

Eindverslag Doorbraakproject hepatitis C in de verslavingszorg

Opgesteld ter informatie aan de financiers:

ZonMW

VWS

Roche

MSD

Janssen

December 2014

Dr. Esther Croes

Dr. Agnes van der Poel

Drs. Simone van de Lindt

Inleiding

In Nederland behoren harddrugsgebruikers tot de groepen met de hoogste HCV besmettingsgraad. Het betreft vooral mensen die ooit hebben geïnjecteerd. De meeste patiënten zijn nog niet opgespoord. Dat is deels te verklaren omdat in het acute stadium tweederde tot driekwart van de besmettingen onopgemerkt blijft. De acute verschijnselen zijn specifiek (o.a. vermoeidheid en malaise). Tachtig procent van de besmettingen met het hepatitis C virus (HCV) leidt tot een chronische infectie, maar het kan wel 20 - 40 jaar duren voordat klinische symptomen zich ontwikkelen. Onbehandeld kan de ziekte op de langere termijn leiden tot ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren, leverschade en uiteindelijk de dood.

Hoewel wetenschap en praktijk laten zien dat HCV-screening en -behandeling goed mogelijk zijn, loopt de hepatitiszorg in de verslavingszorg nog niet op rolletjes. Slechts een enkele instelling voor verslavingszorg biedt HCV-screening aan op een klein aantal locaties in het verzorgingsgebied. Veel instellingen zijn er nog niet mee begonnen. Het werd daarom hoog tijd om een impuls te geven aan het HCV traject in de verslavingszorg en meer harddrugs gebruikende hepatitis C patiënten op te sporen en te behandelen.

De beoogde verbetering

In de praktijk blijkt dat er problemen zijn om patiënten te motiveren voor screening, voor vervolgtesten in het ziekenhuis en voor de behandeling in het ziekenhuis. Van de patiënten die in aanmerking komen voor behandeling komt maar een klein aantal daadwerkelijk in het ziekenhuis aan. Bovendien is het niet altijd duidelijk hoe en wie de begeleiding van patiënten op zich neemt. Tenslotte zijn er tal van financiële en organisatorische obstakels om het zorgpad goed te doen functioneren. Als eerste stap in een doorbraakproject benoemen de teams de barrières die in hun geval gelden.

Een belangrijke stap voorwaarts in de zorg voor harddrugs gebruikende hepatitis C patiënten is het ontwikkelen en invoeren van zorgpaden. Een zorgpad vormt de basis voor de organisatie van de zorg rondom een (potentiële) hepatitis C patiënt. In een zorgpad is met alle betrokken zorgprofessionals vastgelegd hoe de optimale zorg voor de patiënt bereikt kan worden en wie waarvoor verantwoordelijk is in het zorgproces.

De meerwaarde van een goed werkend zorgpad is de samenwerking en verdeling van taken tussen ziekenhuizen en instellingen voor verslavingszorg. Door het zorgproces geheel in kaart te brengen, ontstaat er inzicht in wat goed gaat en wat beter kan. Een uitgewerkt en goed functionerend zorgpad maakt duidelijk wie, wat op welk moment moet doen. Het centrale doel in dit doorbraakproject was om aan het eind van het project in ongeveer 80%¹ van de deelnemende teams een goed functionerend zorgpad ontwikkeld te hebben.

Uitvoerende teams

De zorg voor mensen met een verslaving en (het risico op) hepatitis C wordt verleend door instellingen voor verslavingszorg (i.h.b. methadonteam en ambulante zorgteams) en de MDL-afdeling van het algemene ziekenhuis (al dan niet met een status als hepatitiscentrum). Voor het verbeterproject zijn teams van alle instellingen voor verslavingszorg in heel Nederland gevraagd om zich aan te melden

¹ De ervaring leert dat het onrealistisch is om te verwachten dat alle deelnemers het einddoel in de relatief korte periode van een doorbraakproject weten te realiseren. Onverwachte gebeurtenissen (een plotselinge uitbraak van een ziekte, grote financiële tegenslag, ongeplande personeelsuitval) zijn immers niet in alle gevallen direct op te lossen.

