

MAIN*line*



SIGNAALRAPPORTAGE OPIAATBEHANDELING VANUIT GEBRUIKERSPERSPECTIEF

Een tevredenheidpeiling onder cliënten van de opiaatbehandeling binnen de Nederlandse verslavingszorg

Colofon

Redactie:	Ingrid Bakker
Interviews:	Toon Broeks, Annet Vogelaar, Ingrid Bakker
Vormgeving en Opmaak:	Leon Knoops

Dit rapport is een onafhankelijke publicatie van **Stichting Mainline** en is financieel mogelijk gemaakt door **Indivior**.

Amsterdam, oktober 2016.

Mainline focust op preventie en signalering binnen de driehoek drugs, gezondheid en marginalisering. Daarbij vormt het verbeteren van de kwaliteit van leven van mensen die drugs gebruiken het uitgangspunt en is er speciale aandacht voor preventie van gezondheidsschade en infectieziekten. Dit doen we door het signaleren van nieuwe trends, lacunes in het zorg- en informatieaanbod en het activeren van verantwoordelijke partijen om deze lacunes te dichten. Daarnaast informeren we de doelgroep zelf over drugs en gezondheid en een passend hulpverleningsaanbod.

Mainline richt zich bij de uitvoering van haar missie primair op mensen die, samenhangend met hun druggebruik problemen op verschillende leefgebieden ervaren en daardoor in de maatschappelijke marge (dreigen te) raken, maar ook op mensen die door druggebruik gezondheidsrisico's lopen met mogelijk gevolgen voor de publieke gezondheid.

Voorwoord en dankbetuiging

Voor u ligt de signaalrapportage Opiaatbehandeling vanuit gebruikersperspectief
Een tevredenheidpeiling onder cliënten van de opiaatbehandeling binnen de
verslavingszorg in Nederland.

Wij hopen dat dit rapport zal bijdragen aan het op de agenda houden van het cliënten-
perspectief bij het ontwikkelen van richtlijnen en het aansluiten bij de beleving en wensen
van de druggebruikers in de dagelijkse zorgpraktijk.

Grote dank gaat natuurlijk uit naar alle geïnterviewden. In de eerste plaats alle gebruikers
die de tijd hebben genomen ons over hun ervaringen te vertellen.

Hiernaast gaat dank uit naar de volgende personen, die vanuit hun professionele
hoedanigheid hebben verteld wat zij van gebruikers horen over de opiaatsubstitutie-
behandeling:

Monique van den Heuvel	Ondersteuner van de cliëntenraad bij Tactus
Floris Bary	Ervaringsdeskundige en trainer/adviseur bij het Leger des Heils
Jordy Taytelbaum	MDHG (belangenvereniging voor druggebruikers in Amsterdam)
Gert Thesingh	(Outreachworker voor stichting Streetcornerwork in Amsterdam Zuid-Oost)

MAI
nl
ine

1. Inleiding

In Nederland zijn er twee richtlijnen voor de behandeling van mensen met een opiaatafhankelijkheid, te weten: Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB 2006 en herziene versie 2012) en de Multidisciplinaire Richtlijn Behandeling van Opiaatverslaving (MDR 2013). In 2017 zal de Zorgstandaard Opiaatverslaving verschijnen waarin alle richtlijnen, protocollen en andere relevante documenten worden samengenomen om een norm te beschrijven voor goede multidisciplinaire zorg bij deze (aldus de auteurs van de RIOB) ‘chronische aandoening’.

Bij het opstellen van de RIOB en de MDR is, naast wetenschappelijke literatuur (evidence based), praktijkkennis (het rekening houden met de belasting, kennis en vaardigheden van de werknemers die de behandeling uitvoeren, ofwel practice based) ook het cliënten- (of zoals ze het in de RIOB noemen ‘patiënten’-) perspectief meegenomen (preference based). Middels deze ervaringskennis van de doelgroep zelf, worden bestaande knelpunten blootgelegd die goede zorg voor mensen met een opiaatafhankelijkheid in de weg staan. Enerzijds hebben ze behoefte aan een goede informatievoorzieningen met betrekking tot hun behandeling: welke opties zijn er, wat is de bedoeling van de behandeling en hoe kan de behandeling bijgesteld worden. Anderzijds ervaren ze grote verschillen in de mate waarop ze hun behandeling kunnen beïnvloeden.

Zo noemen cliënten dat ze ervaren matige inspraak te hebben bij het bepalen van de juiste dosis en dat ze vaak niet goed op de hoogte zijn van klachtenprocedures binnen instellingen. Daarnaast meldt de (herziene) RIOB dat mensen met een opiaatafhankelijkheid - zoals ieder mens - de wens hebben om respectvol bejegend te worden. Voor een goede behandelrelatie is het belangrijk dat ‘het perspectief van de cliënt aandacht krijgt, en dat zij bijvoorbeeld de doseringen, het soort medicijn en de begeleiding kunnen bespreken met de behandelaar.’ In de RIOB worden daar handvatten voor geboden, zoals de gespreksmodule “Samen beslissen” die als effectief uit de evaluatie komt.

Volgens evaluatief onderzoek van “Resultaten Scoren” (het kenniscentrum verslaving dat zich inzet voor het ontwikkelen van ‘evidence based interventies, richtlijnen en protocollen op het gebied van behandeling en preventie’) naar de verspreiding en gebruik van richtlijnen en protocollen in de verslavingszorg, heeft de RIOB (toen nog in de niet herziene versie) een zeer hoge implementatiegraad: in 2011 is dat 100% onder de dan meedoende instellingen (tien in totaal) voor verslavingszorg. Daaruit leiden de onderzoekers af dat de toepassing van de RIOB goed is. In de discussie wordt echter terecht opgemerkt dat omdat het onderzoek is uitgevoerd aan de hand van telefonische interviews met aangewezen contactpersonen binnen de instellingen (professionals dus) het geen zicht geeft op de werkelijke praktijk rondom de implementatie. Het gaat hier over 1 tot 3 contactpersonen per instelling die inzicht moesten geven in de implementatie van niet alleen deze richtlijn, maar van nog 27 (!) andere richtlijnen en protocollen. Bovendien betreft het hier de grote verslavingszorginstellingen met vele aparte vestigingen, waardoor het aannemelijk is dat de inschatting van de implementatie er vooral een is van de papieren werkelijkheid, maar weinig zegt over de praktische uitvoeringsrealiteit op de werkvloer - laat staan hoe deze aan de kant van de doelgroep zelf ervaren wordt.

Aldus kan geconcludeerd worden dat - hoewel het cliëntenperspectief wel degelijk wordt meegenomen in de ontwikkeling van de richtlijnen - er onvoldoende evaluatie plaatsvindt

met betrekking tot het effect van de gerapporteerde implementatie op de dagelijkse zorgpraktijk vanuit dat cliëntenperspectief. Vandaar deze signaalrapportage waarin de cliënten van de opiaatbehandeling binnen de verslavingszorg is gevraagd naar ervaringen en tevredenheid rondom hun behandeling.

Doelen van dit onderzoek:

- Ontwikkelen van een beter inzicht in de dagelijkse zorgpraktijk voor mensen met een opiaatafhankelijkheid
- Ontwikkelen van een beter inzicht vanuit cliëntenperspectief in de praktische implementatie van bestaande richtlijnen
- Eventuele lacunes in de opiaatbehandeling onder de aandacht brengen bij de verslavingszorg
- Input vergaren voor handzame informatievoorziening voor de doelgroep zelf

2. Methodiek

Om het cliëntenperspectief op de dagelijkse zorgpraktijk van opiaatonderhouds-behandeling te onderzoeken hebben veldwerkers van Stichting Mainline op verschillende locaties in het land 50 mensen geïnterviewd die methadon of buprenorfine verstrekt krijgen via een verslavingszorginstelling.

Het enige inclusie criterium voor dit onderzoek was het gebruiken van methadon of buprenorfine via een verslavingszorginstelling. Deelnemers aan de heroïneverstrekking zijn dus niet opgenomen in dit onderzoek.

De respondenten zijn geworven op plekken waar veldwerkers van Stichting Mainline komen zoals laagdrempelige inloop- en woonvoorzieningen voor druggebruikers, methadonverstrekkingen en voorzieningen voor dagbesteding.

De interviews zijn afgenomen aan de hand van gestructureerde vragenlijsten met zowel open als gesloten vragen, waarvan veel in de vorm van het geven van een cijfer. Deze interviews duurden zo'n 30 tot 50 minuten. Respondenten namen anoniem deel en kregen de verzekering dat hun antwoorden niet met de instelling zouden worden gedeeld.

