

Esther Croes  
Clary van der Veen

 Trimbos  
instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

# Hepatitis C in de verslavingszorg

De implementatie van de  
hepatitis C informatiecampagne



Esther Croes  
Clary van der Veen

## **Hepatitis C in de verslavingszorg**

De implementatie van de hepatitis C  
informatiecampagne

## **Colofon**

### *Auteurs*

Esther Croes  
Clary van der Veen

### *Met dank aan*

Managers, verslavingsartsen, aandachtfunctionarissen en andere uitvoerders van de instellingen voor verslavingszorg: Bouman GGZ, Brijder verslavingszorg, Centrum Maliebaan, Emergis, GGZ Noord en Midden Limburg, IrisZorg, JellinekMentrum VZ, Mondriaan Zorggroep, Novadic Kentron, Tactus, VNN.

Implementatiedeskundigen: Gerdien Franx en Peter van Splunteren

Overige betrokkenen vanuit: Croanconsult, Nationaal Hepatitis Centrum, Juliuscentrum, GGD Nederland, GGD Amsterdam, GGD Rotterdam, NIGZ, Stichting Mainline, Trimbos-instituut, VWS.

### *Financiering*

ZonMW

### *Productiebegeleiding*

Joris Staal

### *Omslagontwerp*

Ladenius Communicatie

### *Productie*

Ladenius Communicatie

### *Beeld*

www.istock.com

Deze uitgave is gratis te downloaden via [www.trimbos.nl/webwinkel](http://www.trimbos.nl/webwinkel) met artikelnummer **AF1119**.

Trimbos-instituut  
Da Costakade 45  
postbus 725  
3500 AS Utrecht  
T: 030-297 11 00  
F: 030-297 11 11

©2011, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enigerlei wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

# Inhoud

	Kernpunten	5
1	Inleiding	7
2	Methode	9
3	De hepatitis C informatiecampagne voor drugsgebruikers	11
4	Implementatie van de hepatitis C informatiecampagne	15
5	Analyse van bevorderende en belemmerende factoren	21
6	Aanbevelingen voor de implementatie van informatievoorziening over hepatitis C aan drugsgebruikers in de verslavingszorg <i>Voorzet voor een implementatiewerkplan</i>	33 39
7	Slotopmerking	47
	Referenties	49
	Bijlage 1 Campagnematerialen	53
	Bijlage 2 Voorbeeld van een werk- en meetplan	55



# Kernpunten

Hepatitis C is een veel voorkomende ziekte onder (voormalig) injecterend drugsgebruikers. Kenmerkend voor (ex)drugsgebruikers is dat zij laat of niet met klachten in de gezondheidszorg terechtkomen. Ondanks toenemende behandel mogelijkheden wordt hepatitis C onder drugsgebruikers nog niet op grote schaal opgespoord. Een landelijke hepatitis C informatiecampagne in 2009/2010 heeft daar weinig verandering in gebracht, mede omdat de campagne slecht van de grond kwam. In dit rapport is daarvoor een aantal oorzaken beschreven:

- De interventie zelf, het voorlichten en counsellen over hepatitis C, is complex (ook vanwege het traject dat erop volgt), tijdrovend en vereist specifieke scholing.
- De instellingen voor verslavingszorg hebben een organisatorisch complexe structuur met verschillende lagen. De betrokkenheid van managementlagen bij de hepatitis C informatiecampagne was in de meeste instellingen zeer beperkt.
- Op de werkvloer werd de uitvoering van de voorlichtingscampagne gehinderd door onvoldoende uren (fte's), instabiliteit in het team (verpleegkundigen en artsen), onvoldoende kennis en kunde of "verandermoeheid" na een reeks eerdere verandertrajecten.
- De aandacht voor somatische zorg in het algemeen was in de verslavingszorg beperkt. Er bestond een gebrek aan werkprocessen gericht op somatische zorg waarbinnen de hepatitis C voorlichting eenvoudig een plaats had kunnen krijgen.
- In de meeste instellingen is het registratiesysteem onvoldoende geschikt om activiteiten op het gebied van infectieziekten systematisch op te slaan en terug te vinden.
- De einddoelen waren niet helder geformuleerd en tussentijdse meetmomenten om de voortgang te monitoren ontbraken veelal. Er was onvoldoende feedback naar alle belanghebbenden.
- De interne communicatielijnen waren vaak onduidelijk.

## Aanbevelingen

Een vergelijking van de aanpak binnen instellingen waar de hepatitis C informatiecampagne redelijk succesvol is verlopen (de "koplopers") met de gehanteerde aanpak binnen instellingen met een beperkte implementatie (de "achterblijvers") identificeerde een aantal succesfactoren, welke zijn aangevuld met kennis uit de bestaande implementatieliteratuur. Voor het breed implementeren van een traject waarin drugsgebruikers met hepatitis C actief worden opgespoord in de verslavingszorg is een aantal elementen van belang:

- Een top-down benadering is effectiever dan een bottom-up strategie bij het uitrollen van een nieuwe werkwijze of interventie, zoals het hepatitis C traject, over de hele instelling. Er is voor het management een cruciale rol weggelegd in het aanjagen, creëren van voldoende randvoorwaarden en het bewaken van voortgang en einddoelen.

- Voorwaarden op de werkvloer zijn een stabiel team (verpleegkundigen en artsen), met voldoende kennis en beschikbare tijd, en het starten in een “rustige periode” (andere verandertrajecten zijn afgesloten en er heerst financiële rust).
- Er is aandacht voor somatische problemen die specifiek voorkomen onder drugsgebruikers. Artsen en verpleegkundigen zijn onderlegd in herkenning en behandeling van lichamelijke complicaties bij drugsgebruik. Er zijn overlegstructuren waarin de somatiek onder de cliënten wordt besproken en er wordt gewerkt volgens richtlijnen of met protocollen die ook aandacht besteden aan dit onderwerp. Het scheelt als de managementlagen somatisch georiënteerd zijn.
- Het hepatitis C traject heeft de grootste kans om vast onderdeel te worden van de reguliere zorgtaken wanneer er aansluiting wordt gezocht bij bestaande structuren van werken, bijvoorbeeld door inbedding in de RIOB. Bij het campagnematig aanbieden van hepatitis C voorlichting is de kans groter dat de aandacht verwatert.
- Met vastgestelde einddoelen en tussentijdse meetmomenten moet de voortgang gemonitord worden. De instelling als geheel voelt zich verantwoordelijk om deze einddoelen te halen.
- Om de voortgang te controleren is ook een bruikbaar elektronisch registratiesysteem nodig, waarin de activiteiten per patiënt worden bijgehouden, terug zijn te vinden en waar idealiter ook de activiteiten mee kunnen worden aangestuurd, bijvoorbeeld via regelmatige pop-ups met een reminder.
- In alle stadia van het proces zijn goede interne communicatielijnen belangrijk. Feedback over de voortgang houdt alle belanghebbenden betrokken. Ook externe communicatie is van belang, bijvoorbeeld om best-practices uit te wisselen.
- Scholing en informatie doen de motivatie en het draagvlak toenemen. Verschillende betrokkenen zullen andere behoeften hebben. Managers willen op de hoogte zijn van kosten en baten, de benodigde mankracht, vereiste expertise; verpleegkundigen zijn gebaat bij informatie over praktische problemen voortkomend uit een chronische besmetting met HCV en tips over begeleiding van hun cliënten; artsen willen inzicht in opsporingsmethoden, complicaties, eventuele interacties tussen medicijnen, etc.
- Om het hepatitis C traject een permanente plaats te laten houden in het reguliere takenpakket is borging een noodzakelijk onderdeel van de implementatie. Het helpt om een aparte indicator te ontwikkelen die de mate van borging kan meten.
- Er bestaat niet één universeel implementatieplan maar het is noodzakelijk om rekening te houden met de organisatorische verschillen tussen en zelfs binnen instellingen.

# 1 Inleiding

Van september 2009 tot en met februari 2010 heeft in Nederland een landelijke hepatitis C informatiecampagne plaatsgevonden, gericht op het algemene publiek en enkele risicogroepen. De campagne blijkt in de praktijk zeer wisselend te zijn geïmplementeerd. Omdat het de bedoeling is dat informatievoorziening over hepatitis C en behandeling gaan behoren tot het reguliere aanbod in de verslavingszorg is het zinvol de belemmerende en bevorderende factoren in kaart te brengen, ten einde een optimale strategie te vinden om deze, en vergelijkbare, interventies in dit complexe veld te implementeren. In dit rapport worden de factoren besproken die de implementatie van de landelijke hepatitis C informatiecampagne voor drugsgebruikers hebben beïnvloed.

## ***De noodzaak van een hepatitis C informatiecampagne***

Hepatitis C is een virale leverziekte die overdraagbaar is via bloed-bloed contact. De ziekte wordt wel een "silent epidemic" genoemd. Naar schatting zijn in Nederland tussen vijftien- en zestigduizend mensen met het hepatitis C virus (HCV) geïnfecteerd, maar bij een royale meerderheid van de patiënten is de diagnose niet gesteld. Een besmetting met hepatitis C leidt echter in ongeveer 80% van de gevallen tot een chronische infectie, met een langzaam progressief beloop en risico op levercirrose en hepatocellulair carcinoom. De belangrijkste risicogroepen zijn drugsgebruikers (ook na eenmalig drugsgebruik), personen die voor 1992 bloedproducten hebben ontvangen, en personen afkomstig uit HCV-endemische gebieden of mensen die in deze gebieden een medische behandeling hebben ondergaan.

Gezien de verbeterde behandel mogelijkheden heeft de Gezondheidsraad in 2004 geadviseerd om een informatiecampagne over hepatitis C te houden gericht op de algemene bevolking, specifieke risicogroepen en de beroepsgroep. VWS heeft vervolgens in 2006 via ZonMW de opdracht gegeven een landelijke informatiecampagne over hepatitis C uit te voeren gericht op de algemene bevolking en risicogroepen (ZonMW dossier nummer 50-50130-98-094). De landelijke HCV informatiecampagne duurde een half jaar en was in september 2009 van start gegaan. Vanwege de diversiteit van de doelgroepen is de campagne onderverdeeld geweest in drie min of meer autonome deelcampagnes. Eén van de deelcampagnes richtte zich op (ex)drugsgebruikers. Met name deze groep komt laat of niet met klachten in de gezondheidszorg terecht, wordt onvoldoende door de gezondheidszorg bereikt en is ook met algemene mediacampagnes een moeilijk aan te spreken groep.

Al in een vroeg stadium tijdens de uitvoering van de campagne werd duidelijk dat de mate waarin de campagne de verschillende doelgroepen bereikte fors lager was dan aanvankelijk beoogd. In de verslavingszorg wisselde de uitvoering sterk tussen en zelfs binnen de instellingen (Singels, 2010). De beperkte implementatie in de verslavingszorg is ook zichtbaar in de effectiviteitstudie die aan de campagne voor drugsgebruikers is gekoppeld en die is uitgevoerd in samenwerking met acht verslavingszorginstellingen (eveneens een ZonMW project). De effectiviteitstudie richt zich met name op de kennis over hepatitis C, de counselinggesprekken, HCV testen en behandelingen van HCV-positieve drugsgebruikers en onderzoekt in hoeverre de landelijke



voorlichtingscampagne deze kennis en aantallen beïnvloedt. In de effectiviteitsstudie bleek het niet mogelijk om het gewenste aantal drugsgebruikers te bereiken dat de kennisvragenlijst kon invullen. Navraag bij de instellingen leverde als verklaring op dat de campagne in de meeste gevallen slechts op een beperkt aantal locaties per instelling werd uitgevoerd.

Anders dan bedoeld is er dus geen sprake van een 'landelijk' gedragen informatiecampagne. Voor de doelgroep drugsgebruikers is het echter de bedoeling de voorlichting te continueren na beëindiging van de campagneperiode. Voorlichting is tenslotte een voorwaarde voor het vervolgtraject van testen en, indien nodig, behandelen. Een goede inbedding van de voorlichtingsactiviteiten in de reguliere werkzaamheden van de verslavingszorg is daarom van belang. Daarvoor is inzicht nodig in de factoren die bevorderend en belemmerend zijn geweest bij de uitvoering van de landelijke informatiecampagne hepatitis C. Voor de andere doelgroepen uit de campagne zijn de succesfactoren en knelpunten al beschreven in het eindverslag van de campagne (Singels, 2010).

De informatie in dit rapport is afkomstig uit interviews die zijn gehouden met betrokkenen uit de verslavingszorginstellingen die op verschillende niveaus werkzaam zijn. Op grond van de mate waarin de campagne is uitgevoerd zijn koplopers en achterblijvers geselecteerd. Er is gezocht naar factoren die betrekking hebben op de interventie zelf en de context (de "werkvloer", sociale context en organisatorische aspecten). Daarna volgen aanbevelingen om, rekening houdend met de beperkingen binnen de verslavingszorg, het hepatitis C traject in te bedden in de reguliere zorgtaken.

De auteurs hebben geenszins het streven om instellingen met naam en toenaam aan te wijzen als koplopers of als achterblijvers, noch om te bepalen wie het waar goed of fout doet. Het doel van het rapport is om in het algemeen binnen de reguliere verslavingszorg bevorderende en belemmerende factoren te identificeren bij de implementatie van, in dit geval, de hepatitis C voorlichting opdat in de toekomst een succesvolle strategie gehanteerd kan worden. Daarom worden de instellingen niet met naam genoemd maar aangeduid met de letters A t/m K. Wij hopen dat de bevindingen bijdragen aan een versterking van de somatische aandacht in de verslavingszorg in het algemeen en specifiek aan de hepatitis C zorg.

## 2 Methode

Aan alle elf reguliere instellingen voor verslavingszorg in Nederland is gevraagd om mee te werken aan deze evaluatie van de implementatie van de landelijke hepatitis C informatiecampagne, waarop geen enkele instelling afwijzend reageerde. Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag is gebruik gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden. Het project had een korte looptijd en vond plaats in de drie zomermaanden van 2010.

### ***In kaart brengen van de mate waarin de campagne is uitgevoerd***

De onderdelen waaruit de informatiecampagne bestaat (zie hoofdstuk 3 voor een beschrijving) lagen vast en waren voor alle instellingen gelijk, evenals de campagnematerialen (informatiefolders, posters, t-shirts). Omdat de verslavingszorginstellingen onderling (sterk) verschillen in organisatie, bijvoorbeeld in de wijze waarop de spreekuren zijn geregeld, of hoe er aandacht wordt gegeven aan infectieziekten, konden zij naar eigen inzicht bepalen hoe ze de verschillende campagneonderdelen wilden implementeren. Elke verslavingszorginstelling had daartoe een eigen implementatieplan opgesteld. De implementatiestrategieën van de elf instellingen zijn aan het begin van het huidige project opgevraagd.

Vervolgens is een vragenlijst gestuurd naar de zogeheten "aandachtsfunctionarissen infectieziekten" in de instellingen. De vragenlijst inventariseerde in hoeverre de hepatitis C informatiecampagne instellingsbreed (aantal locaties) en volledig (aantal onderdelen van de campagne) is uitgevoerd. Op basis daarvan zijn vier instellingen voor verslavingszorg geselecteerd: twee instellingen die de campagne in redelijke mate implementeerden, de succesvolle koplopers (groot aantal locaties en alle onderdelen) en twee instellingen waar de campagne slechts marginaal werd uitgevoerd, de achterblijvers (klein aantal locaties en beperkt aantal onderdelen). Geen enkele instelling was echter een "zuivere" koploper of achterblijver. Onder de koplopers waren instellingen waar in hele regio's binnen het verzorgingsgebied nog nauwelijks aandacht aan infectieziekten werd besteed en waar de HCV informatiecampagne niet van start is gegaan; onder de achterblijvers bevonden zich instellingen waar op een enkele locatie de campagne tot in alle facetten was uitgevoerd. Juist de aspecten die een rol speelden bij deze verschillen binnen dezelfde organisatie werden leerzaam geacht, omdat er in deze situatie minder variabelen zullen verschillen dan wanneer instellingen onderling worden vergeleken. Daarnaast zijn er instellingen waar de campagne tijdens de afgesproken periode niet van de grond kwam, maar waar inmiddels (buiten de officiële campagneperiode om) een grote inhaalslag gaande is. Ook het voortschrijdend inzicht dat uit een dergelijke koerswijziging blijkt is nadrukkelijk meegenomen.

### ***Interviews met koplopers en achterblijvers***

In elke geselecteerde instelling werden twee betrokkenen in verschillende lagen van de organisatiestructuur geïnterviewd. Omdat er na acht interviews nog steeds nieuwe informatie naar boven kwam zijn er aanvullende interviews gehouden, net zolang tot een verzadiging optrad en de interviews geen nieuwe inzichten meer opleverden. Dat punt was bereikt na twaalf interviews. Deze aanvullende interviews werden gehouden met

medewerkers in drie andere instellingen waardoor in totaal medewerkers uit zeven van de elf instellingen geïnterviewd zijn. De instellingen die het minste gegevens beschikbaar stelden over de mate waarin de implementatie was doorgevoerd, of met de slechtste resultaten bleken helaas ook het minst bereikbaar voor interviews. De interviews hadden een semi-gestructureerd karakter, werden individueel en op één na *face-to-face* op locatie bij de betreffende instelling gehouden (één interview vond telefonisch plaats) en duurden gemiddeld twee uur. De geïnterviewden werkten als aandachtfunctionaris infectieziekten (drie personen), verslavingsarts (twee personen), lager management (zoals teammanager van een zorgteam, twee personen), managers bedrijfsvoering middenkader (twee personen), een eerste geneeskundige en hoger management bedrijfsvoering (twee personen).

Op basis van de interviews werden conclusies geformuleerd over de factoren die de implementatie van de hepatitis C voorlichtingscampagne hebben beïnvloed. Deze tussentijdse conclusies zouden gebruikt worden als input voor een focusgroep-discussie. Deze stap had tot doel de generaliseerbaarheid van de gevonden beïnvloedende factoren te onderzoeken, de beschreven factoren waar mogelijk te verfijnen en zo mogelijk prioritering in de factoren aan te brengen. De focusgroep is echter in overleg met ZonMW niet doorgegaan omdat er op het laatste moment veel afzeggingen plaatsvonden (het is niet onwaarschijnlijk dat hierbij heeft meegespeeld dat de bijeenkomst was gepland op een tijdstip waarop het Nederlandse voetbalteam een wedstrijd bleek te spelen in het kader van de wereldkampioenschappen). Daarvoor in de plaats zijn er via de aandachtfunctionarissen en contactpersonen van de elf instellingen voor verslavingszorg vragenlijsten gestuurd naar managers, verslavingsartsen en verpleegkundigen die nog niet waren geïnterviewd om met betrekking tot hun eigen instelling een prioritering aan te brengen in de verschillende factoren die tijdens de interviews werden geïdentificeerd. De respons viel tegen. Van de verwachte 44 ingevulde vragenlijsten kwamen 5 lijsten retour. Op basis van deze beperkte input zijn de conclusies aangevuld en bijgesteld en is een implementatiestrategie geformuleerd, die kan dienen als leidraad bij een structurele inbedding van hepatitis C voorlichting in de verslavingszorg.

