, ambulante begeleiding/begeleid wonen
5 = kamer, 24 uren begeleiding (woonvoorziening, hostel, Domus, sociaal pension e.d.)
6 = daklozenopvang / nachtopvang
7 = kraakpand, caravan, zomerhuisje, slooppand e.d.
8 = op straat, in open lucht, in overdekte openbare ruimten zoals portieken, fietsenstalling, stations, winkelcentra of in een auto
9 = bij klanten in geval van prostitutie
10 = sterk wisselend / zwervend – geen van bovenstaande situaties 4 of meer nachten per week
11 = anders, nl. _____

- 2b. **Hoe lang** ben je in dit type huisvestingssituatie?
_____ dagen – weken – maanden – jaren (*omcirkel*)

3. Hoeveel uur per dag breng je gemiddeld **buiten** door?
(*Als het sterk wisselt, neem gisteren als voorbeeld*)
_____ uren per dag

C Inkomen

1. Heb je op dit moment **betaald werk** of doe je **vrijwilligerswerk**?
0 = nee
1 = ja, via hulpverlening (vegen e.d.) _____ uur per week
2 = ja, via werkgever _____ uur per week
3 = anders, nl. _____ _____ uur per week

2. Ontvang je op dit moment een **uitkering** (bv. WAO, AOW, bijstand)?
0 = nee
1 = ja, nl. _____

3. Heb je op dit moment een **studiebeurs**?
0 = nee
1 = ja

4. Ben je op dit moment verkoper van de **Straatkrant**?
0 = nee
1 = ja

5. Heb je inkomsten uit:
(a) diefstal, inbraak, heling etc. 0 = nee 1 = ja
(b) beroving, overvallen, afpersing etc. 0 = nee 1 = ja
(c) prostitutie (zelf) 0 = nee 1 = ja
(d) prostitutie (ander) 0 = nee 1 = ja
(e) drugs dealen, verkoop pillen en drugs 0 = nee 1 = ja
(f) bedelen, vragen om geld 0 = nee 1 = ja
(g) heb je nog andere inkomsten? _____

D Gezondheid

1. Hoe is over het algemeen je **gezondheid**?
Antwoordcategorieën niet opnoemen. Wel checken of je het goede omcirkeld hebt.
0 = slecht
1 = soms goed en soms slecht
2 = gaat wel
3 = goed
4 = heel goed

2. Ben je **verzekerd** voor ziektekosten?
0 = nee
1 = ja

3. Hoe vaak ben je in de afgelopen 12 maanden bij een **arts** geweest voor **lichamelijke klachten**?

Bv. een huisarts, straatdokter, een arts van de hulpverlening of van het ziekenhuis.

_____ keer

E Psychische of emotionele klachten

Ik ga je nu wat vragen stellen over hoe je je voelt, over je geestelijke gezondheid. Je kunt met ja of nee antwoorden.

Vraag:	Ja	Nee
1. Ben je de <u>afgelopen 12 maanden</u> bij een psychiater of andere hulpverlener in de geestelijke gezondheidszorg geweest?		
2. Doe je <u>tegenwoordig</u> langer over de dingen waar je mee bezig bent?		
3. Heb je de <u>laatste tijd</u> minder plezier in je gewone dagelijkse bezigheden?		
4. Heb je de <u>laatste tijd</u> wel eens het gevoel gehad dat het leven zinloos is?		
5. Heb je de <u>laatste tijd</u> wel eens de gedachte gehad dat je liever dood wil en weg van alles?		
6. Heb je de <u>laatste tijd</u> wel eens het idee gehad dat je gedachten beïnvloed werden of bestuurd werden door iets of iemand anders (zonder dat je er zelf controle over hebt)?		
7. Heb je de <u>laatste tijd</u> wel eens gedacht dat anderen plannen aan het maken waren om je iets ergs aan te doen?		
8. Heb je de <u>laatste tijd</u> wel eens stemmen gehoord die woorden of zinnen zeiden, terwijl er niemand bij je was die tegen je praatte?		

9. Heb je in de afgelopen 12 maanden medicijnen voorgeschreven gekregen van een arts of psychiater voor psychische klachten?