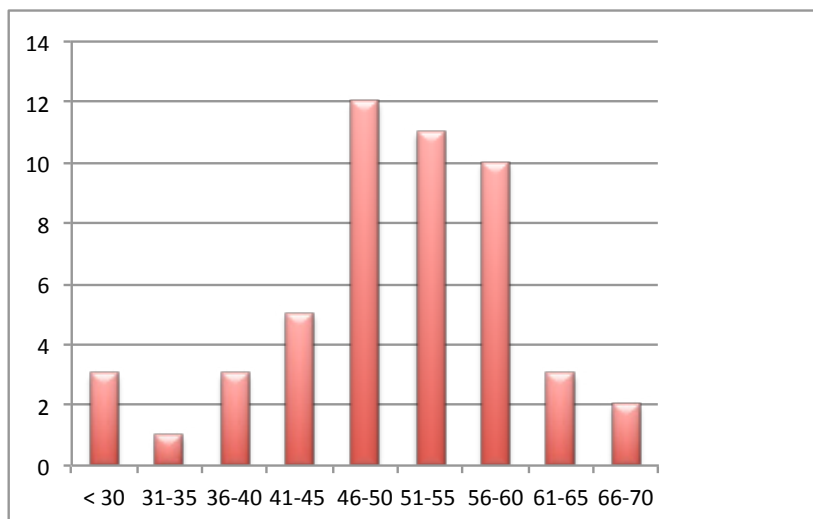
Aanvullend op de 50 interviews zijn tevens 4 professionals uit het veld geïnterviewd die van-uit hun dagelijks contact met druggebruikers een breder perspectief kunnen geven op de ervaringen van druggebruikers met methadon/buprenorfineverstrekking.

3. Resultaten onderzoek

Kenmerken van respondenten en verstrekking

Voor dit onderzoek werden 11 vrouwen en 39 mannen geïnterviewd. De respondenten hebben een gemiddelde leeftijd van 50 jaar. Zij zijn afkomstig uit Amsterdam, Deventer, Eindhoven Groningen, Hoorn, Nijmegen, Rotterdam en Venlo.

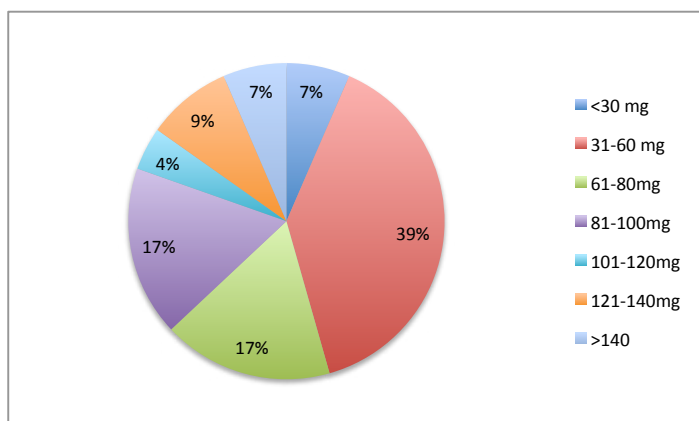
Tabel 1: Leeftijd respondenten



Bij het werven van respondenten werd gevraagd of men methadon of buprenorfine gebruikt, beiden vervangers voor heroïne die niet tegelijkertijd gebruikt kunnen worden. Desondanks gebruiken alle respondenten die meewerkten aan dit onderzoek methadon. De professionals die aan dit onderzoek meewerkten bevestigden dat ze van hun cliënten/achterban ook weinig horen over het gebruik van buprenorfine. Cliënten die de wens hebben om over te stappen naar het gebruik van buprenorfine worden volgens een professional doorverwezen naar een lokale verslavingszorginstelling die meer ervaring heeft met het voorschrijven van buprenorfine.

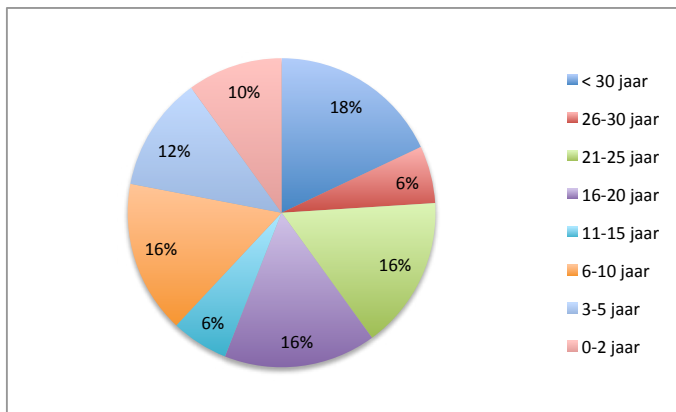
De gemiddelde dosering is 70 mg methadon per dag. Vier respondenten vertellen echter uit zichzelf, minder dan de dagelijks voorgeschreven dosering te nemen. Twee doen dit omdat ze op eigen houtje hebben afgebouwd nadat de behandelaar dit had ontraden. De andere twee vertellen dat ze maar een gedeelte van hun methadon nemen om de rest door te kunnen verkopen. In beide gevallen doen ze dit om zo hun cokegebruik te bekostigen. Alle respondenten krijgen de methadon in pilvorm verstrekt.

Tabel 2: Dosering methadon



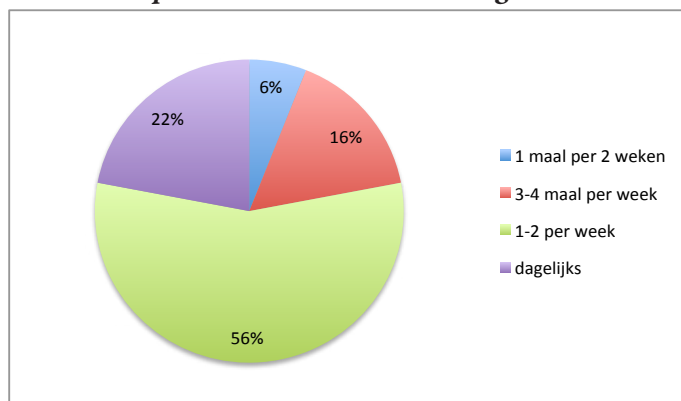
De respondenten zijn gemiddeld 15 jaar onder behandeling. Veel respondenten geven echter aan dat de duur van de behandeling een schatting is en regelmatig was er sprake van tussenpozen waarin er even geen methadon werd gebruikt, bijvoorbeeld door detentie of detoxbehandeling.

Tabel 3: Duur methadonbehandeling



Het grootste gedeelte van de respondenten krijgt verstrekt binnen een instelling voor verslavingszorg. Hier nemen zij hun dosis methadon voor die dag in en krijgen eventueel de dagdoseringen mee, voor de dagen dat ze niet naar de methadonverstrekking komen. In veel gevallen gebeurt dit innemen aan de balie onder toezicht (DOT – Dosering Onder Toezicht). Een kleiner gedeelte van de respondenten krijgt verstrekt binnen een woonvoorziening voor druggebruikers of de eigen woning, waar verpleegkundigen van de lokale verslavingszorg de methadon langs komen brengen. Een respondent is onder behandeling bij de lokale verslavingszorg maar haalt zijn methadon op bij de apotheek.

Tabel 4: Frequentie methadonverstrekking



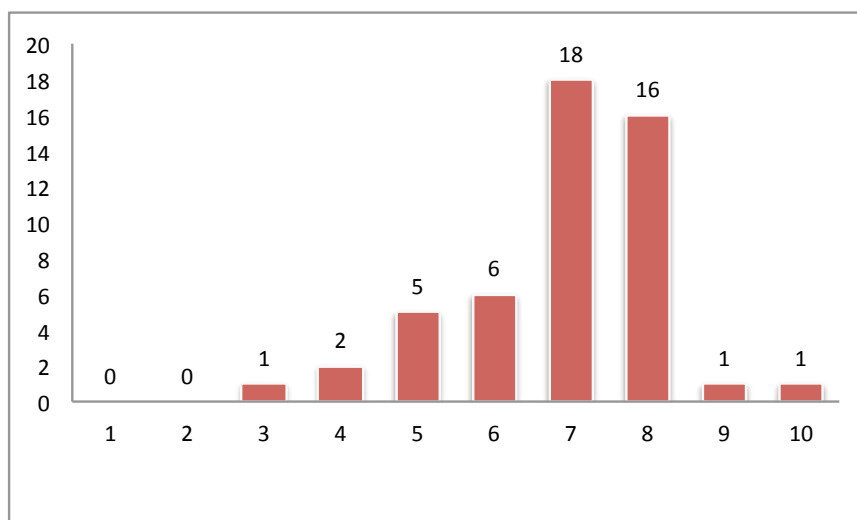
Mening manier van verstrekken

Het overgrote gedeelte van de respondenten vindt de manier waarop de methadon wordt verstrekt prima en is blij dat er verstrekking is. In de meeste gevallen ervaart men de verstrekking als een zakelijke interactie. De meeste gehoorde wens is om minder vaak te hoeven komen om de methadon op te halen. Hiernaast worden korte openingstijden van de verstrekking geregeld genoemd als minpunt. Dit wordt als minpunt ervaren omdat mensen soms zonder methadon zitten als ze het niet redden op tijd te komen en is het geregeld druk bij de verstrekking omdat iedereen binnen hetzelfde uur komt. Een aantal respondenten vindt het onvermijdelijke contact met andere gebruikers bij de verstrekking vervelend omdat ze menen daardoor telkens in de verleiding komen om te gebruiken. Een zelfde hoeveelheid respondenten geeft echter aan dat ze het sociale contact met verstrekkers en andere gebruikers juist wel prettig vinden en dit ze het gevoel geeft dat er een beetje op hen gelet wordt. Een paar respondenten geeft aan de DOT vervelend te vinden. Omdat ze het vernederend vinden maar ook omdat ze daardoor op een ander tijdstip dan normaal hun methadon moeten nemen of het in een keer moeten nemen terwijl ze het thuis over twee porties verdelen. Twee respondenten zeggen zelf de DOT fijn te vinden omdat ze erkennen de structuur en de controle nodig te hebben.