### ***Theoretische kaders***

De bevorderende en belemmerende factoren bij de uitvoering van de informatiecampagne zijn aan de hand van (theoretische) kaders, principes en uitkomsten van eerder onderzoek verkend (Grol, 2006; Knispel e.a., 2005; Franx e.a., 2004, 2008; [www.zonmw.nl/implementatie](http://www.zonmw.nl/implementatie), 2009). Het achterliggende idee van het implementatieonderzoek bij de twee koplopers was om vanuit een *'best practices'* idee aanknopingspunten te vinden voor een succesvolle implementatie van een hepatitis C traject. Het implementatieonderzoek bij de twee achterblijvers heeft ook inzicht gegeven in belemmerende factoren. Door de soepel verlopen en de haperende implementaties bij de instellingen te vergelijken zijn de meest cruciale implementatiefactoren (de factoren die de grootste contrasten tussen de beide situaties laten zien) geïdentificeerd. Uit de vragenlijsten was al naar voren gekomen dat de meest cruciale struikelblokken te vinden waren in de organisatorische context waarbinnen de campagne moest worden geïmplementeerd, de sociale context en factoren die samenhangen met de campagne zelf. Op deze onderwerpen hebben de interviews zich geconcentreerd.

### 3 De hepatitis C informatiecampagne voor drugsgebruikers

#### ***Doel van de hepatitis C informatiecampagne***

De gehele landelijke hepatitis C informatiecampagne had tot doel om de kennis over hepatitis C bij het algemene publiek te vergroten en risicobesef en informatiezoekgedrag te bevorderen, in de veronderstelling dat dit het testgedrag bij risicogroepen zou stimuleren. Een tweede doel was het verhogen van de *awareness* bij intermediairen. Als subdoelstellingen speelden het verhogen van het aantal opgespoorde positieve HCV-gevallen en het bevorderen van structurele en uniforme aandacht voor HCV in werkafspraken en –protocollen mee.

Voor de risicogroep drugsgebruikers waren de specifieke doelstellingen:

Met betrekking tot drugsgebruikers:

- Het optimaliseren van de kennis over hepatitis C, behandelmogelijkheden en preventie maatregelen;
- Het motiveren van drugsgebruikers tot screening middels een pretest-counselinggesprek;

Met betrekking tot professionals in de verslavingszorg:

- Het optimaliseren van de kennis over hepatitis C, behandelmogelijkheden en preventieve interventies;
- Het optimaliseren van counselingvaardigheden;
- Inbedding van voorlichting aan drugsgebruikers middels counselinggesprekken binnen beleid c.q. de Richtlijn Opiaatvervangende behandeling (RIOB).

#### ***Campagne-concept***

De campagne was opgezet volgens het concept van "informatie-trechtering", waarbij de informatie begint bij het creëren van risicobewustzijn en versmalt naar het uiteindelijke doel, in deze campagne het testen op HCV (Singels, 2010). In de campagne gericht op drugsgebruikers werden de verschillende fasen naast elkaar aangeboden. Fase 1 betrof de attendering op HCV en had vorm gekregen als posters die op de locaties werden opgehangen. In fase 2 stond de vraag centraal: "heb ik een verhoogd risico?" Informatie was beschikbaar in folders en via een veldwerkmodule, waarvan het spel Russische Roulette onderdeel uitmaakte. Het lag in de bedoeling de veldwerkmodule minimaal één keer op elke locatie uit te voeren. Deze fase informeerde over de symptomen en risicofactoren van hepatitis C. Daarnaast is benadrukt dat een vroegtijdige diagnose de slagingskans van een behandeling vergroot. Naast de specifiek op drugsgebruikers gerichte folder en het veldwerk was deze informatie ook te vinden op de website [www.hebikhepatitis.nl](http://www.hebikhepatitis.nl) (met online hepatitis C risicotest), een telefonische informatielijn, bij de huisarts of de GGD. In fase 3 werden counselinggesprekken gehouden waarin de voor- en nadelen van testen en de consequenties van kennis over de eigen HCV status van de drugsgebruiker werden besproken. Fase 4 was de fase van het testen. Het traject van behandeling van HCV-positieve patiënten was geen officieel onderdeel van deze campagne.

### **Pilotstudie**

De landelijke campagne is voorafgegaan door een pilot-studie (2007-2008). Het doel van de pilot-studie was om inzicht te krijgen in de optimale aanpak om de onderscheiden doelgroepen te bereiken en te informeren over hepatitis C. De pilot gericht op drugsgebruikers verliep succesvol en toonde dat counseling een (kosten)effectieve manier is om drugsgebruikers toe te leiden naar een test op hepatitis C. De beste resultaten werden behaald met een actieve benadering van de drugsgebruikers. De verpleegkundigen bleken met de ontwikkelde training voldoende handvatten te hebben om de testcounseling goed uit te voeren. Op basis van deze resultaten is het campagnedesign voor de landelijke informatiecampagne hepatitis C vastgesteld. Daarbij was echter bij aanvang al duidelijk dat de zeer actieve benadering uit de pilot-studie in deze mate op landelijk niveau niet mogelijk zou zijn.

### **De landelijke hepatitis C informatiecampagne voor drugsgebruikers**

Het Trimbos-instituut en de Stichting Mainline zijn verantwoordelijk geweest voor de ontwikkeling van de interventies en materialen die door de verslavingszorginstellingen gebruikt konden worden bij de uitvoering van de campagne. De deelcampagne gericht op drugsgebruikers bestond uit de volgende onderdelen:

- Voor verpleegkundigen, artsen en andere verslavingszorgprofessionals een training in hepatitis C counseling;
- Voor drugsgebruikers een actief aanbod van counselinggesprekken over hepatitis C door getrainde professionals;
- Informatiematerialen voor drugsgebruikers;
- En voor drugsgebruikers een veldwerkmodule over hepatitis C op locatie binnen de verslavingszorg.

Voor de campagne zijn meerdere materialen ontwikkeld. Voor de drugsgebruikers zijn een poster, een t-shirt, een informatiefolder en het spel Russische Roulette ontworpen. Voor de professionals waren een verwijdsdocument voor informatie over HCV en een training (zie bijlage). Daarnaast liftte de deelcampagne voor drugsgebruikers mee op de campagne gericht op het algemene publiek, dat via multimediale middelen, zoals radiospotjes, aandacht op de televisie, en de website [www.hebikh hepatitis.nl](http://www.hebikh hepatitis.nl) werd aangesproken.

Om een landelijke dekking van de informatiecampagne voor drugsgebruikers te realiseren is contact gezocht met brancheorganisatie GGZ Nederland en de directies van de elf instellingen voor verslavingszorg in Nederland (VNN, Tactus, Centrum Maliebaan, IrisZorg, GGZ Noord en Midden Limburg, Mondriaan Zorggroep, Novadic-Kentron, Emergis, JellinekMentrum, Brijder-Parnassia en BoumanGGZ). Het campagnedesign is aan de directies voorgelegd. Alle directies hebben besloten mee te werken aan de landelijke uitrol van het voorgestelde campagnedesign. De aandachtsfunctionarissen infectieziekten van de instellingen die deelnemen aan het landelijk Netwerk Infectieziekten (opgericht in opdracht van VWS en ondergebracht bij het Trimbos-instituut) werden gedurende de pilot-fase en de voorbereiding van de landelijke campagne uitgebreid op de hoogte gehouden en gevraagd om input. De gevolgde strategie bij de ontwikkeling van de campagne kan daarmee worden omschreven als een mix van top-down, planmatige benadering en een bottom-up benadering gericht op participatie.

### ***Doelgroep van de campagne***

Alle gebruikers van drugs die ooit een middel hebben geïnjecteerd lopen risico om besmet te zijn met HCV. In Nederland zijn het vrijwel uitsluitend opiaten die worden gespoten. Overdracht vindt niet alleen plaats door het delen van de naalden en spuiten zelf, maar ook van parafernalia (attributen die bij het injecteren worden gebruikt). Snuiven of roken van een middel (zoals in Nederland meestal bij cocaïne het geval is) vergroot waarschijnlijk ook het risico op overdracht door het delen van attributen (Tortu et al, 2001). Omdat infecties jarenlang subklinisch kunnen sluimeren (zonder symptomen) is het noodzakelijk ooit-injecteerders op te sporen, zelfs wanneer zij uitsluitend in een ver verleden of slechts eenmalig hebben gespoten. Voor preventiedoeleinden zijn ook de drugsgebruikers van belang die mogelijk in de toekomst over gaan tot risicovolle gebruiksmethoden. De potentiële doelgroep van de campagne is dus breed, en beslaat huidig injecteerders, ooit-injecteerders, toekomstig injecteerders en drugsgebruikers die op andere wijze risico op een HCV besmetting hebben gelopen. Om pragmatische redenen beperkte de campagne zich tot problematisch drugsgebruikers die ten tijde van de campagne bij de hulpverlening bekend waren, voornamelijk in de verslavingszorg, maar in een aantal regio's is ook de maatschappelijke opvang geïnccludeerd. Voormalig drugsgebruikers zouden opgespoord moeten worden via dat deel van de campagne dat door de huisartsen werd georganiseerd. De huisartsencampagne was echter beperkt tot zes regio's.

Onder de drugsgebruikers in Nederland met een verleden van injecterend drugsgebruik is naar schatting 63 procent geïnfecteerd met HCV (Wiessing 2004). Ook prevalentiecijfers uit de verslavingszorg zijn hoog en variëren tussen 40 en 90 procent. Het virus kent een efficiënte parenterale transmissie. De kans om besmet te raken na het gebruik van een besmette injectiespuit is voor HCV veel hoger (1,5-5% kans) dan bij hiv (0,34-1,4%) (Vickerman et al, 2009). Het risico op besmetting is het grootst in het eerste jaar van injecterend drugsgebruik en de kans om besmet te zijn neemt toe met het aantal jaren dat de drugsgebruiker injecteert (Sutton et al, 2006). Informatie over de besmettingsroute en opsporing van dragerschap kunnen daarom niet vroeg genoeg plaatsvinden. Hoewel de ziekte bij velen asymptomatisch verloopt, zijn met HCV geïnfecteerden wel besmettelijk voor anderen. Zowel in het kader van preventie van verdere verspreiding als vanwege behandeling van bestaande ziekte is het zinvol om besmetting met HCV bij alle dragers op te sporen en te behandelen. Voorlichting is ook zinvol om toekomstige injecteerders te informeren over de hoge besmettelijkheid en de gevaren van besmetting.

### ***Omvang van de doelgroep***

Hoeveel drugsgebruikers zouden bereikt moeten zijn met de informatiecampagne? De exacte omvang van de doelgroep is niet bekend, maar er zijn wel enkele cijfers die de denkrichting kunnen bepalen. Bij het lezen van de volgende paragrafen moet wel bedacht worden dat bij een klein deel van de drugsgebruikers (ooit) HCV is gediagnosticeerd en een zeer beperkte groep drugsgebruikers momenteel onder behandeling is. Deze (bescheiden) groepen moeten worden afgetrokken van de onderstaande cijfers.

Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) is een nationale gegevensverzameling voor de ambulante en klinische verslavingszorg. Alle elf regionale

instellingen voor verslavingszorg leveren gegevens aan het LADIS over de personen die zich hebben aangemeld, waarmee het een landelijk dekkend informatiesysteem is en een belangrijke bron voor informatie over problemen voortvloeiend uit drugsgebruik. In 2009, het jaar waarin de campagne van start ging, stonden 12.466 hulpvragers ingeschreven vanwege een probleem met opiaatgebruik, onder wie 9% huidige injecteerders (Ouweland et al, 2010). Opiaatgebruikers in de verslavingszorg vormen een stabiele groep van chronische patiënten. Het aantal nieuwkomers is beperkt. In 2009 was dit voor slechts 3% de eerste inschrijving ooit. De populatie wordt steeds ouder. De gemiddelde leeftijd in 2009 was 45 jaar; 1500 opiaatgebruikers waren inmiddels 55 jaar of ouder. In de jaren tachtig en negentig was het injecteren van drugs in deze groep nog heel gebruikelijk. Ook werd in die tijd minder gebruik gemaakt van spuitomruil. De kans om als oudere drugsgebruiker na jarenlang gebruik in aanraking te zijn geweest met het hepatitis C virus is groter dan bij een jonge populatie die recent drugs is gaan gebruiken, hetgeen het belang van informatieverstrekking en opsporing in deze Nederlandse populatie oudere drugsgebruikers onderstreept.

In 2009 hadden deze cliënten gemiddeld 33 contacten per jaar met een hulpverlener uit de verslavingszorg (verstrekking van methadon niet meegerekend). Het totaal aantal geregistreerde contacten, exclusief methadon, bedroeg in 2009 405.828. Maatschappelijk werkers waren bij de helft van de contacten betrokken, verpleegkundigen bij een kwart en 6% van de contacten vond plaats met een arts. 85% van de geregistreerde contacten was in een ambulante setting. Van de contacten was 44% van psychosociale aard en 37% van medische aard. Meer dan tweeënhalf miljoen contacten vonden plaats in het kader van de verstrekking van vervangende middelen. Deze cijfers geven een indruk van de mogelijke momenten die aangegrepen hadden kunnen worden om de hepatitis C campagne onder de aandacht van de doelgroep te brengen.

Niet alle opiaatgebruikers staan echter in contact met de hulpverlening. Een recente schatting van het Trimbos-instituut naar het aantal problematisch opiaatgebruikers in Nederland komt uit op 17.700 (17.300-18.100) personen. Volgens deze schatting staat rond de 70% van de opiaatverslaafden geregistreerd bij de verslavingszorg (Cruts en Van Laar, 2010). Daarmee is het door de opzet van de campagne (gericht op cliënten in verslavingszorginstellingen) al aannemelijk dat ongeveer 30% van de opiaatverslaafden niet wordt bereikt. De kans dat deze problematische groep in aanraking komt met informatie over HCV via andere deelcampagnes is niet hoog.

Naast deze groep met een primair opiaatprobleem zijn er ook problematisch drugsgebruikers bij wie het primaire middel cocaïne-base ("crack") is. Dit middel wordt in Nederland voornamelijk gerookt. De kans om via roken besmet te raken met HCV is kleiner, maar niet afwezig. In 2009 stonden meer dan 6.000 cocaïne-base gebruikers ingeschreven bij de verslavingszorg (Ouweland et al, 2010). Deze groep is minder makkelijk aan de verslavingszorg te binden, mede vanwege het ontbreken van een vervangend middel. Betrouwbare schattingen over de totale omvang van deze populatie (inclusief gebruikers buiten de reguliere verslavingszorg) zijn niet beschikbaar.

## 4 Implementatie van de hepatitis C informatiecampagne

### ***Vorbereiding campagne***

De landelijke implementatie van de informatiecampagne is voorbereid van april tot september 2009. In deze periode zijn de implementatieplannen opgesteld, de aandachtfunctionarissen en andere betrokkenen getraind in counselingvaardigheden en kennis over hepatitis C, en zijn materialen verspreid. De informatie in deze paragraaf is afkomstig van de projectleiding van de deelcampagne voor drugsgebruikers en uit het eindverslag van de campagne (Singels, 2010).

- *De directies van de verslavingszorginstellingen*

Er is drie keer contact geweest met brancheorganisatie GGZ Nederland en de directies van de elf instellingen voor verslavingszorg in Nederland (VNN, Tactus, Centrum Maliebaan, IrisZorg, GGZ Noord en Midden Limburg, Mondriaan Zorggroep, Novadic-Kentron, Emergis, JellinekMentrum, Brijder-Parnassia en BoumanGGZ). Het campagnedesign is aan de directies voorgelegd en de campagneleider is bij de meeste directies langs geweest voor een nadere toelichting. Alle directies hebben besloten mee te werken aan de landelijke uitrol van het voorgestelde campagnedesign. Er zijn met alle instellingen contracten afgesloten, maar hierin zijn slechts globale afspraken gemaakt over de te behalen resultaten.

- *Aandachtsfunctionarissen*

In negen van de elf verslavingszorginstellingen bestonden 'aandachtsfunctionarissen infectieziekten'. De praktische invulling van deze functie verschilt sterk tussen instellingen. De aandachtsfunctionarissen waren de directe aanspreekpunten voor de praktische uitvoering van de landelijke informatiecampagne hepatitis C binnen hun eigen instelling. Eens in de twee maanden zijn de aandachtsfunctionarissen bijeengekomen op het Trimbos-instituut (in het landelijk Netwerk Infectieziekten en Drugsgebruik) waar de stand van zaken rondom de campagne werd besproken met de projectleiders van het Trimbos-instituut en de Stichting Mainline. Met teamleiders uit de twee verslavingszorginstellingen die niet vertegenwoordigd zijn in het netwerk is regelmatig via mail en per telefoon bilateraal overleg gevoerd. De materialen voor de campagne zijn via de aandachtsfunctionarissen en teamleiders verspreid.

- *Training counselingvaardigheden*

Alle aandachtsfunctionarissen die deelnemen aan het landelijk Netwerk Infectieziekten en Drugsgebruik hebben een train-de-trainer-training gehad in counselingvaardigheden rondom hepatitis C. De aandachtsfunctionarissen hebben op hun beurt hun collega's die betrokken waren bij de landelijke informatiecampagne hepatitis C getraind. De medewerkers van verslavingszorginstellingen zonder afvaardiging in het netwerk zijn door het Trimbos-instituut en Stichting Mainline getraind. Motiverende gespreksvoering was een belangrijk onderdeel van deze training. In de meeste gevallen werd de training gekoppeld aan een informatiebijeenkomst waarin de kennis over hepatitis C onder de professionals werd opgefrist.