0 = nee

1 = ja naam medicijn(en): _____

F Hulpverlening

1. Nu nog een vraag over hulpverlening. Heb je in 2012 gebruik gemaakt van:

- | | | | |
|-----|------------------------------------|---------|--------|
| (a) | methadonprogramma | 0 = nee | 1 = ja |
| (b) | gebruiksruimte | 0 = nee | 1 = ja |
| (c) | heroïneverstrekking | 0 = nee | 1 = ja |
| (d) | sputomruil | 0 = nee | 1 = ja |
| (e) | dagopvang / inloop | 0 = nee | 1 = ja |
| (f) | nachtopvang | 0 = nee | 1 = ja |
| (g) | winterkouderegeling | 0 = nee | 1 = ja |
| (h) | woonbegeleiding | 0 = nee | 1 = ja |
| (i) | budgetbeheer/ schuldhulpverlening | 0 = nee | 1 = ja |
| (j) | detox/afkickkliniek | 0 = nee | 1 = ja |
| (k) | ziekenhuis | 0 = nee | 1 = ja |
| (l) | psycholoog | 0 = nee | 1 = ja |
| (m) | (huis)arts | 0 = nee | 1 = ja |
| (n) | maatschappelijk werk | 0 = nee | 1 = ja |
| (o) | Community treatment/(F)ACT | 0 = nee | 1 = ja |
| (p) | reclassering | 0 = nee | 1 = ja |
| (q) | NA (narcotics anonymous) | 0 = nee | 1 = ja |
| (r) | verplichte behandeling veelplegers | 0 = nee | 1 = ja |
| (s) | anders, nl. _____ | 0 = nee | 1 = ja |

2. Heb je het afgelopen jaar (2012) hulp gehad bij de volgende instellingen? *Zie de lijst van instellingen in de bijlage.*

G Gebruik van drugs

Middel	1a. Gebruikt in de afgelopen 12 maanden	1b. Aantal dagen in afgelopen maand	1c. Doorsnee hoeveelheid op een gebruiksdag
(a) Heroïne	0 = nee 1 = ja		gram
(b) Methadon	0 = nee 1 = ja		mg cc
(c) Crack/basecoke	0 = nee 1 = ja		gram
(d) Snuifcoke	0 = nee 1 = ja		gram
(e) Amfetamine/speed	0 = nee 1 = ja		gram pillen
(f) XTC	0 = nee 1 = ja		pillen
(g) Slaap- en kalmerings- middelen, <u>niet</u> op voorschrift	0 = nee 1 = ja		pillen
(h) Alcohol, (man) 6 of meer consumpties*	0 = nee 1 = ja		consumpties
(i) Alcohol, (vrouw) 4 of meer consumpties*	0 = nee 1 = ja		consumpties
(j) Cannabis	0 = nee 1 = ja		joints gram
(k) GHB	0 = nee 1 = ja		ml
(l) Sigaretten/tabak	0 = nee 1 = ja		sigaretten/shaggies
(m) Anders, nl	0 = nee 1 = ja		

* ½ liter bier = 2 1 fles sherry = 12 1 fles wijn = 6 1 fles sterke drank = 21

2. Heb je ooit drugs (heroïne, methadon, cocaïne, speed) geïnjecteerd, al was het maar één keer?
0 = nee, nooit 1 = ja

3. Heb je de afgelopen zes maanden drugs (heroïne, methadon, cocaïne, speed) geïnjecteerd?
0 = nee 1 = ja

4. Heb je de afgelopen 4 weken drugs (heroïne, methadon, cocaïne, speed) geïnjecteerd?
0 = nee (door naar 6) 1 = ja

5. Als vraag 4 = ja:
 - a. Heb je in deze afgelopen 4 weken **gebruikte naalden** van iemand anders gebruikt?
0 = nee 1 = ja

b. Heb je in deze afgelopen 4 weken **gebruikte spuitattributen** van iemand anders gebruikt? Bijvoorbeeld spuiten, water, watten, filters, lepels, of (citroen)zuur?

0 = nee

1 = ja

6. Weer voor iedereen:

Heb je in de afgelopen 4 weken wel eens (**andere**) **gebruikte attributen** van iemand anders gebruikt? Bijvoorbeeld: rietje, snuifbuis, basepijp?

0 = nee

1 = ja

7a. Ben je in de afgelopen 12 maanden getest op **HIV**?

0 = nee

1 = ja

2 = weet niet

7b. Ben je in de afgelopen 12 maanden getest op **hepatitis C**?