Van de professionals horen we in deze context nog over mensen die niet naar de verstrekking willen en hun methadon op de zwarte markt kopen en een toename van mensen die hun methadon mogen ophalen bij de apotheek of die overstappen naar verstrekking via de huisarts en daar door de POH (Praktijkondersteuner Huisarts) worden gezien.

Ook melden zij dat ze soms horen dat verstrekking frequentie of verstrekking van methadon als dwangmiddel wordt gebruikt om te zorgen dat mensen op bepaalde afspraken komen. Mensen worden soms op dagverstrekking gezet tot ze bijvoorbeeld een longfoto hebben laten maken of men krijgt pas methadon als ze een bepaalde hulpverlener hebben gesproken.

Tabel 5: Waardering openingstijden methadonverstrekking



De openingstijden van de verstrekking krijgen een gemiddelde waardering van 6,9. De meeste respondenten zeggen dat ze geen klachten hebben en hun activiteiten om de verstrekkingstijden heen plannen. Flexibiliteit is wel een specifiek punt in deze waardering. Verschillende respondenten vertellen dat de openingstijden weliswaar kort zijn maar dat ze op de methadonpost heel flexibel zijn als je een keer niet op de afgesproken tijd kunt komen of verlaat bent. Flexibiliteit wordt daarentegen ook meerdere malen genoemd als kritiekpunt: als je iets te laat komt krijg je niets meer en zit je zonder. Verschillende respondenten zouden wat langere openingstijden willen omdat het nu soms erg druk is en ze lang moeten wachten.

Huidig bijgebruik en historie bijgebruik

Op het moment van het onderzoek gebruiken de respondenten naast hun methadon verschillende middelen. Basecoke is duidelijk het meest gebruikte middel, bijna 60 procent van de respondenten geeft aan dit middel te gebruiken. Zo'n 40 procent zegt nog heroïne te gebruiken. Wat wel opviel was dat slechts enkelen aangeven nog dagelijks een van deze twee middelen te gebruiken. In de meeste gevallen gaat het om relatief kleine hoeveelheden en een vaste structuur van 1 of 2 keer per week of werden deze middelen gebruikt als er een speciale gelegenheid is, men extra geld heeft of er hele goede kwaliteit beschikbaar is.

Naast deze twee middelen noemt ongeveer een kwart van de respondenten het gebruik van benzo's of andere psychofarmaca, voorgeschreven dan wel gekocht op straat. Dit kan mogelijk een onderrepresentatie zijn aangezien hier niet actief op doorgevraagd is en niet iedereen dit als middel/drugs ervaart. Zo'n 20 procent geeft aan geregeld te blowen. Van de mensen die geen heroïne of basecoke meer gebruiken, zegt er een aantal overgestapt te zijn op dagelijks alcoholgebruik. Een paar mensen gebruiken helemaal niets meer. Een enkeling noemt nog het gebruik van speed, XTC of andere NPS zoals mefedron.

Een globale historische schets van het bijgebruik van heroïne tijdens de behandeling laat het volgende beeld zien. Het grootste gedeelte van de respondenten zegt in het begin van de behandeling weliswaar minder heroïne te zijn gaan gebruiken maar dat de behandeling hen niet direct heeft laten stoppen. Vaak gaat er nog menig jaar overheen voor ze de heroïne vaarwel zeggen. Voor stoppen of sterk minderen met heroïne worden vaak lichamelijke of meer sociaal/emotionele redenen gegeven. Denk hierbij aan geen bloedvaten meer hebben om te shotten, slechte longen, ouder worden, geen zin meer hebben in gehossel of gewoonweg klaar zijn met heroïne en/of een leven in de marge.

Een kleiner gedeelte zegt na start van de behandeling wel helemaal gestopt te zijn met heroïne en dat een tijdje vol te hebben gehouden. Net als bij de redenen die worden gegeven om te minderen, worden voor weer beginnen met heroïne vaak sociale en emotionele aanleidingen gegeven, zoals een scheiding, een depressie of het krijgen van een ernstige ziekte. Opvallend is dat er bij weinig respondenten een stabiel patroon lijkt te zijn en dat de meeste respondenten hun gebruik linken aan hun persoonlijke leven en methadon hooguit gebruiken om hun wensen en voorkeuren met betrekking tot het gebruik van heroïne te ondersteunen.

Methadonervaring

De meest genoemde ervaring met het middel methadon was dat van een praktisch hulpmiddel: gewoon een vervanging die zorgt dat je geen ontwenningssverschijnselen krijgt, waardoor je leven niet wordt geregeerd door de angst om ziek te worden en waardoor enige stabiliteit gevonden kan worden. Geen wondermiddel waardoor je ineens geen drugs meer wilt gebruiken maar eerder als een pragmatische oplossing. Velen plaatsten echter wel de kanttekening dat ze nu misschien niet meer afhankelijk zijn van heroïne maar wel van methadon. En die afhankelijkheid van methadon wordt geregeld als zwaarder ervaren dan die van heroïne.

“Ik vind het een noodzakelijk kwaad om niet ziek te worden, maar het blijft een klote middel. Ik kom nooit meer van de methadon af, elke dag word ik toch nog wakker met pijn in mijn poten.”

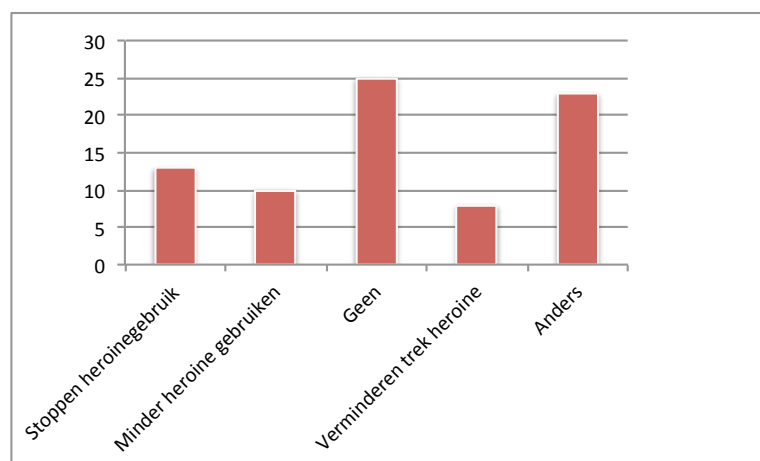
“Ik ben blij dat het er is want de hele dag achter je dope aan rennen is erger, maar je zit er wel aan vast. Ik heb een keer geprobeerd af te bouwen maar dat was een drama. Een half jaar na stoppen was ik nog steeds mezelf niet, slecht slapen en depri. Ik heb me erbij neergelegd dat ik nooit ga stoppen, ik vind het nu wel prima zo.”

“Het helpt goed om niet ziek te worden, maar is een gevaarlijk middel want als ik het niet heb, word ik hartstikke ziek, zieker dan bij heroïne.”

Sommigen ervaren wel een roesgevoel, anderen niet en de een vindt dit prettig, de ander niet. Verschillende respondenten noemen de pijnstillende werking bij lichamelijke kwalen als voordeel. Een paar respondenten noemen obstipatie als nadeel.

De professionals vertellen dat ze het opvallend vinden dat ze relatief veel mensen zien die al lang geen heroïne meer gebruiken en redelijk stabiel zijn en toch nog lang op een lage dosering blijven staan. Enerzijds wordt dit volgens hen vaak geadviseerd door de behandelaar maar ook bij de gebruikers zelf zien ze de behoefte terug. Vaak lijkt er sprake van hechting aan het middel en ook aan de vorm. Als binnen een instelling iets verandert in het voorschrijfbeleid ontstaat er vaak veel onrust. Opvallend was dat alle professionals melden nauwelijks mensen te kennen die buprenorfine gebruiken.

Tabel 6: Reden methadonverbruik

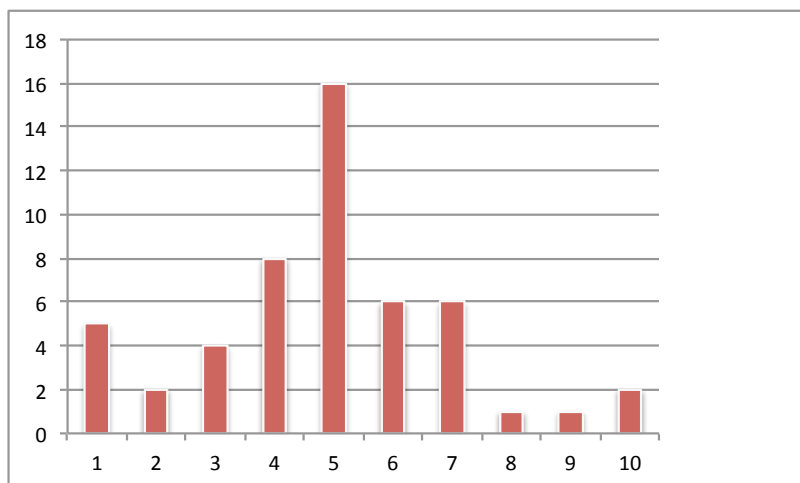


De pragmatische manier waarop er tegen methadon wordt aangekeken is terug te zien in de antwoorden die het meest werden gegeven op de vraag wat de reden was waarom ze nu methadon/buprenorfine gebruiken. Uiteindelijk is er natuurlijk veel overlap in de verschillende redenen. Doordat er geen ontwenningssverschijnselen ervaren worden is de noodzaak heroïne te gebruiken immers minder, waardoor mensen makkelijker kunnen stoppen of minderen. De helft noemt echter het directe effect van de methadon, geen ontwenningssverschijnselen, als reden. Kleinere aantallen noemden indirecte doelen zoals de wens om te stoppen of om te minderen alsmede het effect dat methadon heeft met betrekking tot het verminderen van het gevoel van “craving”.