- *Implementatiestrategieën*

Alle elf verslavingszorginstellingen hebben een implementatieplan opgesteld met een beschrijving van de gekozen implementatiestrategie, onderverdeeld in: de locaties voor uitvoering van de informatiecampagne; een selectie van professionals voor de training; planning van training, veldwerk/Russische Roulette, counselinggesprekken en het verspreiden van de campagnematerialen; een intern communicatieplan; opzet voor de registraties van het aantal counselinggesprekken, testen en behandelingen en een opzet voor het borgen van de counselinggesprekken. Er was een "invul-implementatieplan" aan de aandachtsfunctionarissen beschikbaar gesteld als ondersteuning. In dit raamwerk stonden uiteenlopende praktische onderdelen zoals een specificering van de locaties waar de campagne uitgevoerd zou worden (methadonpoli's, gebruiksruidten, etc), het benodigde personeel (omvang en kennis), noodzakelijke scholing, planning (wanneer moet de train-de-trainers cursus intern worden gegeven, op welke momenten overleg/terugkoppeling met leidinggevenden, wanneer kan het veldwerk worden ingezet), interne communicatie (via intranet of personeelsblad, met direct betrokkenen), registratie van de drugsgebruikers die zijn bereikt, locatie van testen, contacten met ziekenhuis voor behandeling, etc. Idealiter zouden in de implementatieplannen ook de mogelijkheden voor structurele aandacht voor HCV binnen de instelling worden uitgewerkt.

De omvang en kwaliteit van de implementatieplannen verschilden aanzienlijk. Duidelijk bleek (zoals ook door een aantal opstellers ervan werd opgemerkt) dat het schrijven van zo'n plan expertise over implementeren en ervaring vereist, wat vaak onvoldoende aanwezig was, evenals tijd om rustig aan een implementatieplan te werken. De omvang van de plannen varieerde; de meeste waren 1 tot 2 bladzijden, met uitschieters tot meer dan 20 bladzijden. Het niveau van detaillering was daarmee in overeenstemming.

- *Kick-off meeting*

Als afronding van de voorbereidingsfase is op 16 juni 2009 een startbijeenkomst gehouden voor alle betrokken intermediairen in de verschillende deelcampagnes. Voor de deelcampagnes gericht op allochtonen en ontvangers van bloedproducten waren intermediairen uit de zes deelnemende regio's uitgenodigd (omdat deze deelcampagnes niet landelijk werden uitgevoerd). Voor de deelcampagne gericht op drugsgebruikers waren alle landelijke partners uitgenodigd.

### ***Uitvoering van de campagne***

De informatie uit deze paragraaf is gebaseerd op de antwoorden uit de vragenlijsten die door de aandachtsfunctionarissen zijn ingevuld naar de mate van implementatie van de campagne. Van de elf verstuurdde vragenlijsten hebben tien instellingen voor verslavingszorg de lijst ingevuld teruggestuurd. Voor een meer gedetailleerde bespreking zie de eindrapportage van de campagne (Singels, 2010).

- *Startdatum*

De officiële startdatum van de landelijke informatiecampagne hepatitis C was in september 2009. Vijf van de elf instellingen voor verslavingszorg zijn op het afgesproken tijdstip begonnen. De andere instellingen zijn later gestart door personeelwisselingen, ziekte van aandachtsfunctionarissen en onderbezetting van personeel in de uitvoering.

Twee verslavingszorginstellingen hebben pas in januari/februari 2010 de campagne gelanceerd.

- *Locaties*

Alle tien verslavingszorginstellingen die de lijst hebben teruggestuurd hebben, afhankelijk van de door hen gekozen implementatiestrategie, op één of meerdere locaties de landelijke informatiecampagne hepatitis C uitgevoerd. De keuze voor het aantal deelnemende locaties hing samen met de selectie van de risicogroep(en). Drie instellingen voor verslavingszorg beperkten de implementatie van de informatiecampagne tot de locaties waar methadon werd verstrekt. Zeven andere verslavingszorginstellingen hebben naast de methadonverstrekking ook locaties betrokken als gebruikersruimtes, de medische heroïne unit, de dagopvang, werkplaatsen, tippelzones en andere maatschappelijke opvangvoorzieningen.

In totaal is de campagne, of zijn onderdelen daarvan, op 73 locaties uitgevoerd (tabel). Hoeveel potentiële locaties bestaan waar de deelcampagne voor drugsgebruikers uitgevoerd had kunnen worden is niet bekend, zodat het aantal '73' een beperkte informatieve waarde heeft. Wel is duidelijk dat grotere organisaties in hun eentje al meer dan 73 locaties voor verslavingszorg en maatschappelijke opvang beheren. Het vergelijken van het aantal betrokken locaties tussen de instellingen is evenmin zinvol, omdat de omvang van de verslavingszorginstellingen fors verschilt. Sommige instellingen omvatten meerdere provincies, terwijl andere beperkt zijn tot een (stads)regio. Het aantal aan de campagne deelnemende locaties per instelling varieerde van 1 tot 15. Daarbij was het inderdaad zo dat de grotere instellingen (grote provincie of provincie-overschrijdend) op meerdere locaties de campagne hebben uitgevoerd (7 tot 15 locaties) terwijl bij de regionale (of kleinere provinciale) instellingen niet meer dan 5 locaties hebben meegedaan.

- *Counselinggesprekken*

Op de 73 deelnemende locaties waren 175 verpleegkundigen werkzaam die in het kader van de campagne een training in hepatitis C counselingsvaardigheden hadden gevolgd (tabel). Zij hebben in totaal 1424 counselinggesprekken met drugsgebruikers gevoerd. Een nipte meerderheid (53%) van de drugsgebruikers met wie counselinggesprekken zijn gevoerd heeft zich daarna laten testen op hepatitis C<sup>1</sup>. Bezien in het licht van de eerder genoemde aantallen hulpvragers in de reguliere verslavingszorg (zie de LADIS cijfers in hoofdstuk 3) lijkt de campagne een zeer beperkt bereik gehad te hebben. Kenmerken van de bereikte groep zijn echter niet verzameld, dus is het niet volledig uit te sluiten dat juist de drugsgebruikers met de grootste risico's (huidige injecteerders) in deze campagne zijn bereikt. Dit was echter niet een selectiecriteria dat door de deelnemers werd genoemd. Zij zeiden vooral locaties geselecteerd te hebben die de meeste bezoekers trokken of waar de beste mogelijkheden voor counselinggesprekken bestonden.

---

<sup>1</sup> bijna een kwart (n=186; 24%) van de geteste personen bleek drager van het hepatitis C virus. Van hen is een derde gestart met behandeling. Aangezien lang niet alle uitslagen van de testen bekend zijn, zal dit percentage nog oplopen.

- *Mate van implementatie*

Om de mate van implementatie te bepalen is niet alleen gelet op de spreiding van de campagne over het aantal locaties binnen verslavingszorginstellingen, maar ook op de volledigheid waarmee de campagneonderdelen op de verschillende locaties zijn uitgevoerd. Het trainen van verpleegkundigen in counselingsvaardigheden en het voeren van counselinggesprekken zijn de belangrijkste onderdelen van de campagne (zie vorige bullet). Daarnaast zijn gedurende de campagne in totaal 3032 folders en 1422 T-shirts uitgedeeld, 217 posters opgehangen en werd samen met de veldwerkers tijdens 29 gelegenheden het spel Russische Roulette gespeeld.

Slechts 1 instelling heeft alle campagne onderdelen uitgevoerd in alle deelnemende locaties (instelling D; tabel). Bij een andere instelling (J) werd de campagne volledig uitgevoerd op tweederde van de locaties. Deze twee instellingen zijn geselecteerd als 'koplopers'. Bij de overige verslavingszorginstellingen werd de campagne nergens volledig gevolgd, of was dat beperkt tot 1 of 2 locaties. Instellingen I en K zijn genomen als voorbeeld van 'achterblijvers': zij hadden weliswaar in absolute aantallen veel locaties weten te mobiliseren, maar gezien de omvang van deze instellingen en het beperkte aantal locaties waar counselinggesprekken werden aangeboden beschouwen we deze instellingen als minder succesvol ten tijde van de campagne. Instelling K is daarnaast interessant omdat er momenteel een grote inhaalslag wordt gemaakt om het hepatitis C traject alsnog breed te implementeren.

*Tabel: Mate van implementatie van de hepatitis C informatiecampagne in de elf instellingen voor verslavingszorg*

<b>IVZ</b>	<b>Locaties</b> *	<b>Folders</b>	<b>Posters</b>	<b>T-shirts</b>	<b>Getrainde verpleeg- kundigen<sup>§</sup></b>	<b>Couns. gesprek ken</b>	<b>HCV- testen</b>
<b>A</b>	1 (?)	?	?	?	4 (?)	?	?
<b>B</b>	3 (0)	20	4	0	4 (1)	20	?
<b>C</b>	3 (0)	45	6	50	4 (2)	45	10
<b>D</b>	4 (4)	170	28	124	12 (4)	146	123
<b>E</b>	4 (1)	300	28	220	10 (1)	170	50
<b>F</b>	5 (1)	95	11	16	22 (1)	41	36
<b>G</b>	7 (1)	245	13	136	27 (7)	146	130
<b>H</b>	10 (2)	565	26	221	37 (8)	380	87
<b>I</b>	10 (1)	440	20	275	>22 (>3)	197	117
<b>J</b>	11 (7)	362	40	130	20 (8)	125	84
<b>K</b>	15 (2)	790	41	250	13 (4)	154	124
<b>Totaal</b>	<b>73</b>	<b>3032</b>	<b>217</b>	<b>1422</b>	<b>175</b>	<b>1424</b>	<b>761</b>

\* Tussen haakjes het aantal locaties waar alle campagne onderdelen zijn uitgevoerd

§ Tussen haakjes het aantal locaties waar de daartoe getrainde verpleegkundigen counselinggesprekken hebben gevoerd

IVZ: instelling voor verslavingszorg. Let op dat het aantal locaties per instelling (veel) groter is dan het aantal dat heeft meegedaan.

### ***Het oordeel van de 'aandachtsfunctionarissen infectieziekten' over de campagne***

De vragenlijst die de mate van implementatie binnen de verslavingszorginstellingen inventariseerde bevatte ook vragen naar de ervaringen van de 'aandachtsfunctionarissen infectieziekten' met betrekking tot het campagnemateriaal, inclusief de kennis en vaardigheden die zij hebben opgedaan in de train-de-trainer-training van Mainline en de toepassing hiervan in de praktijk.

De campagne werd beschouwd als zinvol, nuttig en belangrijk. De meningen over de poster en T-shirts waren verdeeld en varieerden van onsmakelijk tot indringend (zie ook eindverslag van de campagne; Singels, 2010). De aandachtsfunctionarissen infectieziekten betitelden de folder als informatief en overzichtelijk. De materialen waren in voldoende mate en op tijd op de locaties aanwezig, alhoewel er zuinig met het uitdelen van de folders is omgegaan. Het Russisch Roulette spel werd bijzonder gewaardeerd, en beschouwd als een leuke afwisseling op de reguliere informatieverstrekking. Het Russische Roulette spel was gekoppeld aan het veldwerk door Mainline en dat was op de meeste locaties een jaarlijkse activiteit. De deelnemers hadden overwegend een positief oordeel over de train-de-trainer-training en beoordeelden deze met een gemiddeld rapportcijfer van 7,5. Door deze training, aangevuld met de informatie over hepatitis C die door een farmaceutische industrie werd aangeboden, hadden de verpleegkundigen het idee over voldoende kennis van hepatitis C te beschikken.



## 5 Analyse van bevorderende en belemmerende factoren

De afgelopen jaren is er in de implementatie literatuur een forse lijst aan factoren geïdentificeerd die meespelen bij het invoeren van een verandering in de praktijk (Grol en Wensing, 2006). Niet al deze componenten zijn in één theorie samen te brengen. De kunst is om per project uit de verschillende visies zo goed mogelijk de juiste mix van factoren te destilleren. Veel bestudeerde elementen in de implementatietheorie zijn de kenmerken van de innovatie en de gekozen implementatiestrategie, kenmerken van de doelgroep van professionals (degenen die de vernieuwing moeten toepassen), de sociale context (de patiënt zelf, de cultuur in de organisatie, de manier van leidinggeven en interesse van collega's), de organisatorische context en de economische, politieke en juridische context (Grol en Wensing, 2006; [www.zonmw.nl/nl/implementatie](http://www.zonmw.nl/nl/implementatie)).

In dit implementatietraject kwam uit de vragenlijsten en interviews naar voren dat de organisatorische en sociale context de grootste invloed hadden. Ook kenmerken van de interventie zelf en de gekozen implementatiestrategie speelden mee in de mate waarin het lukte de campagne uit te voeren (tijdsbestek, moment van invoering, etc). Andere factoren waren wel van belang maar stonden niet vooraan. Maatschappelijke overwegingen bleken geen overheersende rol te spelen: de financiering van het testen op en behandelen van hepatitis C hadden de meeste instellingen in de loop der jaren op beperkte schaal wel linksom of rechtsom weten te organiseren en politieke druk om de campagne aan te bieden werd niet heel sterk gevoeld. Factoren samenhangend met de drugsgebruikers zelf hadden evenmin grote impact op de implementatie: het merendeel van de drugsgebruikers was gematigd enthousiast over de campagne, maar er werd toch ook weer niet massaal overgegaan op het aanvragen van counselinggesprekken en testen. De volgende paragrafen zijn gebaseerd op de interviews met medewerkers uit verschillende instellingen voor verslavingszorg en focussen op de organisatorische context en de werkvloer. De in de interviews geschetste situatie wordt eerst beschreven en vervolgens worden de contrasten op deze punten tussen koplopers en achterblijvers benoemd.

### ORGANISATIE

#### ***Grootte en structuur van de instellingen***

Na een reeks fusies in de afgelopen jaren zijn de instellingen voor verslavingszorg verworden tot grote instellingen. De elf instellingen die aan de hepatitis C informatiecampagne hebben meegedaan vormen het gehele veld van reguliere verslavingszorg in Nederland en in enkele gevallen hebben de fusies zelfs plaatsgevonden over de grenzen van de verslavingszorg heen, met organisaties in de GGZ of maatschappelijke opvang. De organisatie van deze omvangrijke instellingen is complex en elke instelling heeft een eigen organisatiestructuur. "Zorgprogramma's" (bijvoorbeeld verblijf, reclassering, dubbele diagnose, basiszorg) staan naast "concerns voor aansturing" (bedrijfsvoering, automatisering, personeelszaken, zorgontwikkeling,

etc.). Sommige instellingen hanteren door de verschillende (zorg)programma's heen ook een indeling in regio's. De inhoudelijke aansturing en organisatorische aansturing vinden plaats door verschillende managers, die op meerdere niveaus in de organisatie zijn geïmplementeerd (concernmanagers, regiomanagers, vestigingsmanagers, procesmanagers, teammanagers, etc). Omdat het invoeren van een nieuwe interventie zowel "bedrijfsmatige" (inzet personeel, inzet financiën) als "zorginhoudelijke" aspecten (inpassen in de bestaande werkstructuur) heeft, zal het duidelijk zijn dat er een zekere uitdaging schuil gaat in het goed stroomlijnen van de implementatie op al deze niveaus.

In de praktijk bleek het meekrijgen van alle organisatorische lagen een serieus struikelblok. Een niet onbelangrijke reden daarbij was dat de vraag om de HCV voorlichting vorm te geven vooral "bottom-up" werd opgepakt. In de meeste instellingen waren de aandachtfunctionarissen infectieziekten belast met het invoeren van de campagne. Door hun positie in de organisatie zijn de aan hen ten beschikking staande managementmiddelen gering. De mogelijkheden van de aandachtfunctionarissen zijn in de meeste gevallen beperkt tot de locatie waar ze zelf werken en ze verkeren niet in een positie die het breder verspreiden van de interventie door de hele organisatie faciliteert. Uit de interviews bleek dat aandachtfunctionarissen de moeizame weg langs alle managementlagen halverwege nogal eens opgaven om op informele wijze alsnog een bescheiden doel te bereiken (bijvoorbeeld door het informeren en enthousiasmeren van hun directe collega's; met beperkte middelen zelf extra veel inzet tonen). Soms slaagde men erin alle barrières te slechten op één locatie, in één regio of in één zorgcluster, maar stakte de uitbreiding naar andere locaties, regio's of clusters.

De grootte van de instellingen levert in dit verband ook een tweede probleem. Bij een bredere samenwerking met andere organisaties zijn partners betrokken met een andere regionale indeling. Het organiseren van de zorg na het HCV informatie- en testtraject, namelijk de poliklinische behandeling van HCV-positieve patiënten in het ziekenhuis, is complex omdat de verslavingszorginstellingen vallen in het verzorgingsgebied van meerdere ziekenhuizen. Bij het integreren van het hepatitis C traject met het hepatitis B vaccinatieprogramma overlappen de instellingen meerdere GGD-regio's en voor activiteiten die plaatsvinden in de dagopvang geldt dat de verslavingszorg te maken heeft met financiële stromen uit meerdere gemeentes.

- *Koplopers en achterblijvers*

De organisatie bij koplopers en achterblijvers was van een vergelijkbare complexiteit. De implementatie bij de koplopers werd gefaciliteerd doordat de positie van de trekkers van de campagne wat dichterbij de directie zat. Zij hadden meer mogelijkheid voor overleg en voelden zich ondersteund in hun activiteiten om de campagne breed uit te zetten. De strategie van achterblijvers was meer gericht op het informeel en via netwerken binnen de eigen organisatorische laag promoten van de campagne. Dat kan er ook toe leiden dat relevante medewerkers niet worden bereikt. In een van de grote instellingen waren de (geografische) afstanden zo groot, dat pas halverwege de uitvoering duidelijk werd dat op een andere locatie een beleidsmedewerker infectieziekten werkzaam was, die uiteindelijk niet bij de campagne betrokken is geweest maar daar wel de aangewezen persoon voor was.

## **Communicatie**

De communicatie binnen de instellingen vindt over het algemeen niet volgens een vaste structuur plaats. Volgens de geïnterviewden worden weinig afspraken op papier vastgelegd, zowel binnen het team als tussen verschillende organisatorische lagen. Informatie wordt wel via het intranet bekend gemaakt, maar het stelselmatig checken van het intranet op nieuwe informatie is nog geen automatisme bij het personeel. Overdracht van informatie vindt ook vaak plaats in (team)overleggen. Opvallend is dat een aantal geïnterviewden de organisatie als plat bestempelt en de communicatie met de directie laagdrempelig vindt, terwijl anderen nooit persoonlijk met de directie spreken. Eveneens opvallend is dat de informatie naar en tussen verslavingszorgartsen gebrekkig verloopt. Zij worden soms alleen geïnformeerd in het artsen-overleg. Inzicht in elkaars werkwijze hebben de artsen binnen de meeste instellingen niet.