0 = nee

1 = ja

2 = weet niet

Bijlage 2. Bevindingen veldwerk voor het onderzoek ‘Problematische opiatengebruikers in Nederland’

Caroline Schaap en John-Peter Kools, augustus 2013

Deze bijlage bevat de bevindingen van bovengenoemd veldwerkteam zoals opgedaan tijdens contacten met drugsgebruikers en hulpverleners, alsmede eigen observaties tijdens onze bezoeken aan de vijf steden die in het onderzoek betrokken zijn. Sommige onderwerpen kwamen in de vragenlijst aan bod, andere onderwerpen hebben de respondenten uit zichzelf aangesneden en zijn dus niet met iedereen besproken. Deze bijlage gaat in op de selectie en recrutering, specifieke bevindingen per stad, opvallende signalen en trends en een aantal kritische thema's voor discussie of vervolgonderzoek.

1. Selectie en recrutering

Het veldwerk vond plaats in de vijf steden Amsterdam, Rotterdam, Utrecht, Eindhoven en Haarlem onder 402 opiatengebruikers.

In elk van de vijf steden hebben we een diversiteit aan plaatsen benut om respondenten voor het onderzoek te recruter. Deze plaatsen zijn met opzet conform de onderzoeksmethodiek buiten de ‘reguliere’ verslavingszorg van de grootste centra voor verslavingsbehandeling (zoals geregistreerd bij het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem, of kortweg: LADIS). Niet iedere locatie resulteerde ook daadwerkelijk in werving, maar het merendeel wel. In een enkel geval wilde de organisatie toch niet meewerken, of waren er geen mensen aanwezig die aan het onderzoekscriterium voldeden, of ze hadden geen behoefte aan deelname. Ook hebben we in alle steden een substantieel aantal mensen op straat en via de ‘snowball-methode’ gerecruteerd. Alleen in Eindhoven zijn we aan het einde van het veldwerk na overleg met Novadic-Kentron (de reguliere LADIS registrerende hulverlening) gaan recruter.

Er is sprake van een selectiebias doordat de interviewlocaties buiten de reguliere hulpverlening vaak een atypische groepssamenstelling en -cultuur hebben. Zo vonden we in gebruikersruimten verhoudingsgewijs weinig vrouwen, terwijl we hen in sommige hostels juist meer aantroffen, en werd er in de open straatscene meer alcohol gebruikt dan in besloten settings. Ook troffen we specifieke groepen als ongedocumenteerden of ‘niet-rechthebbenden’ niet aan in de reguliere hulpverlening, maar juist in laagdrempelige inloophuizen (veelal met een religieuze achtergrond). Onze respondenten zijn met zorg gekozen en zo breed mogelijk gespreid, maar een zekere selectiebias was onvermijdelijk.

Amsterdam

In Amsterdam hebben we een grote groep mannen van Surinaamse afkomst geïnterviewd. Vrouwen troffen we vooral later aan in de Domus van het Leger des Heils. We spraken veel mensen in opvang, binnen hulpverlening en weinig op straat. Wij interviewden een wat oudere groep gebruikers, en weinig jongeren. Onze algemene indruk was dat de hulpverlening in Amsterdam goed geregeld is: er is een divers aanbod en dus voor de meesten wat wils. Bovendien komen mensen over het algemeen redelijk tevreden over. Zoals een medewerker van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) vertelde, is de situatie met name de laatste paar jaar erg verbeterd in Amsterdam; verschillende hulpverleningsorganisaties werken beter samen, de zaken zijn goed geregeld en er is een patiëntvriendelijke houding en meer individuele aanpak binnen de Medische Suppletie Unit (de heroïneverstrekking) en de methadonpost – dit werpt vruchten af. Wel is er zorg over op handen zijnde bezuinigen op dagbesteding, daarmee zullen mensen de vergoeding missen alsook de tijdsbesteding, deelnamebereidheid en voldoening van het werk. De afgelopen jaren is de

maatschappelijke opvang neergezet en verbeterd, bezuinigingen kunnen wat is opgebouwd en goed blijkt te werken weer teniet doen.

De vindplaatsen in Amsterdam waren als volgt:

- MDHG – Medische Dienst Heroïne Gebruikers: belangenvereniging;
- Blaka Watra – De Regenboog Groep: inloop en gebruikersruimte;
- Amoc/Helpdesk Oost-Europeanen – De Regenboog Groep: inloop en gebruikersruimte;
- Princehof – De Regenboog Groep: inloop en gebruikersruimte;
- Ondro Bong – De Regenboog Groep: inloop;
- Domus III – Leger des Heils;
- Soepbus – Leger des Heils;
- Zusters Augustinessen van Sint Monica – opvang en activiteiten;
- Veldwerkcontacten/sneeuwbalprincipe;
- Straat en hangplekken in de binnenstad en ‘oude wijken’.