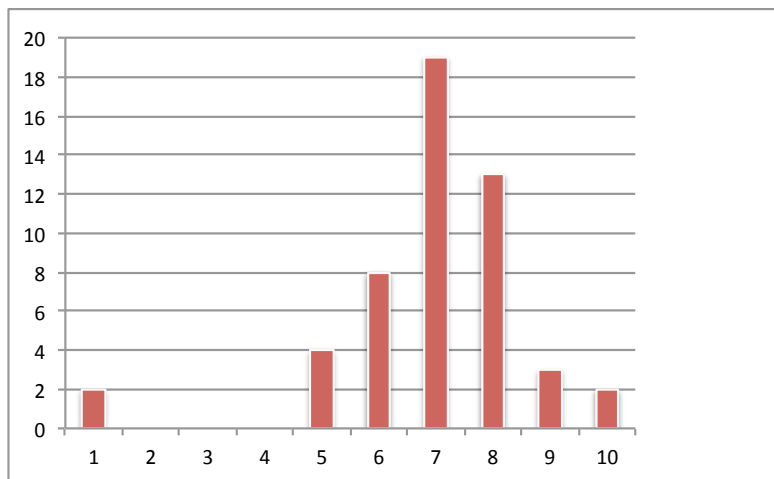
Respondenten konden meer dan 1 antwoord geven en onder ‘anders’ zeiden de meesten dat ze niet meer zonder methadon kunnen omdat ze nu lichamelijk en geestelijk afhankelijk zijn van methadon. Voor hen is methadongebruik naast praktisch ook gewoon een verslaving. Een enkeling uit nog wel de wens ooit met methadon te stoppen maar het grootste deel van de respondenten dat afhankelijkheid van methadon als reden geeft, lijkt zich erbij neergelegd te hebben en zegt voornamelijk rust te willen in hun leven. Een paar respondenten noemen onder ‘anders’ expliciet zelfmedicatie bij het tegengaan van angsten en/of lichamelijke pijn. Een respondent noemt het feit dat hij door methadon minder hoeft te stelen en dus minder in de gevangenis belandt. Een ander noemt het feit dat hij door methadongebruik minder in contact hoeft te komen met dealers.

De respondenten werd ook gevraagd om een cijfer te geven aan de ervaren levenskwaliteit en dit op te splitsen in “voor het starten met methadon” en “nu”. Vele respondenten zijn al jaren en sommige zelfs decennia onder behandeling van methadon dus het is uiteraard vaak moeilijk om aan te geven of een toename of afname in levenskwaliteit echt aan methadon heeft gelegen. Op levenskwaliteit zijn immers veel factoren van invloed. De gegeven waardering is dan ook slechts een indicatie maar het laat wel een algemene tendens met een behoorlijke opgaande lijn zien. De gemiddelde waardering van de levenskwaliteit stijgt van 4,8 naar 6,9.

Tabel 7: Waardering levenskwaliteit voor opiaatbehandeling



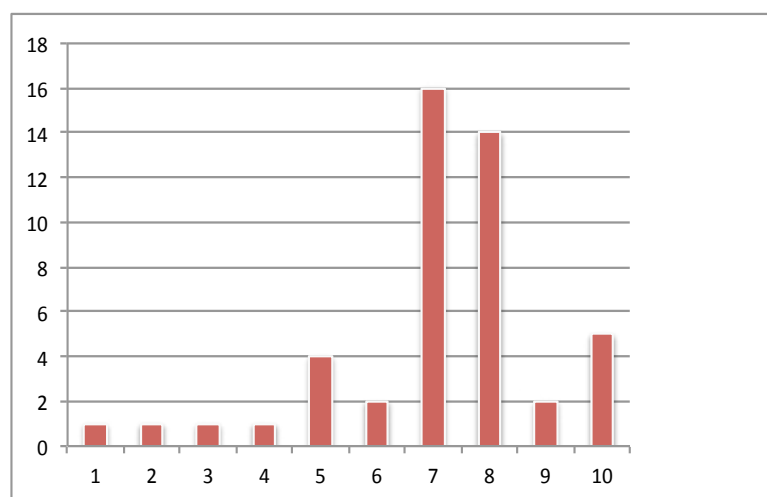
Tabel 8: Waardering huidige levenskwaliteit



Behandelrelatie

Ruim 90% van de respondenten gaf aan een vaste behandelaar of contactpersoon te hebben bij wie ze bij terecht kunnen als ze iets willen bespreken. Een aantal respondenten geeft aan dat ze geen idee hebben wie dat zou zijn of dat ze het spoor bijster zijn omdat er erg vaak wisselingen zijn. Deze vaste behandelaar/contactpersoon is meestal een verslavings-arts of een verpleegkundige. In een klein gedeelte van de gevallen is de vaste contactpersoon een maatschappelijk werker of een case-manager van wie men de precieze achtergrond niet weet.

Tabel 9: Waardering relatie behandelaar/contactpersoon

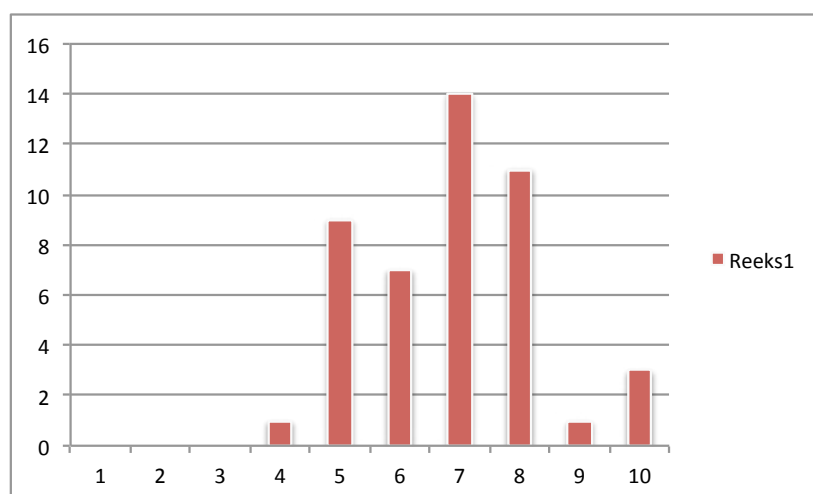


De relatie met de vaste contactpersoon/behandelaar wordt gewaardeerd met een gemiddelde van 7,1. Positieve waardering hangt meestal samen met zich gehoord voelen, zich serieus genomen voelen, het ervaren van open en eerlijk contact, betrouwbaarheid en interesse en het gevoel dat diegene hen echt probeert te helpen. De mensen die een wat neutralere waardering geven beschrijven de relatie meestal als een zakelijk contact waarover ze geen klachten hebben. De negatieve waardering hangt samen met weinig

vertrouwen voelen, slechte bereikbaarheid, afspraken niet nakomen, te veel pushen, niet meegaan in de (medicatie)wensen van de respondent en een algemeen gevoel dat die persoon niets voor hen doet.

De professionals horen over het algemeen weinig klachten over de behandelrelatie. Hier wordt opgemerkt dat er vermoed wordt dat de meeste gebruikers wellicht ook niet zo'n behoefte hebben aan een nauwe behandelrelatie omdat ze de methadonbehandeling over het algemeen vrij zakelijk zien. Wat wel belangrijk is, zijn vaste gezichten binnen de behandeling en verstrekking zodat men weet waar men aan toe is en niet het gevoel heeft elke keer opnieuw te moeten beginnen.

Tabel 10: Waardering bereikbaarheid vaste contactpersoon/behandelaar



De respondenten waarderen de bereikbaarheid van de vaste contactpersoon/ behandelaar met een gemiddelde van 6,9. Positieve waardering hangt samen met veel aanwezig zijn, direct contact kunnen hebben en soms zelfs de beschikking over het mobiele nummer van de contactpersoon met de toestemming altijd contact te mogen opnemen. Veel respondenten zeggen niet direct met de contactpersoon in contact te kunnen komen maar de waardering hangt dan af van het feit of de contactpersoon snel terugbelt of dat er iemand anders beschikbaar is die eventuele vragen kan beantwoorden. De negatieve beoordelingen hangen vaak samen met onduidelijkheid over aanwezigheid van de contactpersoon, moeilijk contact krijgen omdat telefonisch contact via een centrale gaat die niet altijd goed functioneert en niet teruggebeld worden als er contact wordt gezocht. Verschillende respondenten geven verder aan dat ze het fijn zouden vinden als er ook in het weekend iemand bereikbaar zou zijn in geval van nood.