In alle instellingen werden lacunes geconstateerd in de communicatie tussen de directie en de werkvloer bij de opdracht tot de hepatitis C informatiecampagne. De projectleiding van de campagne had een gecombineerde top-down en bottom-up strategie nagestreefd, door contracten met alle directies af te sluiten en tegelijkertijd de aandachtsfunctionarissen infectieziekten te informeren en voor te bereiden tijdens de netwerkbijeenkomsten. In geen van de gevallen heeft de directie rechtstreeks contact gezocht met de aandachtsfunctionaris. Er was een manager wiens naam in de notulen op het intranet gekoppeld stond aan de uitvoer van de campagne, zonder daar persoonlijk over te zijn aangesproken; er waren aandachtsfunctionarissen die met de kennis uit het Netwerk Infectieziekten en Drugsgebruik zelf zijn gaan informeren bij de directies, en er waren aandachtsfunctionarissen die zonder verdere instructies van hoger management met de campagne zijn gestart.

- *Koplopers en achterblijvers*

In tegenstelling tot de meeste instellingen vindt bij de koplopers veel structureel overleg plaats. De communicatielijnen zijn helder. Er is regelmatig contact tussen de verschillende lagen. Er wordt actief gestreefd naar communicatiepaden tussen de verschillende locaties.

## **Taakverdeling en verantwoordelijkheid**

De praktische organisatie van de implementatie lag in alle instellingen in handen van één aandachtsfunctionaris infectieziekten. Het profiel en de plaats in de organisatie van deze aandachtsfunctionarissen is niet overal gelijk. Vrij algemeen is dat de functie wordt bekleed door verpleegkundigen of andere HBO-opgeleiden. De meeste verpleegkundigen op deze post hebben een achtergrond in de somatische zorg en werkten op een locatie als verpleegkundige in het behandelteam. Een minderheid van de aandachtsfunctionarissen had een locatie-overstijgende positie als projectleider infectieziekten of anderszins een staffunctie, zonder patiëntcontacten. Een enkeling bekleedde een positie tussen deze twee uitersten in, zoals de verpleegkundige die van locatie naar locatie trok om als enige met deskundigheid op het gebied van infectieziekten een hele regio te bedienen.

Uit de positie die de aandachtsfunctionarissen bekleeden is al af te leiden dat hun invloed verschilt. Met name voor de verpleegkundigen in een behandelteam die naast het meedraaien in het team ook een aantal uren geoormerkt hebben voor infectieziekten is



het lastig om projecten zoals de hepatitis C informatiecampagne van de grond te krijgen. De uren “verdwijnen” in het dagelijkse werk, of het aantal uur is beperkt en net toereikend om op de eigen locatie zorg te verlenen maar niet om ook de campagne op andere locaties vlot te trekken: zij moeten overleggen met managers zorg en bedrijfsvoering van de andere locaties om personeel vrij te maken, en hebben ook de taak om de campagne binnen de instelling te communiceren. Het breed wegzetten van de campagne zonder iets van financiële of personele middelen te hebben bleek lastig. Aandachtsfunctionarissen die geen taken in de directe patiëntenzorg meer bekleedden waren beter toegerust (in tijd, vaardigheden en aanzien) om de implementatie van de campagne goed te laten verlopen.

Binnen de instellingen neemt het aantal initiatieven toe om speciaal aandacht te schenken aan (drugsgerateerde) infectieziekten. Verschillende instellingen streven naar minimaal één verpleegkundige die hierin is gespecialiseerd. Zij worden BOA-SOA verpleegkundigen<sup>2</sup> genoemd of ook aangeduid als aandachtsfunctionarissen infectieziekten, maar zonder deel uit te maken van het eerder genoemde landelijk Netwerk Infectieziekten en Drugsgebruik dat door VWS is belegd bij het Trimbos-instituut. Deze verpleegkundigen hebben in de instelling locatie-overstijgende overlegstructuren met namen als “somatisch netwerk”, “BOA-SOA netwerk”, “infectieziektenoverleg”. De praktische uitvoering van de campagne lag vaak bij deze groep.

Er waren enkele instellingen waar het management zichtbaar bijdroeg aan de uitvoering van de campagne door mee te denken, bij te dragen aan draagvlak door de hele organisatie en personeel beschikbaar te stellen. Door instellingen waar de input vanuit het management minder aanwezig was werd sterk gepleit voor een implementatiemodel waar de vernieuwing van bovenaf wordt opgelegd en niet wordt overgelaten aan de werkvloer. De geïnterviewden merkten op dat de denkrichting van de verantwoordelijke managers bij voorkeur een somatische inslag zou moeten hebben, maar ook hoofden bedrijfsvoering werden als geschikte kandidaten aangemerkt. De expertise van psychologen en psychiaters werd meer in andere hoeken van de zorg gezien en minder op het gebied van infectieziekten. In alle gevallen was het duidelijk dat een implementatie niet slaagt zonder enthousiaste voortrekker. Hoewel bij een enkele instelling alle noodzakelijke stappen op papier waren beschreven zodat de taken konden worden overgedragen, bleek ook hier dat het succes alleen behaald werd omdat er niet slechts papier was, maar daar een gedreven “poppetje” aanhing.

Enthousiaste, tussentijdse feedback van managers en leidinggevenden werd genoemd als stimulerende factor, zowel wanneer er werd gevraagd naar de voortgang als in reactie op ingeleverde tussenrapportages. Enkele uitzonderingen daargelaten hadden de geïnterviewden de indruk dat interesse in de voortgang van de campagne bij het hogere management ontbrak. Dat werd gezien als een gemiste kans, want met tijdige checks over de voortgang had mogelijk in een eerder stadium al gezien kunnen worden dat de implementatie niet overal soepel verliep. Anderzijds werd de door de directies geboden vrijheid ook wel gewaardeerd, maar dat was voornamelijk in de instellingen met een succesvol verloop van de campagne. Aan het eind van de campagne is door sommigen

---

<sup>2</sup> BOA: via bloed overdraagbare aandoening; SOA: seksueel overdraagbare aandoening

verantwoording aan de directie afgelegd in de vorm van een managementverslag of jaarrapportage.

- *Koplopers en achterblijvers*

Bij de koplopers speelde het management een actieve rol (door de noodzaak van de campagne uit te dragen, het beschikbaar stellen van personeel, bewaken van de uren, feedback) en werd de campagne op diverse niveaus ingestoken. De mogelijkheden van de werkvloer (en de meeste aandachtsfunctionarissen infectieziekten) zijn te beperkt om de campagne op eigen kracht te implementeren. Aanwezigheid op de werkvloer van verpleegkundigen met expertise op het gebied van infectieziekten blijkt een succesfactor. Bij de koplopers heerst een cultuur van verantwoording afleggen. De campagne is alleen van de grond gekomen in instellingen met een enthousiaste voortrekker.

### ***Personeel en personele bezetting***

De belangrijkste partijen op de werkvloer die direct bij de implementatie van de hepatitis C informatiecampagne betrokken waren zijn de verpleegkundigen en artsen. Voor beide disciplines in de verslavingszorg geldt dat er vaak sprake is van personeelstekort en dat leidt tot onrust in het team. De medewerkerstevredenheid is gemiddeld laag, de werkdruk hoog. Beroering ontstaat in heel wat teams door steeds weer nieuwe werkwijzen (overgang naar casemanagers, de omslag van verstrekking naar behandeling, invoer van smelttabletten in plaats van vloeibare methadon, overgang naar thuisbezorging van methadon, etc). De ervaring uit de campagne is dat pas op het moment van stabiliteit in het team de implementatie kans van slagen had.

- *Verpleegkundigen* worden op de werkvloer beschouwd als de belangrijkste groep voor de borging van de zorg, ook de hepatitis zorg. De praktijk laat zien dat verpleegkundigen betrokken bij het hepatitis C traject minimaal op HBO-niveau geschoold moeten zijn. De voor dit traject meest gedreven verpleegkundigen hebben een achtergrond in de somatische geneeskunde (zoals een arbeidsverleden in een algemeen ziekenhuis) en ze blijken nogal eens langer dan gemiddeld in de verslavingszorg te blijven werken waardoor zij ook veel ervaring hebben. Uit het verleden stamt nog dat er veel MBO-agogen in de teams aanwezig zijn, die als logisch gevolg van hun sociaal-maatschappelijke achtergrond of psychologische expertise, minder voorop lopen bij somatische vernieuwingen. Een andere specifieke vaardigheid die de verpleegkundige nodig heeft is kennis van motiverende gespreksvoering, omdat hiervan in het counselinggesprek gebruik wordt gemaakt. Veel verpleegkundigen waren hierin al voor de campagne geschoold, maar ook als onderdeel van de verbetering van kennis en vaardigheden bij de counselors is dit in de training van de campagne opgenomen.

- *Verslavingsartsen* hebben nog steeds een slecht imago. Er is veel verloop binnen de groep verslavingsartsen. De artsen worden wel omschreven als kleine eilandjes in de organisatie. Zij hebben weinig of geen inzicht in elkaars handelen, niet binnen hun eigen organisatie en ook niet tussen organisaties. Iedere verslavingsarts werkt volgens eigen inzicht. Voor wat betreft de somatische zorg heeft de eerste geneeskundige volgens een aantal geïnterviewden een weinig sturende rol, omdat deze functie vaak wordt bekleed door psychiaters. Omdat de artsen vaak slechts korte tijd in de verslavingszorg werken

raken zij niet vertrouwd met protocollen of richtlijnen zoals de RIOB<sup>3</sup>. Sommige artsen werken nog vanuit een psychiatrische invalshoek en zien somatische zorg als een taak voor de huisarts. Hun kennis van hepatitis C is soms beperkt. Tot voor kort bestond er geen aparte opleiding tot verslavingsarts, maar deze lacune is inmiddels gevuld en mogelijk leidt dit tot beter toegeruste en gemotiveerde artsen in de verslavingszorg. De artsen worden momenteel nog niet gezien als de beste groep om de campagne in het algemeen op in te steken, hoewel er enkele zeer enthousiaste uitzonderingen zijn.

- *Koplopers en achterblijvers*

Een succesfactor voor de implementatie op het niveau van personeel is een team dat goed in de formatie zit. Stabiliteit in het team ontstaat ook als alle lopende veranderingen zijn doorgevoerd. Bij de koplopers wordt veel tijd gestoken in de werving van goed personeel, zowel goed in de zin van expertise, als in transparantie van werken (met het doel volgens gemeenschappelijk inzicht te gaan werken).

### **Overige factoren**

- Een belangrijke voorziening die meespeelt bij de implementatie is het elektronisch systeem voor opslag van de patiëntdata. EPDs (elektronische patiëntendossiers) zijn niet in gebruik, maar er bestaan wel verschillende andere elektronische systemen, die soms naast elkaar in gebruik zijn. Veel gebruikt zijn USER en PSYGIS. Gegevens die in deze systemen worden opgeslagen zijn door de hele organisatie te volgen, maar de uitslagen over hepatitis C testen worden in de praktijk zo regelmatig onder een verkeerd kopje gerubriceerd dat het systeem voor dit doel niet heel praktisch is en er alternatieve oplossingen worden gezocht. Eén organisatie verzamelt de somatische gegevens per patiënt in een Word document dat gehangen wordt aan het digitale dossier. Testdatum en testuitslag zijn in de systemen soms moeilijk terug te vinden, zodat niet gecheckt kan worden of het voornemen om jaarlijks te screenen wordt uitgevoerd.

- Een niet expliciet gevraagde factor die echter spontaan door verschillende geïnterviewden is genoemd zijn de financiën. Zowel de afdeling moet economisch op orde zijn als de nieuwe interventie financieel sluitend. Omdat het traject van hepatitis C zorg erg complex is, kan een goede uitvoering ervan niet als "klein procesje" worden weggezet. Bij een van de instellingen heeft de samenwerking met GGD en universiteit in een zogeheten "academische werkplaats" van ZonMW gezorgd voor extra financiële ruimte. Gezien de forse bezuinigingsrondes is aanvullende financiering, bijvoorbeeld vanuit gemeenten, voorlopig niet zo aannemelijk.

---

<sup>3</sup> Richtlijn Opiaat onderhoudsbehandeling. Uitgebreide richtlijn waarin alle facetten van behandeling met methadon (of andere vervangende middelen) worden beschreven, inclusief de noodzaak van testen en behandelen van infectieziekten. De RIOB representeert de omslag van *verstrekking* van methadon naar *behandeling* van een opiaat-afhankelijkheid. De somatische zorg heeft een duidelijke plaats in de richtlijn. De RIOB is enkele jaren geleden verschenen maar de implementatie ervan verloopt moeizaam, ondanks extra financiële injecties en andere ondersteunende activiteiten.

## SOCIALE CONTEXT

### ***De cultuur met betrekking tot somatische zorg***

In verschillende instellingen voor verslavingszorg is de aandacht voor somatiek nog beperkt. Veel zorg komt uit de sociaal-maatschappelijke hoek. Dat is ook nog zichtbaar in de functie van case manager. Het inzetten van case managers is een relatief nieuwe ontwikkeling. Zij ondersteunen op alle leefgebieden en zijn aanspreekpunt rond de hele zorg van de patiënt, ook de medische zorg. Een aanzienlijk deel van de case managers heeft een achtergrond als sociaal-maatschappelijk werker, en hoewel dat idealiter geen verschil uit zou moeten maken, zakt de aandacht voor somatiek in de praktijk dan toch naar een lagere plaats.

De laatste jaren is in een aantal verslavingszorginstellingen de aandacht voor somatische zorg toegenomen. Volgens sommige geïnterviewden behoren de BOA-SOA of infectieziektenverpleegkundigen tot de drijvende krachten achter de toenemende aandacht voor somatiek. Ook de aandacht voor infectieziekten wordt langzaam organisatorisch ingebed; een enkele instelling heeft inmiddels een meerjarenplan infectieziektenbeleid, een werkplan infectieziekten, een commissie infectieziekten, somatische of infectieziektennetwerken, of heeft een officieel door de Raad van Bestuur goedgekeurd profiel opgesteld voor de aandachtsfunctionaris infectieziekten. De infectieziektennetwerken staan ook aan de basis van de bestrijding van niet-drugsgebonden infectieziekten en worden ingezet bij bijvoorbeeld griepvaccinaties. Enkele ontwikkelingen, zoals de RIOB en de hepatitis B vaccinatiecampagne, hebben bijgedragen aan deze toenemende aandacht voor infectieziekten. Uit de interviews stegen echter geluiden op dat de RIOB officieel wel binnen de instelling is geïmplementeerd en een goed kader kan bieden voor somatische zorg, maar in praktijk niet of slecht wordt nageleefd.

- *Koplopers en achterblijvers*

Bij de koplopers in de implementatie van de hepatitis C informatiecampagne is de somatische zorg (in meer of mindere mate) al onderdeel van de behandeling. Daarbij hoort ook dat het traject na het testen (en in geval van een positieve testuitslag verwijzing naar een ziekenhuis voor verder behandeling) beter is geregeld bij de koplopers. In de voorzieningen voor maatschappelijk opvang die door de verslavingszorg worden gerund ontbreekt het aan expertise op dit gebied.

### ***Motieven om te veranderen***

Volgens de geïnterviewden gold voor sommige directies dat het voldoen aan de veldnorm een belangrijk motief was om aan de campagne mee te werken. Ter verduidelijking: in de verslavingszorg wordt verslaving toenemend gezien als een psychiatrische ziekte met een biologische basis, waarvoor medische behandeling nodig is. De eerdere nadruk op sociale zorg is afgenomen en de visieverandering heeft de zorg voor de lichamelijke gevolgen van het verslavingsgedrag een impuls gegeven. Het accent op somatiek is echter nog lang niet overal in de praktijk doorgedrongen. Een vergelijkbare verschuiving naar biologische verklaring modellen heeft ook in de GGZ plaatsgevonden. Enigszins in lijn hiermee noemden de geïnterviewden dat het ongunstig werd geacht om niet mee te doen aan deze campagne, die landelijk werd uitgezet door bekende instituten en een goed programma bood.

- *Koplopers en achterblijvers*

Organisaties waarin een cultuur van vernieuwing heerst bleken een goede voedingsbodem. In alle instellingen heeft de campagne geleid tot aandacht voor hepatitis C en somatische zorg in het algemeen. De campagne heeft, ongeacht de mate waarin de implementatie is geslaagd, gezorgd voor agendasetting.

### ***Draagvlak op de werkvloer***

Door de jarenlange aandacht voor hepatitis C, onder meer door themadagen en workshops van Mainline, en in het Netwerk Infectieziekten en Drugsgebruik waar de aandachtsfunctionarissen deel van uitmaakten, leeft hepatitis C wel als probleem, maar er werd in veel instellingen nauwelijks daadwerkelijk iets gedaan aan voorlichting, opsporing of behandeling. Door de aandachtsfunctionarissen werd de campagne daarom gezien als een welkom hulpmiddel om de aandacht in de instellingen te vergroten en het test- en behandeltraject vlot te trekken. Het meekrijgen van de hele organisatie was echter minder makkelijk dan gedacht. Belemmerend werkten de hoeveelheid nieuwe ontwikkelingen die tot een soort innovatiemoehheid hadden geleid, er was een gebrek aan tijd, een teveel aan werkdruk, en managers legden hun prioriteit daarom minder snel bij de complexe HCV zorg. Ook de verpleegkundigen zelf hadden de neiging om hun reguliere taken voorrang te geven boven de hepatitis C campagne wanneer ze met hun tijd in de knel kwamen. De indruk uit de interviews is dat ook bij de artsen weinig animo bestond voor hepatitis C zorg.