Rotterdam

In Rotterdam hebben wij de context als zichtbaar harder en chaotischer ervaren dan elders (wellicht samen met Eindhoven, zij het daar in mindere mate). Ook leek het ons dat er meer jonge gebruikers waren. Er is een divers hulpaanbod, maar in de verslavingszorg is Bouman GGZ bepalend. Vanaf mei 2013 is De Brijder ook in Rotterdam van start gegaan met hulpverlening aan harddruggebruikers. Er komt een duidelijk sturend beleid van de gemeente naar voren dat zich vertaalt in stringente criteria voor regiogebondenheid en participatie, waaraan sancties verbonden zijn in de vorm van het korten van uitkeringen. Een substantiële groep mensen valt buiten de boot, het meest duidelijk zijn ‘ongedocumenteerden’ en ‘niet-rechthebbenden’. Zo spraken we soms met respondenten die een (tijdelijk) aanbod kregen van ‘noodmethadon’, omdat ze door het gemeentelijk beleid niet langer toegang tot bepaalde reguliere zorg hebben. Een groot aantal gebruikers was op Hepatitis C getest en behandeld, zo viel op in Rotterdam, evenals in Haarlem.

De vindplaatsen in Rotterdam waren als volgt:

- Dukdalf – Leger des Heils;
- De Lichtboei – Leger des Heils;
- De Sluis – Leger des Heils;
- De Meerpaal – Leger des Heils;
- Nico Adriaans Stichting (NAS);
- Havenzicht – Centrum Voor Dienstverlening (CVD);
- De Hille – Centrum Voor Dienstverlening (CVD);
- Wonen, Werken, Leven/De Gravenhof – Centrum Voor Dienstverlening (CVD);
- De Pauluskerk;
- De Ontmoeting;
- Missionaries of Charity;
- Humanitas;
- GGD Rotterdam;
- Veldwerkcontacten/sneeuwbalprincipe;
- Straat en hangplekken.

Utrecht

Utrecht kent ook een divers hulpaanbod, met veel hostels. Het komt over als een geslaagd voorbeeld van een effectieve geïntegreerde aanpak. De tijden van publieke overlast in Hoog Catherijne en ‘De Tunnel’ zijn immers nog niet lang geleden. Victas (voormalig Centrum Maliebaan) is de enige reguliere verslavingszorginstelling in Utrecht en ondergaat momenteel ingrijpende veranderingen. Bij

Stichting Goud hebben we een groot aantal mensen uit de diverse hostels voor drugsgebruikers gesproken, die we daar geworven hadden.

De vindplaatsen in Utrecht waren als volgt:

- Stichting Goud, belangenbehartiging;
- Catherijnesteeg;
- De Hoek – Leger des Heils;
- De Stadsbrug: activering;
- Hostel Wittevrouwen;
- Hostel Leidsemaan;
- De Maliehof;
- Veldwerkcontacten/sneeuwbalprincipe;
- Straat en hangplekken.

Eindhoven

De gebruikersscene in Eindhoven liet ook een wat hardere en chaotischere indruk achter, vergelijkbaar met Rotterdam. Novadic-Kentron is hier dé instelling. In de stad is een relatief beperkt hulpaanbod met strenge inclusievoorwaarden en gedragsregels. Ook in Eindhoven speelt de al eerder – bij Rotterdam – genoemde kwestie van gebruikers (met name ‘niet-rechthebbenden’) die tussen wal en schip vallen. Wat er aan inloop en andere voorzieningen buiten Novadic-Kentron beschikbaar is, wordt volgens onze bevindingen niet of nauwelijks door opiatengebruikers bezocht. De nachtopvang van Novadic-Kentron aan de Mathildelaan wordt veelvuldig genoemd en veel mensen maken langdurig, soms jarenlang, gebruik van deze voorziening – veelal tot hun onvrede.

De vindplaatsen in Eindhoven waren als volgt:

- Domus - Leger des Heils;
- Dienstencentrum Woensel Wijkloop – Leger des Heils;
- Rita Huis - Stichting Neos;
- Labrehuis – Stichting Neos;
- GGZE;
- Springplank 040;
- 't Hemeltje;
- De Boei, verscheidene locaties en cliëntenbelangen;
- Kdet, daklozen organisatie;
- Barka;
- Catherina kerk;
- Informatiepunt integratie;
- St Anna klooster;
- Veldwerkcontacten/sneeuwbalprincipe;
- Straat en hangplekken.