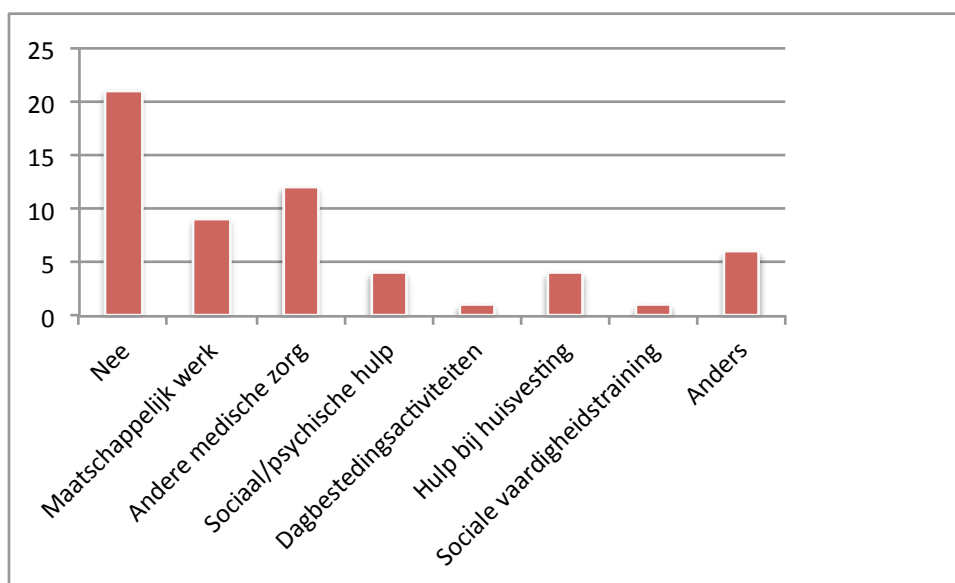
Inhoud behandeling

Bijna de helft van de respondenten geeft aan dat hun behandeling eigenlijk alleen bestaat uit opiaatvervangers en eventueel andere medicatie die ze op de methadonpost verstrekt krijgen. De meest genoemde andere actie bestaat uit medische ondersteuning bij lichamelijke- of psychische klachten. Zo kregen verschillende respondenten begeleiding vanuit de methadonverstrekking tijdens een hepatitis C behandeling of worden

chronische aandoeningen zoals diabetes op de post onder controle gehouden. Een aantal respondenten meldt in deze context ook gesprekken met een psychiater of psycholoog. Slechts een klein gedeelte van de respondenten vertelt dat de maatschappelijk werkzaken geregeld worden via de methadonpost. Respondenten vertellen dat ze vanuit de methadonverstrekking hulp hebben gekregen bij het vinden van huisvesting of dat financiën of contact met bewindvoerders via de post worden geregeld. Veel respondenten geven echter aan dat maatschappelijk werkzaken via de woonvoorziening of de dagbestedingsvoorzieningen worden geregeld. Een aantal respondenten vertelt dat ze regelmatig een huisbezoek krijgen van iemand van de methadonpost en dat de vaste contactpersoon iemand is met wie ze regelmatig bespreken hoe het met ze gaat en van wie ze ondersteuning krijgen bij het oplossen van verschillende problemen, zij het door meedenken of door gerichte doorverwijzing.

Alle professionals merken op dat de nadruk in de behandeling van opiaatafhankelijkheid binnen de verslavingszorg steeds meer komt te liggen op het medische wereld. De meer maatschappelijke functies die eerder wel vervuld werden binnen de verslavingszorg worden nu vaak elders geregeld. Hier wordt enige zorg over uitgesproken want vaak lijkt dit meer een economische kwestie dan een inhoudelijke keuze. Ook wordt er melding gemaakt van te hoge caseload en capaciteitsgebrek binnen bestaande maatschappelijk werkaanbod. Hierdoor kloppen cliënten, die eigenlijk door maatschappelijk werk binnen de verslavingszorg geholpen hadden moeten worden, nu bij andere instanties aan.

Tabel 11: Andere hulp naast opiaatvervanger

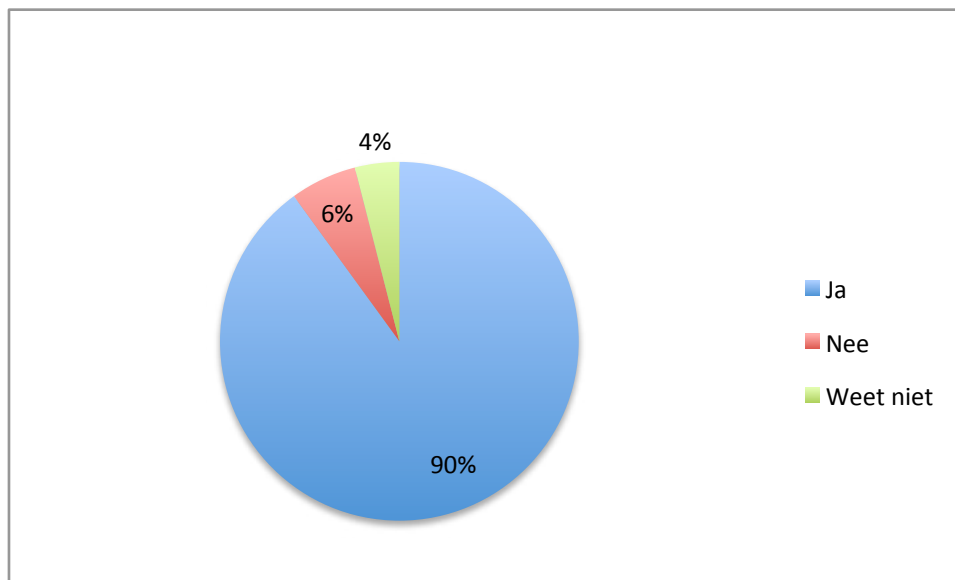


Het grootste gedeelte van de respondenten beaamt in het afgelopen jaar een gesprek met de behandelaar te hebben gehad over de behandeling. Hier werd vaak opgemerkt dat het verplicht is. Een aantal respondenten vertelde dat ze het in het begin vervelend vonden dat ze verplicht op gesprek moesten komen en vragen moesten beantwoorden, maar dat ze het inmiddels wel een prettig gesprek vinden. Een zelfde aantal merkt op dat ze het redelijk zinloos vinden omdat er weinig verandert en ze elke keer dezelfde vragen krijgen.

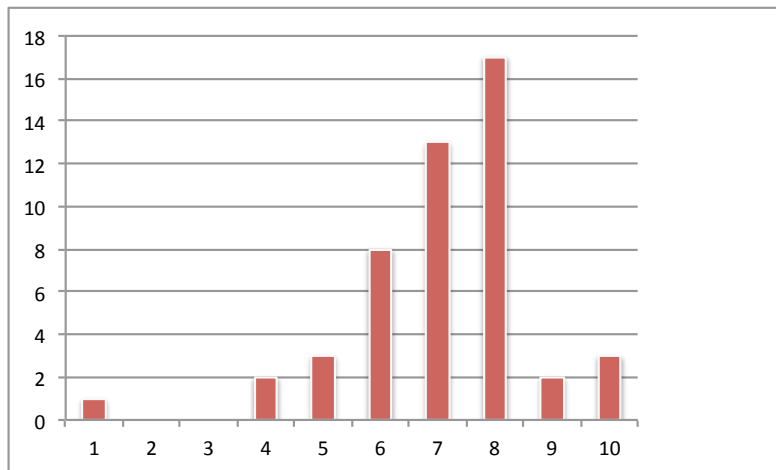
De professionals geven ook aan het goed bedoelde ‘verplichte’ contact over behandeling en behandelmogelijkheden, dat bedoeld is om passende zorg te bieden en cliënten de mogelijkheid te geven tot vragen en inspraak, door cliënten lang niet altijd als positief wordt ervaren. Zij horen geregeld dat verplichte gesprekken en vragen worden geïnterpreteerd als ongevraagde bemoeienis en een blijk van wantrouwen.

“Pogingen tot Shared Decision Making (SDM) worden door cliënten vaak gezien als bemoeienis. Vroeger was een gesprek met de arts of de manager foute boel. Gebruikers ervaren het al snel als verantwoording afleggen en willen natuurlijk het liefst zelf beslissen en zo weinig mogelijk bemoeienis. Ze zien het vaak als zeer belastend en irritant. SDM vraagt om een cultuurverandering bij zowel professionals als gebruikers. Veranderingsprocessen rondom SDM zijn vaak gericht op hulpverleners veranderen en vraagt zich volgens mij niet altijd af of gebruikers hier wel op zitten te wachten. Gebruikers vinden het vaak ook niet even makkelijk om overal wat van te vinden en plannen te maken. Als je tien jaar nooit bij een arts hoefde te komen, is twee keer per jaar moeten opdraven behoorlijk wennen. Ook vaste vragenlijsten hebben volgens mij een negatieve invloed op de behandelrelatie. Zeker voor chronische cliënten is het een belasting want er verandert weinig.”