Het draagvlak onder collega's steeg fors wanneer alle personeelsleden werden geschoold. Er was vanuit de campagne geen scholingsaanbod voor managers. Het draagvlak bij hen moest worden vergroot door overtuigingskracht van de aandachtsfunctionarissen. Het werkte in alle organisatielagen stimulerend om te zien wanneer de campagne goede resultaten boekte; dit was voor enkele aandachtsfunctionarissen een geschikt moment om "door te pakken". Het draagvlak in ziekenhuizen voor het behandeltraject varieerde. Er is wat tijd nodig voordat het gemiddelde ziekenhuis zich realiseert dat het verslavingsgedrag zelf niet snel verandert. De streekziekenhuizen waren vaak nog wat huiverig en de afspraken verliepen moeizaam terwijl in de grotere ziekenhuizen wel al een positieve attitude bestond tegenover het behandelen van drugsgebruikers. Een negatief effect op het draagvlak heeft de geringe zichtbaarheid van de gelijktijdige hepatitis C voorlichtingscampagne voor het algemene publiek gehad.

- *Koplopers en achterblijvers*

De instellingen waar al aandacht bestond voor hepatitis C zorg hebben de campagne makkelijker opgepakt. Scholing was een effectief hulpmiddel om het draagvlak onder de medewerkers te vergroten. Organisatie van het behandeltraject en samenwerking met de ziekenhuizen behoorden in een enkele instelling tot de grootste struikelblokken.

### ***Draagvlak onder de patiënten***

Er bestaan nogal wat verschillen in de mate waarin de patiënten de campagne ondersteunden. In de Nederlandse *scene* wordt regelmatig over hepatitis C gesproken en een besmetting met HCV wordt bijna vanzelfsprekend geacht, "iedereen heeft het". Dit is anders dan bij hiv, dat onder drugsgebruikers in Nederland weinig voorkomt en nauwelijks meer een gespreksonderwerp is. Hoewel HCV steeds meer wordt beschouwd

als een behandelbare aandoening, blijft er een stigmagevoel heersen. De geïnterviewden onderscheidden twee types patiënten. Enerzijds is er een groep die somatische problemen niet serieus neemt. Deze groep zit in een patroon van kortetermijndenken dat sterk samenhangt met de verslaving (waarin ze ook leven van dosis tot dosis). Zij moeten door de hulpverleners worden aangespoord. Passend bij probleemvermijdend gedrag zijn zij er moeilijk toe te bewegen testen te ondergaan waar een slechte uitslag aan kan kleven. Een ander deel is juist erg gemotiveerd om te worden getest op HCV, zo nodig een behandeling te ondergaan, en daarmee een negatief deel van hun verleden af te sluiten. Op de locaties overheerste vaak een van deze culturen. Een beproefde methode bleek om eerst de "haantjes" uit de groep over te halen; dan volgde de rest vanzelf. Tenslotte speelde ook de vormgeving van de materialen een rol bij het draagvlak. Zij werden met gemengde gevoelens ontvangen.

- *Koplopers en achterblijvers*

Op het niveau van de patiënten werden geen duidelijke verschillen gevonden tussen koplopers en achterblijvers.

## FACTOREN DIE SAMENHANGEN MET DE CAMPAGNE

### ***De hepatitis C informatiecampagne***

- *Noodzaak van de campagne.* De geïnterviewden waren het erover eens dat de campagne een goede aanvulling was op de bestaande praktijk omdat er over het algemeen in de instellingen onvoldoende aandacht voor hepatitis C bestond, waardoor er nog steeds veel geïnfecteerden rondlopen zonder dat zij weten besmet te zijn. Gezien de hoge HCV besmettingsgraad onder drugsgebruikers is het duidelijk dat deze risicogroep geïnformeerd moet worden over hepatitis C, zowel in het kader van preventie van verdere verspreiding als om gezondheidsredenen.

- Uit preventie oogpunt is het zinvol om enerzijds de transmissieroutes duidelijk te communiceren zodat drugsgebruikers maatregelen kunnen nemen om besmetting te voorkomen en anderzijds om drugsgebruikers die zijn besmet op te sporen, zodat zij extra maatregelen kunnen nemen die verhinderen dat zij het virus op anderen overdragen.
- Uit het oogpunt van de gezondheid van het individu is het van belang dat met HCV geïnfecteerden een behandeling ondergaan om complicaties op de lange termijn te voorkomen.

De hepatitis C voorlichtingscampagne werd als een kwaliteitsslag gezien; patiënten en personeel wisten er toch te weinig vanaf.

- *Vervolgtraject.* Het was aan de geïnterviewden duidelijk dat de campagne alleen het eerste deel van het hepatitis C traject beslaat maar dat het organiseren van een vervolgtraject een impliciete verplichting is die de instelling is aangegaan bij het uitvoeren van de informatiecampagne. Zonder organisatie van het verdere traject ontstaat een ophoping van geïnformeerde drugsgebruikers die wachten op testen en eventueel behandeling. Echter, de ziekenhuizen zelf hebben slechts een beperkte behandelcapaciteit en ook voor de verslavingszorg is de toeleiding naar en ondersteuning tijdens de behandeling een arbeidsintensieve bezigheid. De min of meer

verplichte organisatie van dit traject ná de campagne vergroot de complexiteit van de interventie.

- *Scholing*. Vanuit de campagne werden cursussen georganiseerd gericht op de medewerkers op de werkvloer met het doel hun kennis over hepatitis C te vergroten en counsellingsvaardigheden te optimaliseren. De meesten waren al bekend met de methodiek van motiverende gespreksvoering en voor wie dat niet gold werd een training aangeboden. De campagne sloot op dit punt aan bij de bestaande werkwijze. De aangeboden informatie over hepatitis C werd door sommigen als mager gezien.

- *Tijd(stip)*. Counsellen is een intensieve en tijdrovende bezigheid. Het was niet eenvoudig om op grote schaal drugsgebruikers een counsellingsgesprek aan te bieden. Er werden in het kader van de campagne geen extra formatieplaatsen gecreëerd, zodat het reguliere werk er wel eens bij in schoot. Versturende factoren zoals de dreigende epidemie van het H1N5 influenza virus en de massale vaccinatiecampagne in de verslavingszorg, naast de gewone griepvaccinatie, hebben de uitvoering van de hepatitis C informatiecampagne eveneens gehinderd.

De duur van de campagne werd als tekort ervaren om de campagne goed van de grond te krijgen en al helemaal om te leiden tot inbedding in de reguliere werkzaamheden. Het werd ook als gemis ervaren dat de projectleiding van de campagne met de directies geen duidelijke afspraken over te behalen einddoelen had gemaakt. Een tussentijdse terugkoppeling over de voortgang zou als ondersteuning van de werkvloer hebben kunnen werken.

- *Koplopers en achterblijvers*

De informatiecampagne is het beste aangeslagen bij instellingen die al op enigerlei wijze een hepatitis C traject hadden lopen; dat zijn tevens de instellingen waar al aandacht voor somatische zorg bestond. Het inbedden van de campagne in bestaande activiteiten droeg bij aan het succes, bijvoorbeeld door aansluiting te zoeken bij de RIOB. Daar waar de campagne echt campagnematisch (door het organiseren van een informatiedag op een locatie) werd uitgevoerd is het informeren over en testen op hepatitis C geen vast onderdeel in de werkzaamheden geworden. De achterblijvers hebben wel de intentie om het hepatitis C traject te gaan inbedden, maar dit stadium lijkt nog ver. Door alle instellingen werd de duur van de campagne als veel tekort beschouwd.

### ***De implementatie van de hepatitis C informatiecampagne***

De manier waarop de campagne per instelling is geïmplementeerd werd niet van bovenaf door de centrale projectleiding opgelegd. Er werden alleen elementen aangeleverd die de campagne zou moeten bevatten. In de interviews werd opgemerkt dat projectmatig werken nog geen gemeengoed is in de verslavingszorg en dat het schrijven van een implementatieplan voor aandachtsfunctionarissen niet een dagelijkse taak is. Daar waar de implementatiestrategie mede door het management werd bepaald is de campagne beter van de grond gekomen. De positionering van het project in de instelling moet besproken worden met de directie. Vanwege de verschillen in organisatie blijft elk implementatieplan toch maatwerk voor de betreffende instelling. Bij het opstellen zou wel kunnen schelen als de instellingen wat meer in elkaars keuken kunnen kijken en goede ideeën over nemen. Andere geïnterviewden meenden dat er wel genoeg eigen

ideeën borrelden en hadden minder behoefte aan en tijd voor dergelijke uitwisselingsinitiatieven.

- *Koplopers en achterblijvers*

De gekozen implementatiestrategie was een combinatie van top-down en bottom-up benadering. In alle instellingen is de bottom-up richting het meest opgepakt, maar hierin zat een duidelijke tekortkoming die heeft geleid tot een beperkte implementatie zowel met betrekking tot het aantal locaties als de volledigheid van de campagneonderdelen. Koplopers en achterblijvers hebben gepleit voor een aanpak van dit soort implementatietrajecten waarbij op een hoger niveau wordt ingestoken. De mogelijkheden om vanaf de werkvloer instellingsbrede veranderingen door te voeren zijn te beperkt. Een tweede conclusie van zowel koplopers als achterblijvers is dat de implementatiestrategie momenten moet bevatten waarin de tussenstand wordt opgenomen en teruggekoppeld naar het management. Daarvoor moeten ook heldere einddoelen zijn geformuleerd waarbij de instelling zich verantwoordelijk voelt om deze te behalen.





## **6 Aanbevelingen voor de implementatie van informatievoorziening over hepatitis C aan drugsgebruikers in de verslavingszorg**

Dit hoofdstuk vat achtereenvolgens samen (1) de bestaande kennis over implementeren in het algemeen, (2) de in de internationale literatuur beschreven ervaringen bij het implementeren van een hepatitis C informatie- en testtraject bij drugsgebruikers en (3) de ervaringen die zijn opgedaan in de Nederlandse hepatitis C informatiecampagne. Gebaseerd op de informatie uit deze drie bronnen volgen aandachtspunten bij het opstellen van een implementatiewerkplan voor hepatitis C informatieverstrekking en pretest counseling. In bijlage 2 is een schematisch werk- en meetplan opgenomen waarin de doelen, indicatoren en bijbehorende acties kunnen worden aangepast aan de situatie per instelling.

### ***(1) De implementatieliteratuur***

Implementatie wordt gedefinieerd als de “procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen van bewezen waarde met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg” (ZON 1997). Implementeren betekent in feite dat de toepassing van een interventie wordt bevorderd en dat er actie wordt ondernomen om ervoor te zorgen dat de nieuwe werkwijze een vast onderdeel wordt van de dagelijkse routines. Het ervoor zorgen dat deze nieuwe werkwijze behouden blijft wordt borging genoemd.

Implementeren is een complexe activiteit zonder garanties op succes. Bij een implementatietraject spelen allerlei belemmerende en bevorderende factoren een rol die het uiteindelijke succes bepalen. Een implementatietraject heeft grotere kans om te slagen als het elementen bevat uit onderstaande opsomming (Grol en Wensing, 2006; [www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl)):

- Er is een systematische aanpak en goede planning van implementatieactiviteiten: voordat de toepassing van de innovatie wordt bevorderd moet er al een effectieve verspreiding, kennisoverdracht, attitude verandering etc. hebben plaatsgevonden.
- Voor de start van de implementatie vindt er een diagnostische analyse plaats van doelgroep en setting. Er bestaat niet één beste methode voor alle innovaties in alle settings. Verschillende doelgroepen en situaties brengen uiteenlopende implementatieproblemen met zich mee. Subgroepen uit de doelgroep kunnen bijvoorbeeld in verschillende fasen van het veranderproces zitten en daarom ook verschillende behoeften hebben. Activiteiten kunnen ook duidelijk verschillen tussen diverse niveaus (landelijk, lokaal, team, praktijk en professional). Een goede “diagnostische” analyse van doelgroep en setting moet daarom richting geven aan een goed opgezet implementatieplan.
- De doelgroep wordt betrokken bij de ontwikkeling en aanpassing van de innovatie, en bij het plannen van de implementatie. Deze ontwikkeling van de implementatie in

samenwerking met de werkvloer wordt ook wel een "bottom-up" benadering genoemd. Deze fase bevindt zich aan het begin van het implementatietraject. In een latere fase, wanneer de implementatie breed uitgezet moet worden, is een "top-down" benadering vaak effectiever.

- Een projectgroep waarin kennis en expertise uit de instelling zijn verenigd kan helpen om de betrokkenheid en het draagvlak te vergroten. Een enthousiaste voortrekker of projectleider met overtuigingskracht is cruciaal.
- De doelgroep moet op de hoogte zijn. Disseminatie (het vergroten van de belangstelling voor en kennis van de innovatie, en bevorderen van een positieve houding en bereidheid tot aanpassen van de bestaande werkwijze) kan zowel via massamediale als persoonlijke methoden.
- De innovatie is een "goed" product. Meestal is een enkelvoudige methode of maatregel onvoldoende; de innovatie kan het best bestaan uit een kosteneffectieve mix van methoden. Een theoretische of empirische onderbouwing draagt bij aan de kwaliteit.
- Verschillende maatregelen en strategieën zijn effectief in verschillende fasen. Het is van belang om de verschillende fasen van implementatie (verspreiden, implementeren, integreren) te onderscheiden. Bij het ontwerpen van de strategie kan het helpen voort te bouwen op de ervaring uit overeenkomstige trajecten op vergelijkbare onderwerpen.
- Het formuleren van heldere einddoelen maakt het mogelijk tijdens het implementatieproces de voortgang van de resultaten continu te evalueren om zo nodig de strategie aan te passen.
- De slaagkans lijkt beter als de innovatie wordt ingebouwd in bestaande structuren. Er is blijvende aandacht nodig om terugval of afwijking te voorkomen.
- Elke verandering kost tijd en geld; voldoende budget verhoogt de kans op succes.

Om de implementatie van een interventie (of campagne) op de werkvloer goed te laten verlopen zijn er veel activiteiten nodig. Een veel gebruikte indeling van deze activiteiten is in de vier stappen van het 'Plan-Do-Check-Act' model, ook bekend als de Deming cyclus of het PDSA model (S staat voor Study). Het PDCA principe is toepasbaar op verschillende niveaus: van individuele werknemer voor het beoordelen van de eigen werkwijze, management voor analyse van de hoger gelegen processen en de directie voor primaire bedrijfsprocessen. Hiermee is het mogelijk om op elk niveau in het proces de werkwijze te beoordelen en te verbeteren.

De vier activiteiten zijn:

- PLAN : Kijk naar de huidige stand van zaken en de werkzaamheden en stel een plan voor de verbetering van deze werkzaamheden op. Stel voor deze verbetering doelstellingen vast.
- DO : Voer de geplande verbetering op bescheiden schaal uit.
- CHECK : Meet het resultaat van de nieuwe werkwijze. Vergelijk deze met de oorspronkelijke situatie en toets het resultaat aan de vastgestelde doelstellingen.
- ACT : Bijsturen aan de hand van de gevonden resultaten bij CHECK.

## **(2) Buitenlandse ervaringen met het implementeren van HCV voorlichting**

De wetenschappelijke literatuur over het implementeren van het hepatitis C traject richt zich vrijwel uitsluitend op de laatste fase, namelijk het in behandeling komen en houden van patiënten. De meeste studies focussen op belemmeringen die worden gezien op het niveau van de drugsgebruikers zelf. Er bestaat weinig literatuur over de invloed van andere spelers in het proces zoals de verslavingszorginstelling zelf, de medewerkers, of maatschappelijk-politieke factoren. De bestaande literatuur over de beïnvloedende factoren rond het behandeltraject tonen dat een veelheid aan factoren meespeelt. Vanwege de schaarste aan internationale literatuur specifiek op de fase van informatievoorziening over HCV aan drugsgebruikers, volgen hier ook enkele bevindingen over de factoren betrokken bij de implementatie van HCV behandeling, niet op de laatste plaats omdat aan een deel van deze factoren in de voorlichtingsfase al aandacht kan worden besteed.

*Motivatie drugsgebruikers.* Over het algemeen tonen drugsgebruikers zelf grote bereidwilligheid om behandeld te worden voor een hepatitis C besmetting (Grebely et al, 2008; Doab et al, 2005). De ervaring in Nederland is daar mee in overeenstemming. Factoren die bijdragen aan een verminderde motivatie voor behandeling hangen vaak samen met een instabiele periode in het drugsgebruik of een co-infectie met hiv (Grebely et al, 2008). Ook spelen factoren mee als lange wachttijden, fors alcohol gebruik, instabiele sociale omstandigheden (zoals huisvestingsperikelen, criminele activiteiten), angst voor een leverbiopsie, twijfel over therapietrouw, afwezigheid van klachten, andere prioriteiten op gezondheidsgebied, en onvoldoende informatie en kennis van HCV (Grebely et al, 2008; Morrill et al, 2005). Dat laatste punt onderstreept ook meteen de noodzaak van goed ingebede informatieverstrekking.

In een recente kwalitatieve studie onder injecterend drugsgebruikers in Ierland werden barrières in het hele hepatitis C traject onderzocht. De auteurs noemden onder andere de perceptie dat een hepatitis C infectie relatief mild is, angst voor onderzoek en behandeling, en afwezigheid van klachten (Swan et al, 2010). De beeldvorming werd beïnvloed door het trage beloop bij een infectie, horror verhalen over leverbiopsieën en behandeling in het netwerk van gebruikers.

In het Ierse onderzoek bleken moeilijkheden om in behandeling te komen onder meer samen te hangen met beperkte kennis over test-sites, niet worden doorverwezen voor aanvullend onderzoek in het ziekenhuis en niet in aanmerking komen voor behandeling. De drugsgebruikers vonden het lastig kiezen tussen enerzijds de langdurige behandeling en anderzijds hun werk, opleiding en verslaving zelf. Het ontwikkelen van symptomen, verantwoordelijkheden voor kinderen en het willen stoppen met een drugsgebruikersleven waren juist motiverende redenen om HCV behandeling te zoeken.

*Type behandelprogramma.* Interessant zijn de studies naar de mate waarin voorlichtings- en behandelprogramma's worden uitgevoerd en de doelgroep bereiken. Een onderzoek van enkele jaren geleden toonde dat in Engeland en Wales weliswaar 70% van de behandelprogramma's een aanbod heeft met hepatitis C testen, maar dat slechts 24% dit beleid ook routinematig uitvoerde (Winstock et al, 2000). In 2003 was slechts 4% van de huidige injecterend drugsgebruikers die een spuitomruilprogramma bezochten ooit behandeld voor HCV (NCHECR 2003). Een studie onder 434

drugsbehandelprogramma's in New York in 2001 toonde dat weliswaar veel behandelprogramma's gezondheidsvoorlichting boden aan tenminste een deel van hun cliëntèle, maar slechts de helft gaf voorlichting aan alle drugsgebruikers (Astone et al, 2003). Een van de conclusies uit dit onderzoek is dat programma's die uitgaan van een medisch model of van een volksgezondheidsmodel (zoals programma's die methadon verspreiden) veel vaker universele HCV voorlichting gaven. Dat leek voort te komen uit de meer holistische benadering van deze programma's.