Haarlem

Het viel ons op dat voor zo'n kleine en net-ogende stad als Haarlem veel gebruikers en daklozen in de publieke ruimte aanwezig en zichtbaar zijn. De Brijder is hier de verslavingszorginstelling. Ook viel op dat er in Haarlem veel op Hepatitis C getest en behandeld is.

De vindplaatsen in Haarlem waren als volgt:

- Hier en Nu – Dagopvang Leger des Heils;
- Van de straat – Nachtopvang Leger des Heils;
- Domus – Leger des Heils;
- Huis en Haard – Leger des Heils;

- Aanloophuis – Stem in de Stad;
- Eethuis Stem in de Stad – Stem in de Stad;
- Stichting Release: Spreekuur/inloop/postadres;
- Palier;
- De Wissel – RIBW;
- Actief Talent;
- Veldwerkcontacten/sneeuwbalprincipe;
- Straat en hangplekken (Kenaupark).

2. Bevindingen

Methadon- en heroïneverstrekking

Een groot aantal respondenten bleek deel te nemen aan een methadonverstrekkingproject. Een kleiner aantal respondenten koopt methadon los 'op straat', vaak als ze te weinig geld hebben voor heroïne, maar een opmerkelijk aantal om hun dosis zelf te kunnen bepalen of tijdelijk bij te stellen of te reguleren (bijvoorbeeld voor een paar dagen een verhoogde dosis, of een extra voorraadje voor vakantie). Niet iedereen is altijd even positief over de methadonverstrekking, een aantal respondenten merkte op dat ze een te hoge dosis krijgen, te weinig hulp bij minderen, en geen hulp krijgen bij afbouwen. Opvallend was een aantal gevallen waarin respondenten methadon gebruikten terwijl ze primair vooral andere vormen van hulpverlening wensten: heroïneverstrekking, buprenorfine, of huisvesting en onderdak.

Wij kwamen een aantal mensen tegen die geen methadon meer wilden gebruiken, maar dat wel dienen te blijven doen, anders kunnen zij niet meer aan een heroïneverstrekkingproject blijven deelnemen. Ook waren er respondenten, langdurig opiatengebruikers, die wel heroïne via de verstrekking willen, maar vanwege de verplichte methadon niet willen deelnemen. Daarnaast noemde een aantal respondenten dat ze graag van heroïneverstrekking gebruik zouden maken, maar dat het niet mogelijk is omdat deze in hun stad (in dit geval Haarlem) niet beschikbaar is.

Methadonverstrekking is voor sommigen juist een barrière tot stabilisatie, zij willen er absoluut niet aan beginnen, hebben automatisch geen toegang tot de heroïneverstrekking, en er is nauwelijks een alternatief voor methadon beschikbaar. "Ik begrijp niet waarom er zo star aan methadon wordt vastgehouden" en "Ik maak geen gebruik van spuitomruil omdat mij werd verteld dat mijn methadon omlaag zou gaan als ik zou bijgebruiken. Hoogstmerkwaardig. Als je mensen onbereikbaar wil maken, moet je dat doen".

Polydrugsgebruik

Een groot deel van de respondenten gebruikt naast opiaten ook basecoke (crack). Veelal heeft heroïne de functie om van de coke 'omlaag te komen'. Veel mensen uit de methadonverstrekking gebruiken in meerdere of mindere mate bij. Ook cannabis is veelvuldig genoemd. Hierbij wordt vaak een vorm van zelfmedicatie benoemd; 'om in slaap te komen', 'tegen mijn ADHD' en dergelijke. Alcoholgebruik van 6 consumpties of meer per dag voor mannen en 4 of meer per dag voor vrouwen komt niet uitzonderlijk vaak voor, hoewel er zeker een aantal mensen is dat bovenmatige hoeveelheden alcohol drinkt. Een groot aantal respondenten gaf aan nooit alcohol te drinken. Een respondent vertelde aan drugs verslaafd te zijn geraakt, zodra hij van zijn alcoholverslaving af was gekomen. Slaap- en kalmeringsmiddelen worden af en toe bijgeslikt, maar veel respondenten ontvangen dergelijke pillen al op voorschrift en houden het daarbij. Snuifcoke wordt maar zeer zelden gebruikt, en is vermoedelijk te duur voor regelmatig gebruik. Een enkele keer werden ook XTC of amfetamine/speed genoemd.