Tabel 12: Contact in afgelopen jaar met behandelaar over behandeling



Tabel 13: Waardering totale behandeling



De respondenten gaven het totaal van de behandeling een gemiddelde waardering van 7,1.

Inspraak

De totstandkoming van de voorgeschreven dosering methadon is een belangrijk punt binnen de opiaatonderhoudsbehandeling, waarop cliënten al dan niet inspraak kunnen ervaren. De respondenten vertellen veelal dat het bepalen van de huidige dosering een proces van passen en meten is geweest, dat geleid werd door hun behoeften en ervaringen. Velen vertellen over geleidelijk ophogen tot er geen klachten als ontwenning, slaapproblemen en/of craving meer werden ervaren. Hiernaast noemen mensen aanpassingen van de dosering wanneer het bijgebruik van heroïne veranderde of gestaakt werd. De overgrote meerderheid van de respondenten zegt dat het initiatief rondom een passende dosering vooral bij hen ligt of zegt dat het in samenspraak met de arts tot stand is gekomen. Slechts enkele respondenten geven aan dat ze ervaren dat ze weinig te zeggen hadden over de dosering en het gevoel te hebben dat de arts alles heeft bepaald. Uit de antwoorden kwam echter wel meerdere malen naar voren dat de wens tot ophogen vaak minder op weerstand of kritische geluiden stuit dan de wens tot afbouwen.

“In begin stond ik lager toen ik nog heroïne gebruikte, toen tijdje omhoog gegaan omdat ik echt wilde stoppen met heroïne, hierna weer wat naar beneden tot ik nu op 80 sta, hier voel ik me ok bij. Alles is in overleg gegaan. Zit er nu wel aan te denken om nog wat naar beneden te gaan maar ik denk niet dat ik ooit nog ga stoppen.”

“Ik heb heel lang zo’n 100 mg gebruikt en toen is er overgestapt van vloeibaar naar pillen en toen kreeg ik last van slapeloosheid en werd ik eerder ziek. Toen zijn we in overleg omhoog gegaan naar 140 tot ik me weer op bepaalde spiegel zat en toen voelde ik me weer goed en kon ik weer zo’n 6 à 7 uur slapen.”

“Zij hebben alles bepaald er was geen samenspraak.”

“Eerst gebruikte ik minder maar doordat ik ook heroïne bijgebruikte had ik op een gegeven moment meer methadon nodig om niet ziek te worden. Maar nu op 90 mg is het ok, soms neem ik iets minder als ik ernaast heroïne rook.”

“Was van plan af te bouwen, Geen goed idee zei men, vanwege jouw verleden. Ik denk van wel, nu blijf ik in de ellende van de scene. Ik wil uit de scene.”

“Door mezelf aangegeven, dan naar dokter. Die onderzoekt of je eerlijk bent, dan goedkeu-ring en de dag erna krijg je de methadon.”

“Dosering is opgehoogd, in verschillende stappen, van 20 naar 90. Bepaald samen met de dokter en mijn tips. Als je een beetje ziek bent, dan krijg ik wat erbij. Soms krijg je urine-controle of je meer gebruikt.”

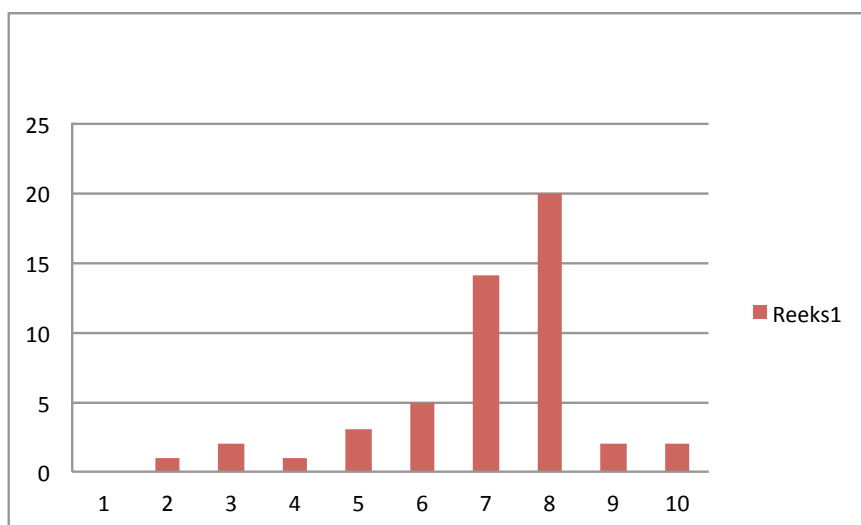
“Ik bepaal het zelf. Ik stond ooit op 80 mg en wilde graag meer gebruiken tegen het ziek worden. Dat was toen geen probleem en werd de dosering omhoog gebracht.”

“Ik moest mijn best doen om de dosering redelijk laag te houden. Ze pushen ook vaak om meer medicatie te gebruiken zoals valium.”

Het was opvallend dat alle professionals melden dat ze regelmatig onvrede horen over het gebrek aan ondersteuning bij de wens tot afbouwen of stoppen met methadon. Men krijgt vaak het gevoel dat de wens niet heel serieus genomen wordt of dat het vooruit geschoven wordt. Deze wens serieuzer nemen of in sommige gevallen beter uitleggen waarom afbouwen wordt ontraden, lijkt de professionals vaak gewenst. Gebruikers gaan anders toch zelf dokteren, zoals ook al bleek uit twee interviews voor dit onderzoek.

“Tegenwoordig hoor ik vaak dat mensen omlaag willen en dat artsen hier totaal niet in mee willen. Vroeger was dat andersom, toen wilden de gebruikers meer en de artsen juist minder.”

Tabel 14: Waardering inspraak behandeling



Maar hoewel de meerderheid nog steeds zegt dat er goed naar hen wordt geluisterd en ze tevreden zijn met hun inspraak, merken meerdere respondenten hier toch op dat het in hun gevoel toch altijd de dokter/instelling is die uiteindelijk bepaalt wat er gaat gebeuren. De frequentie van verstrekking is hier het meest genoemde twistpunt.

“Er wordt heel goed geluisterd. De dokter geeft zijn eerlijke mening en ik de mijne, maar het is geen echte samenwerking omdat ik toch het gevoel heb dat ik wel kan vragen wat ik wil maar het uiteindelijk de arts is die beslist. Vroeger hadden we een arts die heel dicht naast ons stond. Sinds hij weg is hebben we een aantal nieuwe artsen gehad en die staan wat verder van de gebruikers.”

“Het voelt soms als kiezen of delen daar.”

“Ze proberen wel te luisteren maar heb toch altijd het gevoel dat ze hun eigen ideeën door willen drukken.”

“Ik vond dat de arts toch vaak de laatste beslissing nam terwijl ik het daar niet altijd mee eens was. Bij aanvang van de behandeling drong ik aan om meer methadon te krijgen omdat ik wist dat ik dat nodig had. De arts koos echter voor de voorzichtige weg. Het is natuurlijk ook wel een gevaarlijk goedje maar ze had echt wel iets meer risico mogen nemen bij mij.”

“Ondanks dat ik erover in gesprek kan gaan, wordt de uitkomst bepaald door de behandelaar. Hij heeft het laatste woord. Ik zou meer inspraak willen.”

“Ik ben heel boos dat er nooit naar mij wordt geluisterd.”

“Ik had nooit het slotwoord. Uiteindelijk beslist zij en niet ik. Het gaat toch over mijn leven!”

“Wat ik voorstel is nooit onzinnig en ik word daarin nooit tegengesproken. Er wordt geluisterd en ze doen niet moeilijk.”

“Er is gewoon heel veel ruimte voor eigen inbreng. Ik heb nu al drie jaar een vaste behandelaar en daarom hebben we een vertrouwensrelatie kunnen opbouwen. Dat is echt heel belangrijk om open in gesprek te kunnen gaan.”

“Ze proberen het beste te doen binnen de mogelijkheden, er wordt geluisterd.”

“Ik zou zelf radicaal willen minderen naar 20 mg maar dat mag niet.”

“Je mag wel meepraten maar uiteindelijk bepalen zij. Ik zou wel minder vaak willen halen bijvoorbeeld.”