*Scholing personeel.* Ook concludeerde dit onderzoek dat programma's die (bijna) al hun personeel bijscholen over HCV veel vaker hun patiënten voorlichten (Astone et al, 2003). Dat wordt verklaard uit een commitment bij het personeel om zelf over het virus te leren en zo hun patiënten beter toegankelijke en betrouwbare informatie over de ziekte te kunnen geven. Belemmeringen bij de voorlichting aan patiënten zijn bestaande ideeën bij het personeel over bijwerkingen van de behandeling, het idee dat alleen hoogrisico patiënten, zoals injecteerders, geïnformeerd moeten worden, de perceptie dat gezondheidsvoorlichting niet tot het takenpakket behoort, financiële overwegingen, maar ook een gebrek aan personeel (Astone et al, 2003).

*Rol management.* De overtuiging en ideeën van directeur en leidinggevenden kunnen een belangrijke stimulans zijn bij het uiteindelijke aanbieden van HCV testen en behandeling (Astone et al, 2004). De invloed van de directeur van een instelling of locatie strekt zich uit van het beslissen over het aanstellen en trainen van het personeel, de richting van de programma's, tot het toewijzen van middelen en financiële stromen. Voor het routinematig aanbieden van voorlichting en het testen op infectieziekten is voldoende medische staf en geschoold personeel een voorwaarde, maar daar schort het nogal eens aan (Winstock et al, 2006). Een niet te onderschatten factor op directie-niveau is ook de betere positie bij het enthousiasmeren van invloedrijke andere groepen. De directie heeft een centrale rol in het op de agenda zetten van de HCV zorg en in het succesvol integreren ervan in de dagelijks behandelpraktijk (Astone 2004).

Naast de directie is ook het uitvoerend personeel cruciaal. Een Amerikaans onderzoek naar de beïnvloedende factoren bij de implementatie van een hepatitis C programma concludeerde dat betrokkenheid van alle organisatielagen noodzakelijk is (Munoz-Plaza et al, 2006):

- Leidinggevenden of hoger management zijn nodig om de innovatie aan te zwengelen en waar mogelijk te ondersteunen.
- Daarnaast is een stuwende kracht noodzakelijk, iemand die een voortrekkersrol vervult en de innovatie promoot. Deze persoon (of twee personen) zorgt voor aandacht richting het HCV project binnen het team, pusht de implementatie en neemt het voortouw bij het organiseren van HCV scholing.
- Tenslotte moet het team er als geheel "voor gaan" en de noodzaak van het HCV traject inzien.

### ***(3) Leerpunten uit de Nederlandse hepatitis C voorlichtingscampagne***

Deze opsomming is een samenvatting van de belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren uit hoofdstuk 5.

- De interventie zelf, het voorlichten en counselen over hepatitis C, is complex (mede ook vanwege het traject dat erop volgt), tijdrovend en vereist specifieke scholing. Gezien de prevalentie van hepatitis C onder drugsgebruikers en het beperkte aantal patiënten dat is opgespoord, is de noodzaak van voorlichting en counseling wel duidelijk.
- De instellingen voor verslavingszorg hebben een organisatorisch complexe structuur met verschillende lagen. Een brede implementatie heeft meer kans van slagen als deze vanuit het management wordt ingezet, en niet vanaf de werkvloer. Ook na inbedding blijft betrokkenheid van het management nodig.
- Voorwaarden op de werkvloer zijn een stabiel team (verpleegkundigen en artsen), voldoende opgeleid, voldoende fte's, en een "rustige periode" (waarin niet meerdere verandertrajecten naast elkaar lopen en waarin financiële rust heerst).
- Inbedding in bestaande werkprocessen en met name in een somatisch georiënteerde werkcultuur draagt bij aan succesvolle implementatie.
- Er is een goed elektronisch registratiesysteem nodig om de activiteiten per patiënt makkelijk bij te houden en terug te vinden.
- Met vastgestelde einddoelen en tussentijdse meetmomenten moet de voortgang gemonitord worden. Er moet over de voortgang voldoende feedback zijn naar alle belanghebbenden.
- In alle stadia van het proces moeten er goede interne communicatielijnen zijn. Ook externe communicatie is van belang.
- Het helpt mee als er in de instelling een cultuur van vernieuwing heerst.

### ***Aandachtspunten voor een implementatiewerkplan voor het inbedden van hepatitis C voorlichting en pretest counseling in de verslavingszorg***

De aanbevelingen op de volgende pagina's hebben betrekking op strategieën bij het implementeren van een voorlichtings- en counselingsprogramma over hepatitis C in de reguliere verslavingszorg. Het doel is om dit HCV voorlichtings- en counselingsprogramma in te bedden in bestaande zorg- en behandelprogramma's en de uitvoering ervan te borgen. Voor de hand ligt inbedding in de RIOB. Het traject dat volgt op voorlichting en testcounseling, het testen op HCV en, indien geïndiceerd, behandeling, is niet in de aanbevelingen meegenomen. Recent zijn al een richtsnoer voor de fase rond behandeling (Lindenbrug, 2009) en een richtlijn over de nabehandeling (de Jong, 2009) geschreven. Vanwege de diversiteit in de verslavingszorginstellingen zal het niet mogelijk zijn één standaard implementatieplan te ontwikkelen, maar zal elke instelling die een hepatitis C voorlichtingstraject wil invoeren en behouden zijn eigen strategie moeten bepalen.

Een onmisbaar instrument bij het implementeren van een vernieuwing is een implementatiewerkplan. Op de website van ZonMW is een aantal ingrediënten opgesomd die handvatten bieden voor een goed gestructureerd plan ([www.zonmw.nl/nl/implementatie/gereedschap/plannen/implementatiewerkplan-](http://www.zonmw.nl/nl/implementatie/gereedschap/plannen/implementatiewerkplan-)

maken). Gebruik makend van deze handvatten is een voorzet geschreven voor een implementatiewerkplan: Deze basistekst beschrijft de belangrijkste ingrediënten voor implementatie en borging. Het werk- en meetplan in bijlage 2 moet gezien worden als een hulpmiddel bij de praktische uitwerking van het implementatiewerkplan. In de tekst staan aandachtspunten en suggesties tussen blokhaken [... *houd in gedachten dat het beter is te streven naar een realistische situatie dan naar een ideale ...*].

Voordat een instellingsspecifiek implementatiewerkplan kan worden geschreven is er duidelijkheid nodig over een aantal zaken:

- Wie is verantwoordelijk voor het opstellen van het plan? [*het is aan te bevelen daarvoor een manager uit het midden of hoger kader te kiezen*]
- Wie zijn betrokken bij het opstellen? [*de ervaring leert dat de beste plannen komen uit een projectgroep met deskundigen van de werkvloer, experts op gebied van het onderwerp en betrokkenen uit de instelling die de realiseerbaarheid in de gaten houden*]
- Wie gaat de uitvoering van het plan trekken? [*zonder voortrekker komt een plan niet van de grond*]

# Het inbedden van hepatitis C voorlichting en pre-test counseling in de reguliere verslavingszorg

## *Voorzet voor een implementatiewerkplan*

### **Inleiding**

Hepatitis C (HCV) is al jaren een veel voorkomende aandoening in (met name ooit-injecterende) drugsgebruikers. HCV heeft in de meeste gevallen een chronisch beloop en gaat gepaard met een aanzienlijke ziektelast. Ondanks de hoge prevalentie is het merendeel van de patiënten niet opgespoord, terwijl effectieve behandeling wel mogelijk is. Actieve opsporing van HCV-patiënten is noodzakelijk en de eerste stap daarin bestaat uit goede voorlichting. Daarnaast is het ook vanuit preventie oogpunt zinvol drugsgebruikers (evenals andere risicogroepen binnen de MO of GGZ) te informeren over de transmissieroutes van hepatitis C en de mogelijkheden om besmetting te voorkomen.

Door recente kwaliteitsimpulsen in de verslavingszorg, onder andere in het kader van de RIOB, is er een verschuiving gaande waarbij meer nadruk op somatische zorg komt te liggen. Het hepatitis C traject (voorlichten, testen en zo nodig behandelen) past daar uitstekend in, en verdient een structurele plaats in het zorgaanbod. Reguliere inbedding van hepatitis C zorg is een waardevolle stap in het streven naar kwaliteitsverbetering. De stappen waaruit het voorlichten en pretest counselen bestaan zijn beschreven in de training 'Hepatitis C testcounseling' (Schmidt, 2007). Kernpunten in de HCV voorlichting en counseling zijn de laagdrempeligheid van het aanbod, de korte lijnen (er zijn geen wachttijden voor de counseling en na counseling kan direct bloed worden afgenomen voor testen) en een pro-actieve benadering vanuit de zorgverleners.

Het invoeren van een verandering en het behouden van de positieve resultaten is echter een complexe bezigheid. Uit de implementatieliteratuur is bekend dat een effectieve implementatiestrategie meerdere onderdelen omvat, waaronder communicatie, analyse van factoren, begeleiding, feedback en training. De volgende uitdaging is het vasthouden van de nieuwe werkwijze en het voorkomen dat de oude werkwijze weer wordt opgepakt nadat het invoeringstraject is afgelopen. De nieuwe werkwijze moet vast onderdeel worden van de normale handelingen. Het integreren in routines en verankeren van de verandering in de organisatie wordt in de implementatieliteratuur beschreven met termen als "borgen" en "sustainability".

Met "borgen" is het eindpunt nog niet bereikt. Na het invoeren van de verandering moet er een continu proces op gang komen van verbetering. Daarvoor zijn procedures nodig die de prestaties meten. Deze informatie dient om het niveau van de verandering verder te verbeteren. Dit continue proces van invoeren en verbeteren kan schematisch worden weergegeven in de PDCA cyclus (Plan-Do-Check-Act).

Onderdeel van de borging is ook om succesvolle vernieuwingen en opgedane kennis over het veranderproces intern en extern te verspreiden. Borging moet op maat van de teams plaatsvinden en teams kunnen van elkaar leren welke praktische oplossingen er zijn voor de invoeringsproblemen die ze tegenkomen.



## Kernpunten in het HCV implementatiewerkplan

1. Er zijn haalbare en meetbare doelen geformuleerd en met behulp van indicatoren wordt de mate van verbetering bijgehouden.
2. De activiteiten worden ingebed in reguliere werkzaamheden en bijgestuurd wanneer nodig.
3. De ervaringen van teams worden uitgewisseld. Er zijn afspraken over communicatie en verspreiding.
4. Er is een belangrijke rol voor het management, bij de implementatie, bij de borging en bij het bijsturen op basis van de gemeten resultaten.

## Analyses over het HCV traject, de context en de doelgroepen

*Kenmerken.* Uit de literatuur blijkt dat enkele kenmerken van een vernieuwing (namelijk voordeel, passendheid, complexiteit, probeerbaarheid en zichtbaarheid)<sup>4</sup> het meeste invloed hebben op het succes van de implementatie. Voor HCV voorlichting en counseling geldt met betrekking tot deze kenmerken:

- *Voordeel:* voorlichting over HCV heeft een dubbel doel: het geeft inzicht in de mogelijke preventieve maatregelen om besmetting en (bij een al geïnfecteerde persoon) verdere verspreiding te voorkomen (preventief doel), en het kan aansporen tot een vervolgtraject met testen en, indien nodig, behandeling (curatief doel). Door HCV voorlichting en counseling een reguliere plek in de zorg- en behandelprogramma's te geven zullen meer patiënten bereikt worden en dat is een verbetering ten opzichte van de huidige situatie.
- *Passendheid:* Het HCV traject past in het streven naar kwaliteitsverbetering in de verslavingszorg en de GGZ. De aandacht voor deze ziekte sluit aan bij het toenemende belang dat wordt gehecht aan somatische zorg, zeker bij de vergrijzende populatie drugsgebruikers. De huidige veldnorm is om te werken volgens de RIOB, waarin het opsporen van HCV een onderdeel is, maar de RIOB wordt op dit punt nog onvoldoende gevolgd. Ook ziekenhuizen krijgen steeds meer ervaring in het behandelen van HCV positieve drugsgebruikers en boeken vergelijkbare resultaten bij de behandeling als bij niet-drugsgebruikende patiënten. Een derde punt met betrekking tot de *passendheid* is dat in de nabije toekomst nieuwe middelen op de markt worden verwacht die de behandelduur verkorten en naar het zich laat aanzien een grotere effectiviteit hebben. Daarmee wordt de begeleidingsdruk vanuit de verslavingszorg minder en het belang van het implementeren van een HCV voorlichtings- en testprogramma dat alle patiënten bereikt groter.
- *Complexiteit:* de complexiteit zit niet zozeer in de voorlichting en counseling zelf, maar in de inspanningen die gaan zitten in het vervolgtraject. Het toeleiden naar behandeling van HCV-positieve cliënten en hen ondersteunen ten tijde van de

---

<sup>4</sup> *Voordeel:* de mate waarin de innovatie een verbetering is ten opzichte van de huidige praktijk.

*Passendheid:* de mate waarin de innovatie past bij de huidige opvattingen en routines.

*Complexiteit:* de mate waarin de nieuwe werkwijze moeilijk te begrijpen of lastig te gebruiken is. *Probeerbaarheid:* de mate waarin de nieuwe werkwijze eerst op kleine schaal getest kan worden, zonder dat er grote gevolgen zijn die niet meer teruggedraaid kunnen worden.

*Zichtbaarheid:* de mate waarin de resultaten van de nieuwe werkwijze zichtbaar zijn en de beoogde doelen opleveren.

behandeling zijn tijdrovende bezigheden. Voldoende uren zijn daarom een randvoorwaarde.

- *Probeerbaarheid*: het breed implementeren van een HCV traject gaat niet gepaard met grote onomkeerbare acties.
- *Zichtbaarheid*: een belangrijke uitkomstmaat is het aantal gescreende (en met succes behandelde) patiënten, deze maat kan goed worden gemonitord.

*Knelpunten. [analyseer de knelpunten die voor de instelling en voor de diverse locaties gelden en denk daarbij onder andere aan:]*

- huidige praktijk: bestaat er al zodanige aandacht voor somatische zorg dat het HCV traject daarin een plaats kan krijgen?
- draagvlak: is iedereen op de hoogte van het HCV traject? Is men doordrongen van het nut daarvan? Is men gemotiveerd om HCV zorg uit te voeren (idealisme, affiniteit met de ziekte)? Is men doordrongen van de uitvoerbaarheid, van de effectiviteit, van het blijvend karakter/ inbedding?
- geschiktheid van het moment: zijn er binnenkort nog andere ingrijpende veranderingen te verwachten? Is er voldoende stabiliteit in het team?
- expertise van het personeel: is aanvullende scholing nodig? Wie zouden extra scholing moeten krijgen?
- de personele capaciteit: is er voldoende mankracht, ook om het vervolgtraject rond begeleiding tijdens de HCV behandeling te ondersteunen? Is er ruimte voor nazorg?
- hoe is de organisatie van dit traject op instellingsniveau? Hoe is de organisatie op de verschillende locaties? Is er een voortrekker? Wat is de achtergrond van de teamleden (somaatich georiënteerd, sociaal maatschappelijk)?
- zijn secundaire voorwaarden op orde, zoals toegankelijke dossiers?
- hoe is de patiëntengroep samengesteld? Zorgmijders, scenebewoners, scenemijders? Zijn er voortrekkers onder de patiënten?
- het vervolgtraject. Bestaan er afspraken rond samenwerking met lokale ziekenhuizen om "ophoping" van patiënten wachtend op behandeling te voorkomen?
- zijn er goede afspraken met de ziekenhuizen en zorgverzekeraars over de kosten?
- etc

### **Afbakening**

Dit implementatiewerkplan richt zich primair op het voorlichten over HCV en pretest counselen. Wanneer dit traject goed is geborgd, zouden meerdere trajecten kunnen worden toegevoegd zodat er een integraal infectieziektenbeleid ontstaat, waarin ook:

- het testen op een HCV besmetting en ondersteuning bij de behandeling van HCV geïnfecteerde patiënten
- de hepatitis B vaccinatie. Dit is relevant omdat vanaf 2012 de hepatitis B vaccinatie niet meer door het RIVM wordt gecoördineerd en geheel de verantwoordelijkheid wordt van de verslavingszorginstellingen
- voorlichting, counseling, testen en begeleiding van de behandeling bij hiv
- voorlichting en screening op TBC
- griepvaccinaties
- etc.

## **Doelstellingen**

1. Er is een toename van het aantal locaties waar jaarlijks HCV informatie en counseling wordt aangeboden. Binnen 5 jaar doet 100% van de locaties mee.
2. Er is een toename van het aantal verpleegkundigen/artsen/andere uitvoerders dat jaarlijks HCV informatie en counseling aanbiedt. Binnen 5 jaar is 90% van de relevante uitvoerders voldoende getraind.
3. Er is een toename van het aantal drugsgebruikers/cliënten dat jaarlijks HCV informatie en counseling krijgt aangeboden. Binnen 3 jaar is 80% van de cliënten op de locaties die al meedoen bereikt.
4. Er is een toename van het aantal drugsgebruikers/cliënten dat zich na counseling laat testen. 80% van de drugsgebruikers die HCV informatie en counseling hebben gekregen heeft zich binnen 3 jaar laten testen op HCV.
5. Borging. Tenminste 75% van de locaties behoudt of verbetert de resultaten tov de laatste meting (mbt doel 2, 3, en 4).
6. Interne kennisverspreiding. Er komt een relevant netwerk waar na 3 jaar 80% van de betrokkenen van de werkvloer minstens eens per halfjaar aanwezig is voor kennisuitwisseling.