GHB gebruik binnen deze doelgroep is minimaal, een enkeling heeft het wel eens geprobeerd. Het gros van de reacties van de respondenten was: 'GHB, wat is dat?' In Eindhoven lijkt GHB wat meer voor te komen, en ook in Utrecht troffen we een groep jongeren aan die geen opiaten gebruiken maar wel GHB. Veel gebruikers hadden wel een mening over GHB: 'Daar begin ik niet aan'; 'Het lekkerste wat er is'. GHB werd ook enkele malen genoemd in relatie tot overdoses en ziekenhuisopnames. Ook opium (onder een enkele gebruiker uit Iran), LSD, ketamine en DMT zijn een enkele keer genoemd. Een aantal respondenten gaf overigens aan vroeger wel meer of andere soorten drugs gebruikt te hebben, maar niet in de afgelopen 12 maanden waar wij in het kader van het onderzoek specifiek naar vroegen. We hebben niets over andere, onbekende drugs of 'New Psychoactive Substances' gehoord.

Dagbesteding/activering

Vrijwel iedere respondent doet aan dagbesteding. Het komt duidelijk naar voren dat dit in alle steden sterk gestimuleerd wordt, c.q. een verplicht karakter heeft. Sommige respondenten geven aan, dan wel wekken de indruk, tevreden met dagbesteding te zijn en hier een positieve invloed van te ervaren. In sommige gevallen komt dagbesteding echter als verplichte kost naar voren en lijkt het weinig bij te dragen aan het welzijn van de cliënt. Dagbesteding neemt namelijk in sommige gevallen de vorm van concreet werk aan (op een boerderij, schoonmaken, afval prikken) en in andere gevallen lijkt het eerder een pro forma bezigheid (de krant lezen of bijbelstudie). Vaak werden activering en dagbesteding juist gezien als een sanctioneringsmiddel. 'Nu moet ik werken op voorwaarden en condities waar ik niks over te zeggen heb. En ik moet het accepteren want als ik dat niet doe kost het me ook nog een flinke smak geld op mijn uitkering.' De meeste dagbesteding levert deelnemers een paar Euro per dagdeel op. En ook deze geringe dagvergoeding staat in sommige steden onder druk. Slechts een enkele respondent heeft werkzaamheden buiten de hulpverlening om. Een beperkt aantal respondenten geeft aan inkomen te hebben uit diefstal of heling, of in mindere mate uit prostitutie, maar een veel groter aantal geeft aan vroeger – tot enkele jaren geleden – wel op dergelijke wijze inkomsten gehad te hebben.

Wonen

Het brede aanbod van woonvoorzieningen lijkt een van de belangrijkste (en mogelijk onderschatte) stappen in het verbrede hulpverleningsaanbod van de afgelopen 15 jaar. In de meeste steden lijkt wonen in eerste instantie goed geregeld middels hostels. Echter, er is een substantieel aantal respondenten dat gebruik maakt van daklozenopvang/nachtopvang. Sommigen zitten (zeer) lange tijd in deze situatie, en vinden om de een of andere reden geen doorstroommogelijkheden. De nachtopvang lijkt eerder echt toegespitst op opvang van korte duur, sommigen geven aan (psychische) problemen te ervaren in de volle slaapruijtes, of het is te druk en er is daardoor geen plek. De nachtopvangvoorzieningen sluiten 's ochtends behoorlijk vroeg, rond 7.30 uur, vervolgens moeten mensen elders heen of de straat op. Dit draagt niet bij aan stabiliteit en rust. In sommige gevallen is de nachtopvang vernieuwd en daarmee een stuk verbeterd en aangenamer geworden, maar zijn er wel minder plekken voor teruggekomen. Daarnaast troffen we een aantal mensen aan die buiten de opvang slapen; op straat, in portieken en in parkeergarages bijvoorbeeld.

Hulpverlening

Hulpverlening is in elke stad weer net even anders geregeld. De meeste organisaties bieden ook een divers hulpaanbod. In een aantal gevallen merkten we duidelijk dat mensen ontevreden waren over de hulpverlening die zij tot hun beschikking hadden. Respondenten geven vaak aan zich gevangen te voelen in de instelling. 'Het lijkt wel of ik van de zorginstelling hier ben.' 'Ik loop van daklozenopvang naar de dagopvang, de methadonvoorziening en 's avond weer naar de daklozenopvang. Iedere dag weer. Dat is toch geen fatsoenlijk leven.' 'Er is toch geen alternatief voor deze organisatie.'