Je vrij voelen om een mening te geven

In de Riob werd in paragraaf 2.2 beschreven dat cliënten regelmatig terughoudend zijn in het geven van hun mening en aangeven van hun wensen, omdat zij bang zijn om

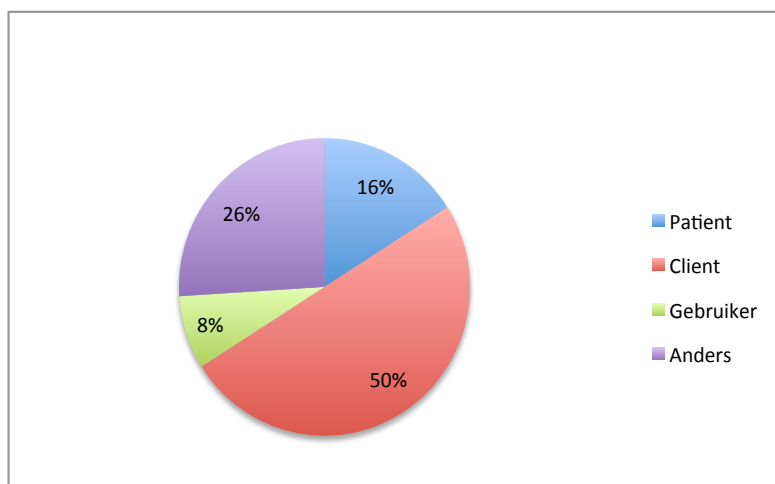
daarvoor gestraft te worden. Met name in de vorm van veranderingen in hun medicatie-ophaalschema. In het kader van dit onderzoek werd de respondenten dan ook gevraagd in hoeverre ze zich vrij voelen hun mening te geven en eerlijk te zijn over hun situatie. Van de 50 respondenten gaven hierop 8 respondenten aan dat ze zich niet altijd even vrij voelen en inderdaad soms bang zijn dat er gevolgen zullen zijn in de vorm van sancties of veranderingen in behandeling. Een paar respondenten merken wel op zich totaal vrij te voelen maar dat ze zich af en toe wel afvragen of het iets uithaalt; of er daadwerkelijk geluisterd wordt.

De professionals horen hier weinig klachten over. Twee professionals merken op dat methadonfrequentie of überhaupt methadon krijgen wel eens ingezet wordt als dwangmiddel als mensen niet op afspraken als gesprekken of lichamelijke onderzoeken komen.

Bejegening

In de Riob werd al vermeld dat het grootste gedeelte van de geraadpleegde gebruikers in opiaatbehandeling de voorkeur geeft aan de bewoording “cliënt” als er over hen gesproken wordt. Dit beeld wordt ook in dit onderzoek bevestigd.

Tabel 15: Verkozen benaming doelgroep



De respondenten die de benaming “patiënt” verkozen deden dit omdat ze onder medische behandeling zijn en medicatie krijgen, niet omdat ze vonden dat druggebruik op zich als ziekte gezien moet worden.

“Omdat ik onder medische behandeling ben”

“Ik ben onder behandeling en voor mij is het een zaak van leven of dood, het is een keuze die een soort ziekte is geworden”

“Omdat het gaat om medicatie, dan ben ik toch een patiënt.”

“Ik ben onder medische behandeling (patiënt) omdat ik een gebruikersprobleem heb (gebruiker).”

“Ik krijg medicatie in de behandeling die ik onderga. Dat hoort toch meer in de medische hoek dan.”

“Ik ben onder behandeling en afhankelijk van medicatie dus patiënt.”

De respondenten die kozen voor “cliënt” deden dit vooral omdat ze de behandeling zien als een zakelijke transactie, zij “cliënt” veel gelijkwaardiger vinden aanvoelen dan “patiënt”, ze het een neutraler en minder stigmatiserend begrip vinden of zichzelf niet zien als ziek zoals mensen in de psychiatrie.

“Voel me geen patiënt, zie het meer als zakelijk contact.”

“Cliënt” voelt meer respectvol, patiënt is voor ziek persoon of iemand in de psychiatrie ofzo.”

“Voelt beter want voelt gelijkwaardiger dan “patiënt.”

“Ik ben een verantwoord persoon die meedraait in een protocol en ik voel me te gezond voor de naam patiënt.”

“Patiënt word ik wellicht door bijkomende lichamelijke problematiek maar niet door de behandeling van methadon.”

“Cliënt” denk ik, de rest klinkt negatief. Geen gebruiker, vroeger was ik gebruiker, nu niet. Nu ben ik cliënt.”

“Vind ik het beste passen, het is een ruim begrip en niet veroordelend.”

“Gewoon zoals bij de apotheek, ik ben geen patiënt, het is gewoon een zakelijke en praktische oplossing van een probleem.”

“Is neutraler, ik voel me geen patiënt.”

“Ik zie gebruik niet als ziekte dus ben geen patiënt, ben van GGD cliënt net als dat ik dat van dealer ben.”

“Het is zakelijk contact dus “cliënt” past wel”

De keus voor “gebruiker” was voornamelijk omdat mensen zichzelf zo identificeren, een feit van hun bestaan en soms zelfs iets waar ze trots op zijn.

“Ik ben een mens die drugs gebruikt, niet meer of minder”

“Gebruiker. Ik gebruik, ik ben geen patiënt. Als je geen methadon hebt, ben je patiënt, want dan ben je ziek.”

“Professionele gebruiker omdat ik me goed staande hou, ook zonder geld, ik ben een overlever, een improviseerder.”

Naast de drie opties “cliënt”, “patiënt” of “gebruiker” koos een kwart voor de optie “anders” maar bij verder vragen wat de respondenten dan zouden voorstellen kwamen eigenlijk weinig andere goede beschrijvingen naar voren. De reden om voor “anders” te kiezen was meer gemotiveerd door afkeer van de gegeven opties. “Gewoon mens” of “mijn naam” was de meest gehoorde toelichting bij de optie “anders”.

De professionals schatten in dat de meeste gebruikers inderdaad de voorkeur zouden hebben voor cliënt. Zelf zeggen drie van de vier dat zij dit ook verkiezen in het kader van empowerment van de doelgroep en wijzen er op dat ook binnen de instellingen zelf wordt gesproken over cliëntenraden. Door de herstelbeweging, die nu zo belangrijk is binnen de geestelijke gezondheidszorg, is ook altijd de voorkeur gegeven aan de benaming cliënt, dit in het kader van het gevoel van regie.



De respondenten werd gevraagd in één woord te omschrijven hoe men zich binnen de methadonbehandeling bejegend voelt. Er is hier geen onderscheid gemaakt tussen behandelbaar en verstrekking. Opvallend was dat ongeveer een vijfde van de respondenten voor respectvol of gerespecteerd koos. De algehele tendens van de antwoorden was neutraal tot positief met antwoorden als “vriendelijk”, “menselijk”, “prima”, “goed”, “neutraal”, “normaal”. Een enkeling koos voor een negatief beladen woord als “hautain”, “betutteld”, “in hokje gestopt” of “stront/rioolput”.

“Door deze benadering voel ik me afhankelijk.”

“Heel ontspannen allemaal en we maken een lolletje.”

“Ze zien ons niet als volwaardig persoon en zo wordt er ook tegen je gesproken.”

“Ondanks de goede behandeling krijg ik vaak het gevoel dat zij toch “boven” mij staan.”

“Ze gaan wel netjes met me om.”

“Eerlijke verstandhouding en ervaar gelijkwaardigheid.”

“Men zegt altijd u of mevrouw.”

“Ze weten inmiddels dat ze niet teveel druk op me moeten leggen want dan glip ik ertussen uit. Ik ben geen makkelijke en toch doen ze hun best om gelijkwaardig te zijn.”

“Het is ook hoe ik me presenteer, als ze zien dat ik mijn best doe doen ze dubbel hun best.”

“Als ik binnenloop ben ik een bekende voor het personeel. Ze zijn altijd aardig en in voor een praatje.”

“Prettig en open contact.”

“Ze behandelen me als volwaardig persoon.”

“Zeker de laatste jaren zijn ze gewoon aardig. Maar dat ben ik ook. Ik voel me serieus genomen en er is een goede vertrouwensband.”

“Hoe goed de relatie ook is, ik voel me soms wel eens ondergeschikt om dat ik de gebruiker ben en ze nodig heb.”

“Ze draaien soms om dingen heen.”

“Ze behandelen me met respect en luisteren naar me en alles gaat in overleg.”

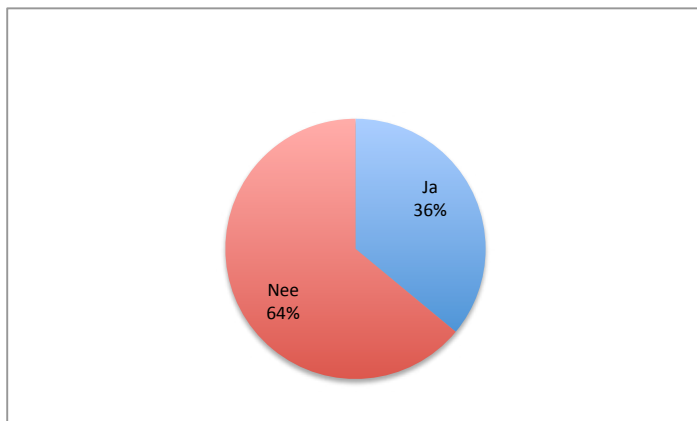
“Ze denken soms dat ze beter weten wat goed is voor mij.”

De professionals die werden geïnterviewd voor dit onderzoek melden dat als ze klachten wat betreft bejegening horen, dit in de meeste gevallen gaat over bewakers die op sommige verstrekkingen bij de ingang staan.

Klachten en klachtenprocedure

Het merendeel van de respondenten zegt nooit een echt conflict gehad te hebben over de behandeling. Degenen die aangeven wel eens een conflict te hebben gehad, hebben uiteenlopende klachten. Deze klachten zijn onder te verdelen in praktische/tijdelijke conflicten en meer fundamentele klachten over de behandeling zelf. In het eerste geval ging het voornamelijk over “geen methadon meer verstrekt krijgen door te laat komen” en “miscommunicatie over afspraken of veranderingen”. De klachten rondom behandeling hadden allen met afbouw van medicatie te maken. Zij het door de arts gewenste afbouw van benzodiazepinen, zij het door de respondent gewenste afbouw van methadon. De professionals bevestigen dat de klachten die ze horen meestal gaan over de verstrekking zelf, zoals niet opnieuw verstrekt krijgen als de methadon kwijt is of incidenten op de verstrekking zelf rondom de alcoholtest of de beveiliging.