*[Dit zijn slechts voorbeelden die kunnen worden aangepast]*

*[Een doelstelling wordt beter meetbaar door er een aantal en tijdseenheid aan toe te voegen. Bijvoorbeeld: het jaarlijks aanbieden van informatie en counseling aan 30% van de drugsgebruikers, waarbij na 3 jaar minimaal 80% van de patiënten/cliënten minimaal één keer is bereikt. In de aanloopfase is het logisch de verwachtingen over de te bereiken groep niet te hoog te leggen; als de voorlichting een structureel karakter heeft gekregen kunnen de streefgetallen naar boven worden bijgesteld]*

*[het verdient ook aanbeveling om op deze plaats de doelgroepen te definiëren. Het is niet realistisch om in het eerste jaar iedereen te bereiken, dus zou er een keus gemaakt kunnen worden om eerst de nog actieve injecteerders te benaderen. Later kan de aandacht worden uitgebreid naar ooit-injecteerders, crack rokers, etc. Er is ook een andere strategie denkbaar, namelijk door de doelgroepen locatie-gewijs aan te wijzen: eerst de methadonpost, daarna de gebruikersruimte, dan de werkplaats, etc. Het voordeel van deze indeling kan zijn dat er meer tijd is om op locaties waar de somatische zorg nog geen gemeengoed is, voorwerk te doen om dit type zorg te introduceren. Let erop dat de doelgroepen in de loop van de tijd niet vervangen worden, maar aangevuld. Het is immers de bedoeling dat het aanbod structureel wordt]*

*[De doelstellingen worden gemeten aan de hand van indicatoren. Indicatoren hangen af van de implementatiestrategie: eerst starten vanuit 1 locatie en vervolgens uitbreiden naar andere locaties, of breed beginnen. In het laatste geval zullen ook afspraken gemaakt moeten worden over het aantal te trainen verpleegkundigen etc.]*

## **Voorwaarden en benodigdheden**

- Er bestaat draagvlak, bereidheid om mee te werken en een *sense of urgency* bij het management en op de werkvloer.
- Het team is op sterkte; er zijn voldoende uren voor het personeel, niet alleen bij de start, maar het aantal uren wordt bewaakt tijdens de hele uitrol. Alleen extra uren

reserveren is niet voldoende, de uren moeten ingepland worden waardoor andere werkzaamheden niet in de knel komen.

- Er is voldoende opgeleid personeel (HBO of hoger) en voldoende aanvullende scholing; de samenstelling van het team maakt werken volgens het biopsychosociaal model mogelijk. Er zijn voldoende artsen en hun rol in dit proces is vastgelegd.
- Er zijn geen gelijktijdige substantiële veranderingen in werkwijze, organisatie of samenstelling van het team.
- Er bestaan goede communicatielijnen, afhankelijk van lokale mogelijkheden: regulier multidisciplinair overleg op de werkvloer, maar ook tussen verschillende organisatorische lagen, en ook tussen de locaties. Goede aansturing en regelmatig overleg over de voortgang en knelpunten op verschillende niveaus in de verslavingszorginstelling vergroot het draagvlak en de inbedding van een HCV traject.
- Er wordt gewerkt met een elektronisch dossier of registratiesysteem waarin eenvoudig is te vinden wanneer het laatste HCV counselingsgesprek heeft plaatsgevonden en wat het vervolg daarop was; idem betreffende testuitslagen. Het systeem staat toe dat slechts op één plaats de informatie over verstrekte informatie, gevoerde counselingsgesprekken, testen en testuitslagen worden opgeslagen. Het is mogelijk met dit systeem om de "geschiedenis" te volgen, omdat de meest recente uitslag niet telkens over de vorige uitslag heen wordt geschreven.
- Een digitaal patiëntendossier kan ook goed gecomputeriseerde ondersteuning bieden door op vaste tijden een reminder te sturen waarin wordt herinnerd aan het, bijvoorbeeld, opnieuw in kaart brengen van risicogedrag en zo nodig uitzetten van een nieuwe HCV test.
- Het vervolgetraject (bij de ziekenhuizen) is geregeld (sluitende ketenzorg). Samenwerking met maatschappelijke opvang- en GGZ-voorzieningen is in het vervolgetraject eveneens noodzakelijk.
- De continuïteit van het verbeterproces is gewaarborgd. De informatievoorziening en counseling gaan deel uitmaken van de dagelijkse routine en de plan-do-check-act cyclus wordt doorgelopen om verbeteringen van de kwaliteit te realiseren.
- etc.

### **Middelen**

Een planmatige aanpak met een mix aan strategieën draagt bij aan het succes van de implementatie. De kans van slagen is ook beter als er een overzichtelijke termijn is afgesproken en de invoering goed is voorbereid.

Zoals eerder opgemerkt is het handig om het plan van aanpak te laten opstellen door een projectgroep met kennis en expertise uit verschillende hoeken van de instelling. Een projectgroep helpt ook bij het vergroten van de betrokkenheid.

Stel een communicatie- en disseminatieplan op dat zorgt dat iedereen in de organisatie op de hoogte is van de interventie.

- Al in een vroeg stadium moet er draagvlak zijn onder de managers, omdat zij de uren personeel en financiën (o.a. voor scholing) moeten vrijmaken.

- Via welke kanalen loopt de communicatie? Intranet alleen blijkt onvoldoende te zijn. Mondeling overleg eveneens. De invloed van sociale netwerken kan groter zijn dan gedacht. Gebruik een mix van communicatiemiddelen.
- Om de boodschap succesvol over te brengen is vaak een langere periode nodig: begin op tijd. Een andere factor die het succes mede bepaalt is de afzender en de motivatie in de boodschap. Deze kan verschillen per niveau. Zorgverleners zijn sneller geneigd om de interventie uit te voeren als zij van collega's/opinieleiders uit hun eigen netwerk worden gewezen op het nut voor de patiënt; managers zijn eerder geneigd een interventie te ondersteunen als hen duidelijk is dat de instelling daarmee voorop loopt in het veld, of als er een sluitende begroting aan hangt.
- Wie verzorgt de communicatie? Is er een PR afdeling die kan ondersteunen?
- Onder communicatie valt ook het terugkoppelen van de voortgang en het verspreiden van de resultaten. Deze feedback geeft inzicht in het handelen van de individuele zorgverlener, maar ook op locatie- of instellingsniveau en kan bijdragen aan de motivatie van zowel managers als direct uitvoerenden.
- Ook kan onder communicatie de onderlinge uitwisseling van ervaringen worden geschaard, bijvoorbeeld tijdens terugkomdagen of netwerkbijeenkomsten.
- Communicatie is gedurende de hele periode dat de interventie wordt uitgerold en ingebed van belang.

Scholing van het personeel: met name het personeel met een sociaal-maatschappelijke achtergrond en/of werkzaam in de MO heeft behoefte aan deskundigheidsbevordering.

- Neem in het plan op: wie moeten er getraind worden; in welke onderwerpen moeten zij getraind worden; wie gaat hen trainen; wanneer moet die training zijn afgerond?
- Mogelijke onderwerpen voor scholing zijn: gesprekstechnieken, medisch inhoudelijke onderwerpen (natuurlijk beloop van HCV, voorwaarden behandeling, interacties medicijnen bijwerkingen); leren werken met het elektronisch registratiesysteem; nazorgtraject, etc.
- Uit de literatuur blijkt dat het scholen van managers in het onderwerp bijdraagt aan het draagvlak.
- Ook hier geldt dat scholing af en toe herhaald moet worden om ook op de langere termijn de nieuwe werkwijze te blijven volhouden.

In elke implementatie horen momenten van evaluatie en zo nodig bijstelling van het plan. Meten, monitoren en verbeteren zijn van essentieel belang voor het borgen van nieuwe werkwijzen. Zie hiervoor bijlage 2 "doelen en indicatoren".

Na evaluatie en bijstelling begint de PDCA cyclus weer opnieuw en begint verankering zichtbaar te worden. De snelheid waarmee het hepatitis C traject verankerd zal raken zal per instelling verschillen en is mede afhankelijk van de mate waarin al wordt gewerkt via de RIOB. Streven is naar volledige inbedding van de HCV voorlichting in de RIOB. Van belang is dat de komende jaren als aanvulling op de RIOB nieuwe richtlijnen komen waarin het hepatitis C traject een plaats heeft. In het voorjaar van 2012 wordt een multidisciplinaire richtlijn voor de behandeling van heroïneverslaving afgerond. In 2012/2013 wordt de nieuwe richtlijn "Problematisch gebruik van drugs" verwacht, die ook op problematisch gebruik van andere middelen dan opiaten betrekking heeft.

Financiering: het uitgangspunt is dat de werkzaamheden worden ingebed in de reguliere organisatorische en financiële kaders van de instellingen. Via productieafspraken zullen de instellingen moeten zorgen voor de benodigde middelen. Basis voor de financiering is dat het aanbod onderdeel uitmaakt van de standaard zorg, waarvoor patiënten zijn verzekerd via hun zorgverzekering. Gedurende de aanloopfase moet er rekening gehouden worden met de extra inzet van een coördinator voor ondersteuning van de implementatie, welke in een aantal jaar kan worden afgebouwd. De uren zijn op te delen in: tijd nodig voor de uitvoering zelf (het counselen is arbeidsintensief, maar ook het vervoltraject en de nazorg zullen extra tijd vragen), tijd die wordt besteed aan scholing, indien onderbezetting op de werkvloer: extra formatie, uren voor de projectleider.

Een voorbeeld voor de raming van de verwachte kosten in dit traject<sup>5</sup> (voorlichting en counseling):

Per patiënt 0,1 uur arts en 0,9 uur verpleegkundige. De omvang van de aanstelling van de projectleider hangt onder andere af van de grootte van de instelling en de mate waarin al aandacht bestaat voor infectieziekten/somatische zorg in het reguliere zorgpakket.

### **Verdeling van taken**

*[Beschrijf positie, rol en taken; hangt nauw samen met de wijze waarop in de instelling wordt gewerkt:]*

- Welke taken worden aan de projectmanager toebedeeld?
- Wie wordt de voortrekker op de werkvloer? Wordt er op elke locatie een voortrekker gezocht of is er een instellingsbrede voortrekker?
- Wordt er gewerkt met casemanagers?
- Wat is de rol van de aandachtsfunctionarissen infectieziekten?
- Zijn er BOA-SOA verpleegkundigen?
- Wat is de rol van de verslavingsartsen?
- Neem hier ook op regelmatige controle van de voortgang en feedback vanuit het management
- Wie legt er verantwoording af aan de directie? Hoe vaak?
- Wie is primair aanspreekpunt voor de externe samenwerkingspartners: ziekenhuizen, GGD, gemeentes, GGZ en maatschappelijke opvangvoorzieningen, eventueel verzekeraars (alle van belang in het vervoltraject)
- Wie monitort de voortgang? En zet tussentijdse evaluaties op, op basis waarvan het beleid kan worden bijgesteld of voortgezet.

---

<sup>5</sup> Gebaseerd op een raming van de patiëntgebonden kosten in de eerste fase van het project Actief Testen uit Rotterdam (bron: GGD Rotterdam, 2009). Dit project omvat in verschillende fasen het hele traject van screening tot behandeling en richt zich naast hepatitis C ook op de infectieziekten hiv en hepatitis B. De eerste fase bestaat uit screening, posttest-counseling en vaccinatie en is daarmee niet volledig vergelijkbaar met het hier beschreven traject, maar wel indicatief. De geschatte kostenraming in fte's in de volgende twee fasen zijn per patiënt (fase 2: diagnostiek) 0,4 uur arts en 4 uur verpleegkundige; (fase 3: behandeling en begeleiding) 3,6 uur arts en 36 uur verpleegkundige. De totale belasting in uren hangt af van de samenstelling van de patiëntenpopulatie. Bij veel (voormalig) injecteerders zullen er meer doorstromen naar een volgende fase dan wanneer het risicogedrag voor besmetting met HCV minder groot was.

**Tijdspad**

Veranderen kost tijd, maar een implementatiewerkplan dient een overzichtelijke periode te bestrijken. In het werk- en meetplan in bijlage 2 is voor de invoering, borging en het continue proces van verbeteren een tijdspad van 5 jaar gekozen, maar de haalbaarheid daarvan zal van instelling tot instelling verschillen. Merk op dat er twee implementatieprocessen naast elkaar lopen: een instellingsbrede implementatie (die alle onderdelen op alle locaties wil inbedden) en een locatie-gebonden inbedding, waar elk team een op maat gesneden plan van aanpak kan hanteren.

## 7 Slotopmerking

De hoge prevalentie van hepatitis C onder met name ooit-injecterende drugsgebruikers is al jaren bekend, evenals de slechte lange termijn perspectieven van chronisch geïnfekteerden. De meeste drugsgebruikers die met het hepatitis C virus zijn besmet krijgen echter nog steeds geen optimale zorg, in de meeste gevallen omdat de besmetting niet is opgespoord. Enkele verslavingszorginstellingen en GGD-en hebben inmiddels wel projecten gestart die het hele traject van opsporing tot en met behandeling beslaan, of hebben de opsporing en behandeling in het reguliere zorgpakket opgenomen, maar deze projecten hebben een lokaal karakter. De inspanningen van deze voortrekkers tonen dat opsporing en behandeling mogelijk en zinvol zijn.

In de meeste instellingen voor verslavingszorg was de aandacht voor hepatitis C voor de start van de informatiecampagne echter minimaal. Er was behoefte aan een centraal gecoördineerde interventie beginnend aan de basis: informatieverstrekking en opsporing van met HCV geïnfekteerde drugsgebruikers. Hoewel de landelijke hepatitis C informatiecampagne niet heeft geleid tot de beoogde massale opsporing van drugsgebruikers met hepatitis C, heeft de campagne wel duidelijk gewerkt als agendasetter. In alle instellingen staat hepatitis C, en zelfs de somatische zorg in bredere zin, weer op de kaart.

Het moeizame verloop en beperkte bereik van de hepatitis C campagne in de verslavingszorg instellingen staan niet op zichzelf. Ook al eerder bleek het moeilijk om de somatische zorg stevig in te bedden in de van oudsher sociaal maatschappelijk georiënteerde verslavingszorginstellingen, getuige de moeizame implementatie van de RIOB (Wits 2008). Dat is een handicap voor de hepatitiszorg aan drugsgebruikers, omdat inbedding in reguliere werkzaamheden, waarvoor de RIOB een goed uitgangspunt zou kunnen zijn, de kans op succesvolle implementatie vergroot. Ook opsporing en ondersteuning bij de behandeling, of vaccinatie van andere drugsgerelateerde infectieziekten, hoort standaard in de reguliere zorg thuis. De tijd lijkt rijp voor een drastische verandering.

Wij bevelen daarom aan te onderzoeken in hoeverre de Doorbraakmethode gehanteerd kan worden als veranderaanpak bij het invoeren en borgen van somatische zorg in de verslavingszorginstellingen. Doorbraak is een beproefde en systematische methode om multidisciplinaire richtlijnen voor diagnose en behandeling in meerdere organisaties tegelijk te implementeren. De Doorbraakmethode heeft als belangrijkste uitgangspunten dat er projectmatig gewerkt wordt, dat er gemeten en vastgelegd wordt en dat het geheel goed geborgd wordt. Het doel is om in korte tijd de kwaliteit van de zorg aanzienlijk te verbeteren, onder andere door gebruik te maken van goede praktijkvoorbeelden. Deze wijze van implementeren is toegepast in verschillende doorbraakprojecten in de GGZ. De komst van een nieuwe richtlijn over de behandeling van opiaatverslaving (inclusief medische heroïneverstrekking) zou een goed moment kunnen zijn.





## Referenties

Astone J, Strauss S, Vassilev ZP, Des Jarlais DC. Provision of hepatitis C education in a nationwide sample of drug treatment programs. *Drug Education* 2003; 33:107-117.

Astone J, Strauss S, Hagan H, Des Jarlais DC. Outpatient drug treatment program directors' hepatitis C-related beliefs and their relationship to the provision of HCV services. *Am J of Drug and Alcohol Abuse* 2004; 30:783-797.

Cruts AAN en van Laar MW. Aantal problematische harddrugsgebruikers in Nederland. Utrecht: Trimbos-instituut 2010

Doab A, Treloar C, Dore GJ. Knowledge and attitudes about treatment for hepatitis C virus infection and barriers to treatment among current injecting drug users in Australia. *Clin Infect. Dis.* 2005; 40 (S5):S313-S320.

Empelen P van , Kok G. Condom use in steady and casual relationships: planning, preparation and willingness to take risks among adolescents. *Psychology & Health* 2006; 21 (2): 165-181

Gezondheidsraad. Van implementeren naar leren. Het belang van tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap in de gezondheidszorg. Den Haag: Gezondheidsraad, 2000

GGD Rotterdam. Actief Testen in de GGZ en Maatschappelijke Opvang 2009-2012. Beleidsnotitie. Rotterdam:: GGD Rotterdam-Rijnmond, 2009

Grebely J, Genoway KA, Raffa JD, Dhadwal G, Raja T, Showler G, Kalousek K, Duncan F, Tyndall MW, Fraser C, Conway B, Fischer B. Barriers associated with the treatment of hepatitis C virus infection among illicit drug users. *Drug and Alcohol Dependence* 2008; 93:141-147.

Grol R, Wensing M. Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg 2006.

De Jong I, Dijkstra M, van der Poel A. Nazorg voor harddrugsgebruikers na de behandeling van hepatitis C. Utrecht/ Rotterdam: Trimbos-instituut/ BoumanGGZ, 2009.

Kok A, Zuure FR, Weegink CJ, Coutinho RA, Prins M. Hepatitis C in Nederland: schaarse gegevens over actuele prevalentie en de noodzaak van epidemiologisch onderzoek en innovatieve opsporingsmethoden. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2007; 151: 2367-71.

Lindenburg CEA, Weegink C, Verbon A, Prins M, Hoogenboezem GE. Organisatie rond de behandeling van een chronische HCV-infectie bij (actieve, injecterende) drugsgebruikers. Van Zuiden Communications: Alphen a/d Rijn, 2009

Loth, C.A., Oliemeulen, E.A.P. & Jong, de C.A.J. (2005) *RIOB. Richtlijn Opiatonderhoudsbehandeling*, Resultaten Scoren/GGZ Nederland (2005-297L), Amersfoort.

Morrill JA, Shrestha M, Grant RW. Barriers to the treatment of hepatitis C: patient, provider, and system factors. *J Gen Intern Med* 2005; 20:754-758.

Munoz-Plaza CE, Strauss SM, Astone-Twerll JM, Des Jarlais D, Hagan H. Staff perspectives on facilitating the implementation of hepatitis C services at drug treatment programs. *J of psychoactive Drugs* 2006;38: 233-241.

NCHECR. HIV/AIDS, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia Annual Surveillance Report 2003. Sydney: National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (NCHECR), University of New South Wales, 2003.