In dit verband kan ook het opvallend lage aantal gebruikersinitiatieven, zelforganisaties, of andere vormen van cliëntparticipatie worden genoemd. Daar waar ze bestonden had dit duidelijk invloed op het gevoel van welbevinden en van serieus genomen worden van de cliënten. Een voorbeeld is Stichting GOUD in Utrecht, maar ook de Nico Adriaans Stichting waar de cliënten nadrukkelijk bij de invulling van services worden betrokken.

Er werd relatief vaak afgegeven op de hulpverlening. 'Je zegt wat je nodig hebt, en vervolgens gaan ze precies het tegenovergestelde doen.' 'Ik zou graag één contactpersoon willen naar wie ik met al mijn problemen toe kan, in plaats van allemaal verschillende mensen.' 'Ze laten me gewoon de tering krijgen.' Wij kregen de indruk dat er soms grote kwaliteitsverschillen tussen de instellingen zijn. We bemerkten ook dat sommigen erg terughoudend waren om kritiek te uiten die ze hadden, op die momenten bleek ook de afhankelijkheid van hulpverlening, bijvoorbeeld als men daar wel heen moet voor methadon. 'Ik zou wel eens onderzoek willen over deze instelling, maar dan wel echt anoniem.' Sommige respondenten merken op dat ze in detentie en na terugkeer in de maatschappij geen of onvoldoende hulp krijgen. Een vrouw meldt dat zij geen hulp bij afkicken kreeg in de gevangenis, een man met Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS) meldt dat hij, na twee keer succesvol een ISD-maatregel (Inrichting voor Stelselmatige Daders) te hebben afgerond, zonder verdere ondersteuning op straat werd gezet terwijl hij wel een zorgplan heeft getekend, maar 'waar blijft het geld?'. Een andere respondent gaf aan een rekening te hebben gekregen voor een uitgebreide behandeling die hij nooit heeft ondergaan.

Psychische gezondheid en welzijn

Psychische klachten kwamen zeer veelvuldig naar voren in de interviews. Dit was ons inziens een van de opvallende bijzonderheden van de interviews. Een groot deel van de respondenten ontvangt echter geen (adequate) behandeling, in de vorm van contact met een psychiater of andere hulpverlener in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en/of medicatie voor hun specifieke problemen. Anderen geven aan wel een GGZ hulpverlener gezien te hebben in de afgelopen 12 maanden, maar slechts eenmalig of niet naar tevredenheid. Een aantal respondenten gaf aan om een psychiater verzocht te hebben maar deze niet te zien te krijgen.

Jongeren

Een groot aantal van de respondenten die we gesproken hebben was ouder. Met name in Amsterdam, zij geven aan het sinds de laatste jaren rustig aan te doen, daarbij vooral doelend op crimineel gedrag en 'hosselen'. Een aantal merkt ook op dat zij nog een van de weinigen zijn die overgebleven zijn, 'de meesten van vroeger zijn allemaal dood'. We zijn ook een aantal jonge mensen tegengekomen, twintigers die al dan niet in de methadonverstrekking blijken te zitten. Vooral verontrustend was de paar keer dat we mensen van begin twintig ontmoetten die op straat leven, buiten de opvang.

Regiogebondenheid en ongedocumenteerden

Landelijke toegankelijkheid van zorg is in alle vijf steden een onderwerp van zorg onder een deel van de respondenten. In elke stad zagen wij de zogenoemde 'regiobinding' naar voren komen. Steden bepalen zo wie zij rechthebbend achten op opvang en hulp (in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning). En zo is er een aantal mensen onder de respondenten die daardoor 'buiten de boot' vallen. Mensen die uit andere gebieden in Nederland komen, ofwel uit andere Europese landen of van verder weg. Wij ontmoetten bijvoorbeeld mensen uit Griekenland, Spanje en Portugal, maar ook uit Iran, Palestina en Eritrea. Een aantal van hen is 'ongedocumenteerd' en komt officieel dan ook voor geen enkele zorg in aanmerking. Dit zijn, samen met de jonge dakloze gebruikers, de meest schrijnende gevallen. Zo vertelde een hulpverlener over een 'ongedocumenteerde' man die al ruim 25 jaar in Nederland is: geregeld word hij opgepakt, dan zit

hij een paar maanden vast. In de gevangenis komt hij helemaal bij, zijn gezondheid verbetert zienderogen en hij knapt op. Vervolgens wordt hij weer op straat gezet en verslechtert zijn algehele gezondheid en welzijn. Buiten een winterkouderegeling kan hij nergens heen, hij slaapt in portieken, op straat. Hij zag er slecht uit tijdens het interview, en ook zijn geestelijke gezondheid was slecht te noemen.