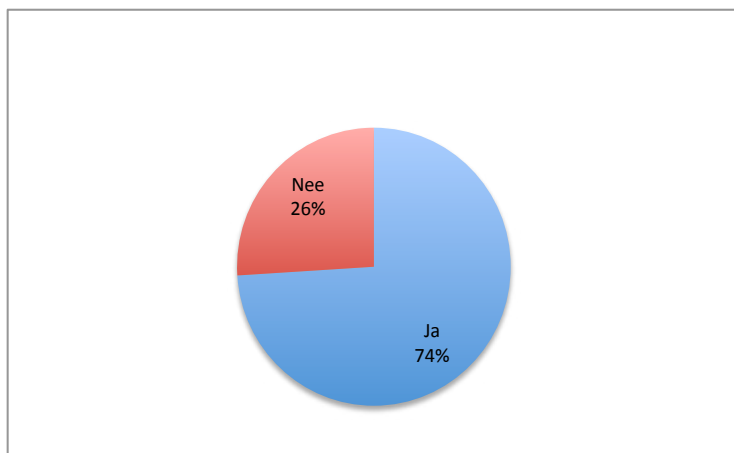
Tabel 16: Heb je weleens een conflict gehad rondom je behandeling?



De respondenten die aangaven weleens een conflict te hebben gehad werd vervolgens gevraagd hoe ze het conflict hebben opgelost. De meesten zeggen “door in gesprek te gaan” en een enkeling zegt “door stennis te trappen”.

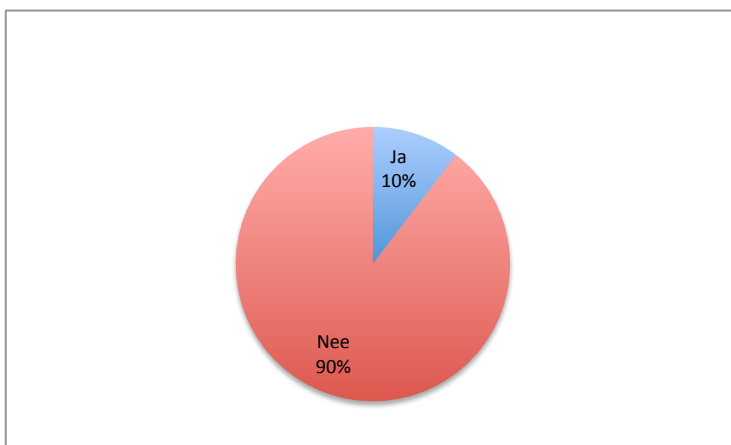
Wat opviel was dat er hier vaak werd opgemerkt dat men zich erg afhankelijk voelde van de verstrekking en daardoor liever niet te veel op zijn strepen wilde gaan staan of dat respondenten weinig vertrouwen hadden dat er iets te winnen viel.

Tabel 17: Weet je hoe je een klacht zou kunnen indienen of waar je terecht zou kunnen voor informatie rondom het indienen van een klacht?



Driekwart van de respondenten geeft aan dat ze weten waar ze een officiële klacht kunnen indienen of te weten bij wie ze om meer informatie kunnen vragen. Een klein gedeelte van de respondenten zegt echter ooit een officiële klacht te hebben ingediend. Er is in het kader van dit onderzoek niet verder doorgevraagd hoe dit precies in z'n werk is gegaan maar opmerkingen wekten de indruk dat het in sommige gevallen ook ging om een email naar de cliëntenraad of behandelaar en dus niet altijd om een officiële klacht.

Tabel 17: Heb je wel eens een officiële klacht ingediend?



Vanuit de professionals lijkt dit beeld bevestigd te worden. Zij horen de doelgroep wel regelmatig mopperen maar officiële klachten worden zelden ingediend. Hierbij moet worden opgemerkt dat veel gebruikers zich wellicht ook afhankelijk voelen en over het algemeen weinig interesse hebben in ingewikkelde procedures die lang kunnen duren.

4. Conclusie

De tevredenheidsspeiling die Mainline in 2016 deed onder 50 cliënten van de opiaat-substitutiebehandeling binnen de reguliere verslavingszorg en 4 professionals laat over het algemeen een redelijk positief beeld zien.

- * De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 50 jaar, de gemiddelde duur in opiaatsubstitutie 15 jaar en allen gebruikten methadon met een gemiddelde dosering van 70 mg. Geen van de respondenten gebruikte buprenorfine. 40% van de respondenten zegt nog heroïne te gebruiken, 60 % gebruikt basecoke. Slechts enkelen zeggen dit dagelijks te doen en bij de meeste respondenten gaat het om relatief kleine hoeveelheden.
- * Het grootste deel van de respondenten heeft een pragmatische kijk op methadon, een middel dat effectief is tegen ontwenningsverschijnselen waardoor angst om ziek te worden wordt weggenomen, wat op zijn beurt weer stabiliteit geeft. Kortom: geen wondermiddel maar een praktisch hulpmiddel. Dit is ook terug te zien in de manier waarop men over het gebruiksvverleden praat. Methadon ondersteunt voorkeuren en wensen rondom heroïnegebruik en (behoefte aan) heroïnegebruik wordt gelinkt aan persoonlijke levensomstandigheden. Ondanks dat velen zich afhankelijk voelen van methadon is er in de waardering van de algemene levenskwaliteit voor de start met methadon en nu een behoorlijke stijging te zien van 4,8 naar 6,9.
- * De behandelrelatie en de verstrekking worden over het algemeen als een zakelijke interactie gezien en gewaardeerd met een gemiddelde van 7.1. Zich gehoord en serieus genomen voelen door behandelaar en het personeel van de verstrekking kwam naar voren als een van de belangrijkste punten van waardering. Een lagere

verstrekking frequentie was de meest gehoorde wens.

- * De opiaatsubstitutiebehandeling bestaat in de meeste gevallen alleen uit het voorschrijven van een substituut. Sommige respondenten krijgen hiernaast nog medische ondersteuning. Zowel cliënten als professionals achten de maatschappelijk werk capaciteit binnen de behandeling ontoereikend. Het vaste halfjaarlijkse contact met de behandelaar wordt veelal ervaren als een verplichting en professionals menen dat dit voor stabiele gebruikers belastend kan zijn.
- * De cliënten zeggen over het algemeen voldoende inspraak rondom hun behandeling te hebben en waarderen dit met een 7,1. Het bepalen van de dosering wordt over het algemeen ervaren als een proces van passen en meten geleid door behoefte en ervaring van de gebruiker. Een paar respondenten melden weinig medewerking bij de wens tot afbouw van methadon, en alle professionals beamen dat dit ook bij hen de meest gehoorde klacht is. Wat betreft de verstrekking frequentie wordt minder inspraak ervaren en voelt men dat de beslissing voornamelijk bij de instelling ligt.
- * Uit eerder onderzoek in RIOB bleek dat er soms terughoudendheid was de mening te geven in verband met de angst voor sancties. 8 respondenten beamen dit, voelen zich afhankelijk en vrezen voornamelijk voor gevolgen voor het ophaalschema. De meeste respondenten zeggen zich echter totaal vrij te voelen, maar vragen zich soms wel af of er wel echt naar hen wordt geluisterd.
- * 50 % van de respondenten geeft de voorkeur aan de benaming “cliënt” als er over hen wordt gesproken. Dit omdat ze de methadonbehandeling zien als zakelijke transactie, ze het gelijkwaardiger, neutraler en minder stigmatiserend vinden aanvoelen en zichzelf niet als ziek zien. 16 % geeft de voorkeur aan “patiënt” omdat ze nou eenmaal onder medische behandeling zijn en medicatie krijgen, niet omdat ze druggebruik op zich als ziekte zien. De professionals geven de voorkeur aan “cliënt” omdat dit het beste aansluit bij hun insteek van empowerment, regie en herstel.
- * Over de bejegening binnen de behandelsetting is de algehele tendens neutraal tot positief. Gevraagd naar een woord dat “bejegening” omschrijft kiest ongeveer een vijfde voor respectvol of gerespecteerd. Slechts een enkeling kiest een negatief beladen woord. De professionals beamen dat ze hier weinig klachten over horen. Als ze die wel horen gaat het meestal over de bejegening door het bewakingspersoneel.
- * 36 % van de respondenten geeft aan wel eens een conflict te hebben gehad. Meestal gaat dit over praktische zaken als “geen methadon krijgen bij te laat zijn”, miscommunicatie over afspraken en alcoholcontrole. Enkelens melden een structureel conflict over de afbouw van medicatie. 74 % van de respondenten zegt te weten hoe ze een klacht zouden indienen, maar weinigen lijken dit nodig te vinden of serieus te overwegen. Professionals beamen dat cliënten uit de opiaatsubstitutie zelden officiële klachten indienen.



MAIN*line*