Ouwehand AW, Kuijpers WGT, Wisselink DJ, van Delden EB. Kerncijfers verslavingszorg 2009. Landelijk alcohol en drugs informatie systeem. Houten: SIVZ 2010

Schmidt J en Wijnen A. Training 'Hepatitis C testcounseling'. Reader. Amsterdam/ Utrecht: Mainline/ Trimbos-instituut 2007.

Singels L. Eindverslag hepatitis C informatiecampagne. Woerden: NIGZ 2010

van Splunteren P, Bosselaar H, Koster A, de Boer N. Werken aan vernieuwing. Handreikingen voor ontwikkeling en implementatie van vernieuwingen in de ouderenzorg. ZON/Ipsos Facto 1998.

Sutton AJ, Gay NJ, Hope VD, Hickman M. Modelling the force of infection for hepatitis B, hepatitis C and HIV in injecting drug users in England and Wales. *BMC Infectious Diseases* 2006; 6:93; doi:10.1186/1471-2334-6-93

Swan D, Long J, Carr O, Flanagan J, Irish H, Keating S, Keaveney M, Lambert J, McCormick PA, McKiernan S, Moloney J, Perry N, Cullen W. Barriers to and facilitators of hepatitis C testing, management, and treatment among current and former injecting drug users: a qualitative exploration. *Aids Patient Care* 2010;24:753-762.

Tortu S, Neaigus A, McMahon J, Hagen D. Hepatitis C among non-injecting drug users: a report. *Subst Use Misuse* 2001;36:523-534.

Veen C van der en Hoogenboezem G. Depressiepreventie druggebruikers bij behandeling van hepatitis C. Literatuurstudie naar interventies op gebied van vroegsignalering en depressie voor problematische harddruggebruikers. Utrecht: Trimbos-instituut 2009

Vickerman P, Platt L, Hawkes S. Modelling the transmission of HIV and HCV amongst injecting drug users in Rawalpindi, a low HCV prevalence setting in Pakistan STI. *Sex Transm Inf* 2009; S2 ii23-30.

Wensing M, van Splunteren P, Hulscher M, Grol R. Praktisch Nieuw. Implementatie van vernieuwingen in de gezondheidszorg. Assen: van Gorcum & Comp, 2000.

Wiessing L, Roy K, Sapinho D, Hay G, Taylor A, Goldberg D & Hartnoll R (for the EMCDDA Study Group on drug-related Infectious Diseases) (2004). Surveillance of hepatitis C infection among injecting drug users in the European Union. In: Hepatitis C and Injecting Drug use: impact costs and policy options, volume 7 of Scientific Monographs, chapter 4. EMCDDA, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities

Winstock AR, Sheridan J, Lovell S, Farrell M, Strang J. National survey of hepatitis testing and vaccination services provided by drug services in England and Wales. Eur J of Clin Microbiol and Infectious diseases 2000; 19:823-828.

Winstock AR, Anderson CM, Sheridan J. National survey of HIV and hepatitis testing and vaccination services provided by drug and alcohol agencies in Australia. MJA 2006;184:560-562.

Wits E, Loth C, van de Mheen D, de Jong C. RIOB. Ondersteuning landelijke implementatie Richtlijn Opiatonderhoudsbehandeling. Eindrapport. IVO/NISPA 2008.

Zorg Onderzoek Nederland. Met het oog op toepassing. Beleidsnota Implementatie ZON 1997-1999. Den Haag: ZON, 1997



## Bijlage 1: Campagnematerialen

### Poster

**Wat?** Een A3 en A4 formaat poster met de titel 'Hoeveel is jouw lever je waard'.

**Doel?** Aandacht vestigen op hepatitis C.

**Hoe te gebruiken?** Ophangen op de locaties waar drugsgebruikers komen.

### Folder

**Wat?** Een A6 formaat folder, gericht op drugsgebruikers met informatie over de ziekte, overdraagbaarheid en het testen op hepatitis C.

**Inhoud?** De folder geeft informatie over wat hepatitis C is, verschijnselen, overdraagbaarheid en wat je kunt doen om te weten of je het hebt en waar je je kunt laten behandelen.

**Doel?** Informatieverstrekking, bewustwording en verwijzing

**Hoe te gebruiken?** De folder uitreiken als algemene informatie bij een pretest-counselingsgesprek en ter inzage laten liggen op een leestafel bij de methadonpost of andere locatie.

### T-shirt

**Wat?** Een zwart shirt met lever en titel 'Hoeveel is jouw lever waard'.

**Doel?** Aandacht vestigen op hepatitis C.

**Hoe te gebruiken?** Verpleegkundigen op de methadonposten of andere locaties dragen de T-shirts om de aandacht te vestigen op hepatitis C en de campagne. Drugsgebruikers die zich willen laten testen krijgen het T-shirt als beloning.

### Verwijsdocument hepatitis C

**Wat?** Document met verwijzingen (linken) gerangschikt per thema waar informatie te vinden is.

**Doel?** Informatieverstrekking.

**Hoe te gebruiken?** Verpleegkundigen die bepaalde informatie willen hebben over de ziekte, overdraagbaarheid, testen en behandeling en de financiering van de behandeling van hepatitis C kunnen via de linken deze informatie verkrijgen.

### Kennispel 'Russische Roulette'

**Wat?** *Interactieve kennisquiz waarbij deelnemers door het beantwoorden van kennisvragen of gewetensvragen over hepatitis C en andere infectieziekten een kleine prijs kunnen winnen.*

**Doel?** Informatieverstrekking en bewustwording.

**Hoe te gebruiken?** *Het spel wordt door ervaren veldwerkers individueel of in groepsverband met deelnemers gespeeld. Kennisvragen en gewetensvragen vormen aanknopingspunten voor een gesprek over hepatitis C.*

### Training 'Hepatitis C en testcounseling'

**Wat?** *Een interactieve training en een informatiemap voor verpleegkundigen met hand-outs en achtergrondinformatie over hepatitis C en de theorie en de elementaire vaardigheden bij 'motiveren tot veranderen'.*

**Inhoud?** *In de training is naast achtergrondinformatie over de theorie en vaardigheden bij 'motiveren tot veranderen', aandacht voor de volgende onderwerpen:*

- kennis over hepatitis C opfrissen;
- creatief bij de werving;
- inleiding motiverende gespreksvoering;
- stadia van gedragsverandering: voorbeschouwen, overpeinzen, beslissen, actief veranderen, volhouden en terugval.

**Doel?** Het trainen van verpleegkundigen in counselingsvaardigheden en het vergroten van kennis over hepatitis C, behandelmogelijkheden en preventie maatregelen onder drugsgebruikers.

**Hoe te gebruiken?** *In het kader van de campagne passen de verpleegkundigen de counselingsvaardigheden toe in een pre-test counselingsgesprek om de cliënten te informeren en te motiveren tot testen op hepatitis C. De geleerde vaardigheden kunnen ook toegepast worden in het post-test counselingsgesprek om de cliënt te motiveren tot behandeling bij een hepatitis C-positieve testuitslag. In de training wordt geoefend met het voeren van goed en slecht nieuwsgesprekken.*

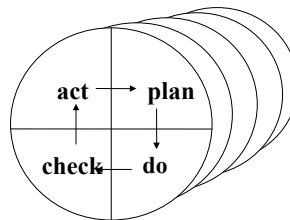
## Bijlage 2

### Voorbeeld van een werk- en meetplan Implementatie hepatitis C voorlichting en pretest counseling

door de instelling in te vullen

#### VERBETERMODEL

1. Doel: wat willen we bereiken?
2. Meten: hoe weten we dat een verandering een verbetering is?
3. Veranderen: welke veranderingen leiden tot een verbetering?



Laatst bijgewerkt op:



## 1 Inleiding

Het werk- en meetplan biedt een handleiding om de door de projectgroep gekozen doelen te bereiken.

- In het *werkplan* formuleert de projectgroep doelstellingen. Per doelstelling worden afspraken gemaakt over de manier waarop acties plaatsvinden om de doelen te behalen en de veranderingen te borgen.
- In het *meetplan* worden gegevens verzameld, verwerkt en geanalyseerd.

Het werk- en meetplan is een groeidocument dat digitaal wordt bijgehouden en op <bestandsplaats aangeven> wordt geplaatst. Het plan is per doel opgebouwd uit de volgende onderdelen:

**1. Algemeen gedeelte:** Welke acties en afspraken zijn gemaakt over het meten en registreren?

- a) gegevensverzameling
- b) verwerking en analyses

*Dit gedeelte wordt vooraf ingevuld.*

**2. Per doel:** Welke acties en afspraken zijn gemaakt om het doel te halen?

*Dit gedeelte wordt continu bijgesteld.*

**3. Algemeen gedeelte:** Welke acties en afspraken zijn gemaakt over communicatie van de resultaten?

*Dit gedeelte wordt halverwege ingevuld.*

## 2 Doelen en indicatoren

Doel 1 <i>Locaties</i>	Er is een toename van het aantal locaties waar jaarlijks HCV <sup>6</sup> informatie en counseling wordt aangeboden. Binnen 5 jaar doet 80% van de locaties mee.
Indicator 1	% van de locaties dat aan het eind van het eerste jaar meedoet; % locaties aan het eind van jaar 2; % locaties in jaar 3; etc.
Doel 2 <i>Uitvoerders</i>	Er is een toename van het aantal verpleegkundigen/uitvoerders dat jaarlijks HCV informatie en counseling geeft. Binnen 5 jaar is 90% van de relevante uitvoerders voldoende getraind.
Indicator 2	% van de uitvoerders dat aan het eind van het eerste jaar is getraind in het geven van HCV informatie en counseling; % uitvoerders aan het eind van jaar 2; % uitvoerders in jaar 3; etc.
Doel 3 <i>Informatie en counseling</i>	Er is een toename van het aantal drugsgebruikers/cliënten dat jaarlijks HCV informatie en counseling krijgt aangeboden. Binnen 3 jaar is 100% van de cliënten bereikt op de locaties die meedoen (dat wil zeggen: heeft informatie en counseling aangeboden gekregen).
Indicator 3	% drugsgebruikers heeft in jaar 1 HCV informatie en counseling gekregen; % drugsgebruikers in jaar 2; % drugsgebruikers in jaar 3.
Doel 4 <i>Testen</i>	Er is een toename van het aantal drugsgebruikers/cliënten dat zich na counseling laat testen. 70% van de drugsgebruikers die HCV informatie en counseling hebben gekregen heeft zich binnen 3 jaar laten testen op HCV.
Indicator 4	% drugsgebruikers heeft in jaar 1 zich laten testen op HCV; % drugsgebruikers heeft zich laten testen in 2 jaar; % drugsgebruikers in 3 jaar.
Doel 5 <i>Borging</i>	Tenminste 80% van de locaties behoudt of verbetert de resultaten tov de laatste meting (mbt doel 2, 3, en 4)
Indicator 5	% locaties waar de resultaten op de 2 <sup>e</sup> meting gelijk zijn gebleven of verbeterd.
Doel 6 <i>Kennisverspreiding</i>	Er komt intern een relevant netwerk waar na 3 jaar 80% van de betrokkenen van de werkvloer minstens eens per halfjaar aanwezig is voor kennisuitwisseling.
Indicator 6	% betrokkenen van de werkvloer minimaal halfjaarlijks aanwezig in het netwerk in jaar 1; % betrokkenen aanwezig in jaar 2; etc

<sup>6</sup> HCV=hepatitis C

### 3 Welke veranderingen leiden tot een verwachte verbetering?

#### 1. Algemeen gedeelte I:

Welke acties en afspraken zijn gemaakt over het meten en registreren?

- a) gegevensverzameling
- b) verwerking en analyses

*Dit gedeelte wordt vooraf ingevuld*

<b>Wie gaat wat doen in de gegevensverzameling?</b>			
Afspraken gaan over:			
Hoe worden de gegevens verzameld en welke acties vloeien hieruit voort?			
Tijdstip van meten? (bijvoorbeeld elke week of direct bij aanmelding nieuwe cliënt)			
Wie registreren?			
Actie	Wie	Wanneer	Gedaan?

<b>Wie gaat wat doen in de verwerking en analyse?</b>			
Formuleer zo concreet mogelijk hoe het team/projectgroep de gegevens verwerkt en analyseert en welke acties hieruit voortvloeien.			
Denk aan:			
Wie verzorgt de operationalisering van indicatoren in het registratiesysteem?			
Wie verwerkt de verzamelde gegevens in het registratiesysteem?			
Wanneer en door wie worden overzichten gemaakt?			
Hoe worden ze verspreid binnen het team/projectgroep?			
Hoe vaak worden ze besproken in het team/projectgroep?			
Actie	Wie	Wanneer	Gedaan?

## 2. Per doel:

Welke acties en afspraken zijn gemaakt om het doel te halen?

*Dit gedeelte wordt continu bijgesteld. De antwoorden in de laatste 3 kolommen worden continu gebruikt voor evaluatiedoelen en vormen de input voor verbeteringen.*

**DOEL 1:** Er is een toename van het aantal locaties waar jaarlijks HCV informatie en counseling wordt aangeboden. Binnen 5 jaar doet 80% van de locaties mee.

### **Doel 1 wie gaat wat doen om het doel te bereiken?**

Werk de gewenste veranderingen uit in afspraken en acties. Met andere woorden: beschrijf hier wat nodig is om dit doel in het eerste jaar te realiseren; wie dat doet en wanneer?

Actie	Wie	Wanneer	Gedaan?

Als de doelstelling niet wordt gehaald: hoe kan het plan worden bijgesteld?

**DOEL 2:** Er is een toename van het aantal verpleegkundigen/uitvoerders dat jaarlijks HCV informatie en counseling geeft. Binnen 5 jaar is 90% van de relevante uitvoerders voldoende getraind.

### **Doel 2 wie gaat wat doen om het doel te bereiken?**

Werk de gewenste veranderingen uit in afspraken en acties. Met andere woorden: beschrijf hier wat nodig is om dit doel in het eerste jaar te realiseren; wie dat doet en wanneer?

Actie	Wie	Wanneer	Gedaan?

Als de doelstelling niet wordt gehaald: hoe kan het plan worden bijgesteld?

**DOEL 3:** Er is een toename van het aantal drugsgebruikers/cliënten dat jaarlijks HCV informatie en counseling krijgt aangeboden. Binnen 3 jaar is 100% van de cliënten bereikt op de locaties die al meedoen (dat wil zeggen: 100% van de cliënten heeft informatie en counseling aangeboden gekregen).

<b>Doel 3 wie gaat wat doen om het doel te bereiken?</b>			
Werk de gewenste veranderingen uit in afspraken en acties. Met andere woorden: beschrijf hier wat nodig is om dit doel in het eerste jaar te realiseren; wie dat doet en wanneer?			
Actie	Wie	Wanneer	Gedaan?

Als de doelstelling niet wordt gehaald: hoe kan het plan worden bijgesteld?

**DOEL 4:** Er is een toename van het aantal drugsgebruikers/cliënten dat zich na counseling laat testen. 70% van de drugsgebruikers die HCV informatie en counseling hebben gekregen heeft zich binnen 3 jaar laten testen op HCV.

<b>Doel 4 wie gaat wat doen om het doel te bereiken?</b>			
Werk de gewenste veranderingen uit in afspraken en acties. Met andere woorden: beschrijf hier wat nodig is om dit doel te realiseren; wie dat doet en wanneer?			
Actie	Wie	Wanneer	Gedaan?

Als de doelstelling niet wordt gehaald: hoe kan het plan worden bijgesteld?

**DOEL 5:** Borging. Tenminste 80% van de locaties behoudt of verbetert de resultaten ten opzichte van de laatste meting (met betrekking tot doel 2, 3, en 4).

<b>Doel 5 wie gaat wat doen om het doel te bereiken?</b>			
Werk de gewenste veranderingen uit in afspraken en acties. Met andere woorden: beschrijf hier wat nodig is om dit doel te realiseren; wie dat doet en wanneer?			
Actie	Wie	Wanneer	Gedaan?

Als de doelstelling niet wordt gehaald: hoe kan het plan worden bijgesteld?

**DOEL 6:** Interne kennisverspreiding. Er komt een relevant netwerk binnen de instelling waar na 3 jaar 80% van de betrokkenen van de werkvloer minstens eens per halfjaar aanwezig is voor kennisuitwisseling.

<b>Doel 6 wie gaat wat doen om het doel te bereiken?</b>			
Werk de gewenste veranderingen uit in afspraken en acties. Met andere woorden: beschrijf hier wat nodig is om dit doel te realiseren; wie dat doet en wanneer?			
Actie	Wie	Wanneer	Gedaan?

Als de doelstelling niet wordt gehaald: hoe kan het plan worden bijgesteld?

### 3. Algemeen gedeelte II:

Welke acties en afspraken zijn gemaakt over communicatie van de resultaten?

*Dit gedeelte wordt halverwege ingevuld*

#### **Wie gaat wat doen in de communicatie over de resultaten?**

Gedurende het project worden acties ondernomen om (tussen)resultaten te verspreiden.

Denk aan:

Met wie moet er gecommuniceerd worden over tussenresultaten. Bijv. managers, andere teams of collega's die later de nieuwe werkwijze moeten gaan toepassen, verzekeraars.

Hoe gaat deze communicatie plaatsvinden, wanneer en door wie?

Actie	Wie	Wanneer	Gedaan?



Van september 2009 tot en met februari 2010 heeft in Nederland een landelijke hepatitis C informatiecampagne plaatsgevonden. De campagne richtte zich onder andere op de doelgroep harddrugsgebruikers, maar is in de verslavingszorg zeer wisselend geïmplementeerd. Omdat het de bedoeling is dat informatieverstrekking en opsporing van drugsgebruikers met hepatitis C onderdeel wordt van het reguliere aanbod in de verslavingszorg, is het zinvol de belemmerende en bevorderende factoren in kaart te brengen. Zo kan gezocht worden naar een optimale strategie om deze, en vergelijkbare, interventies in dit complexe veld te implementeren.

In dit rapport worden de factoren besproken die de implementatie van de landelijke hepatitis C informatiecampagne voor drugsgebruikers hebben beïnvloed. Ook geeft het rapport een overzicht van de bestaande kennis over implementeren in het algemeen en beschrijft internationale ervaringen bij het implementeren van het hepatitis C traject bij drugsgebruikers. Deze drie bronnen zijn gebruikt om een voorbeeld implementatieplan op te stellen dat door elke instelling op maat kan worden ingevuld. Het rapport wil daarmee een impuls geven aan de aanpak van deze “silent epidemic”.