De lokale aanscherping van de hulpcriteria (waaronder regiogebondenheid) leidde er in een aantal steden ook toe dat sommige respondenten nu niet meer onder de nieuwe criteria vielen en uit de zorg en behandeling waren geplaatst. Zij kregen dan bijvoorbeeld bij een andere instelling 'noodmethadon'.

Hepatitis C

Een opvallende bevinding was de grote verscheidenheid aan algemene kennis en informatie over Hepatitis C en de persoonlijke ervaring met testen en behandeling. In Rotterdam en Haarlem waren beduidend meer gebruikers die wisten van hun uitslag en (uit zichzelf) vertelden over hun behandeling. Vrijwel zonder uitzondering waren dit geslaagde behandelingen en mensen keken er met grote tevredenheid op terug. 'Moeilijk, maar meer dan de moeite waard. Ik heb 10 jaar van mijn leven teruggekregen.'

In de andere steden was er een opvallend laag niveau van algemene kennis over ziekte, de eigen status en inzicht in mogelijke noodzaak en mogelijkheden betreffende behandeling.

3. Interessante thematiek

Een aantal thema's is tijdens ons veldwerk de afgelopen zes maanden opvallend naar voren gekomen. Deze thema's zijn ons inziens niet direct uit de vragenlijsten te destilleren, maar wel van groot belang voor de dagelijkse realiteit van gebruikers en hulpverleners. Ook in het licht van veranderend beleid en nieuwe prioriteiten achten wij op basis van onze bevindingen de volgende thema's belangwekkend:

- Regiogebondenheid binnen de hulpverlening en met name daar waar specifieke hulpverleningsinstellingen een monopolie op verslavingszorg hebben. Hierdoor kunnen gebruikers buiten de bestaande zorg vallen, of zitten zij bij gebrek aan keuze tegen hun zin bij een instelling.
- Aan het bovenstaande gerelateerd (instellingsmonopolie met strikte inclusiecriteria): hoe wordt het beschikbare hulpaanbod door gebruikers zelf ervaren?
- 'Activeringsdrang' en herstructureringen/bezuinigingen op de beoogde resultaten van activering onder deelnemers. In hoeverre draagt de huidige implementatie bij tot het vergroten van zelfredzaamheid, verschillende vaardigheden en reïntegratie in de maatschappij?
- Impact van services zoals gebruikersruimtes, woonvoorzieningen en de kwaliteit van leven ('Quality of Life') onder verschillende groepen gebruikers.
- Het geringe niveau van cliëntparticipatie ('meaningful involvement') in dienstverlening en beleid. Hoe kunnen cliënten beter betrokken worden bij het beleid en de hulpverlening die hen zelf betreft?
- Zorgelijk niveau van depressie en aanverwante GGZ problematiek onder grote groepen drugsgebruikers. Met name daar het merendeel van hen in reguliere hulpverlening zit, maar mogelijk niet adequaat gezien of geholpen wordt.
- Zorgelijke Hepatitis C problematiek onder (ex-) injecterende drugsgebruikers. Dit uit zich onder andere in een laag niveau van kennis onder gebruikers over Hepatitis C en de mogelijkheden van testen en behandeling en met name in het geringe aantal participanten dat aangaf in behandeling te zijn of te zijn geweest. Enkel steden waarin de hulpverleningsinstellingen een actief beleid op Hepatitis C hebben, vormen hierop een positieve uitzondering.

Met dank aan: alle deelnemers aan het onderzoek en alle medewerkers van (overheids- en particuliere) instellingen en voorzieningen die ons hebben geholpen met de werving van deelnemers en anderszins het onderzoek hebben gefaciliteerd. In het bijzonder willen we de plaatselijke contactpersonen en 'fixers' bedanken die ons in hun stad de weg wezen en introduceerden bij geschikte locaties, (andere) gebruikers en sleutelfiguren. Mensen uit 'de gebruikersscene' willen we in verband met privacy niet bij naam noemen maar wel willen we een aantal specifieke medewerkers van organisaties noemen om hen te bedanken voor hun hulp en introducties bij ons veldwerk:

- Monique van Denderen, GGD, en de medewerkers van Stichting Goud (Utrecht);
- John van den Broek, Novadic-Kentron (Eindhoven);
- Jasperine Schupp, De Regenboog Groep (Amsterdam);
- Straatpastoor Joris Obdam, Stem in de Stad (Haarlem);
- Cas Barendregt, IVO, en de medewerkers van de Nico Adriaans Stichting (Rotterdam).