voor deelname. De werving van de teams is via het Netwerk Infectieziekten & Harm Reduction² verlopen. Het streven was om 8-10 lokale teams te laten deelnemen in het project. Teams meldden zich aan met een multidisciplinair samengestelde groep: een combinatie van verpleegkundigen, artsen en in een aantal gevallen managers van de eigen instelling samen met artsen en verpleegkundigen uit het ziekenhuis. De teams kregen tevoren informatie over het doel van het project en de methode. Een instroomvoorwaarde was goedkeuring van de directies van de deelnemende teams om mee te doen aan het verbeterproject. Vier instellingen voor verslavingszorg participeerden in dit project met tien teams (locaties) en negen ziekenhuizen (zie bijlage 3). De teams hadden alle ervaring met het screenen op hepatitis C. Patiënten werden echter slechts op individuele basis getest of hadden lang geleden aan een eenmalige screening van een grotere groep cliënten meegedaan. De samenwerking met het ziekenhuis liet op diverse plaatsen zeer te wensen over, waardoor mensen die een positieve uitslag hadden op de screening, lang niet altijd bij het ziekenhuis kwamen voor vervolgonderzoek, diagnose en behandeling.

Hoewel er meer teams geïnteresseerd waren om mee te doen waren financiële problemen (bezuinigingen), personele problemen (wisselingen van personeel) veelal redenen om in 2013 af te zien van deelname.

De methode

Het ondersteunen van deze teams in het verbetertraject gebeurde in dit project via de doorbraakmethode. Aan de hand van deze verbetermethode proberen teams uit verschillende zorginstellingen in een (tijdelijk) samenwerkingsverband in korte tijd concrete verbeteringen in de zorg te realiseren door implementatie van bestaande kennis en goede voorbeelden.

Kenmerkend voor de doorbraakmethode zijn:

- De teams werken 1 tot 1,5 jaar samen aan gezamenlijke doelen, dit is inclusief voorbereiding en borging van de resultaten.
- De basis van ieder doorbraakproject wordt gevormd door een verbeterpakket dat bestaat uit (1) goede praktijkvoorbeelden, (2) heldere doelstellingen, (3) een werk- en meetplan; (4) verbeterprincipes waarmee de doelen worden bereikt.
- Tijdens het doorbraakproject vinden een startconferentie en drie werkconferenties plaats waarin de teams ervaringen met elkaar uitwisselen, eventueel aangevuld met een terugkomdag.
- Na de startconferentie volgt een actieperiode waarin in PDCA-cycli nieuwe ideeën worden getest.
- Tijdens het hele traject worden de veranderingen die tot een verbetering hebben geleid verankerd en verspreid.
- De teams kunnen terecht bij en worden ondersteund door inhoudelijke (hepatitis) experts en deskundigen op het terrein van doorbraak.

De doorbraakmethode voorziet in ondersteuning door een kernteam en door experts. In dit geval bestond het kernteam uit projectleiding en coördinatie vanuit het Trimbos-instituut. Zij begeleidden het project procesmatig, en volgden de voortgang van de teams. De experts boden inhoudelijke en praktische informatie over de hepatitiszorg en/of de doorbraakmethode.

² www.netwerkihr.nl

Activiteiten

De activiteiten in het doorbraakproject HCV zijn geweest:

- Voorbereidende "promotie"-activiteiten: artikel in vaktijdschrift Verslaving waarin wordt aangedrongen op een impuls aan de hepatitiszorg (Croes E en van der Veen C. Aandacht gevraagd voor hepatitis C in de verslavingszorg. Tijdschrift Verslaving 2013; 2: 34-42.) Filmpje voor werving teams en uitleg waarom drugsgebruikers extra aandacht bij de behandeling nodig hebben. Zie http://www.youtube.com/watch?v=QaX0rc76_z8
- Werving van deelnemende teams (via het Netwerk Infectieziekten & Harm Reduction) en expertgroep.
- Bijeenkomst expertgroep voor uitleg over doorbraakmethode en afstemming over bereikbare doelstellingen en werkwijze.
- Intakes bij alle teams "thuis" en bespreken lokale situatie, knelpunten; oplossingen zoeken. Er is ook veel tijd besteed aan overleg met (midden)management over beschikbaar stellen randvoorwaarden voor deelname van de teams zoals uren en tijd voor scholing.
- Samenstellen projectmap en teamsite op internet; ontwikkeling van een database voor het meten en volgen van (tussen)resultaten.
- Startconferentie (september 2013), waarin de teams hun eigen doelstellingen bepalen die van belang zijn voor een goed functionerend zorgpad.
- Twee werkconferenties voor de teams en 1 managementconferentie voor managers van de teams. Daarin is de voortgang besproken en de obstakels om tot een goed zorgpad te komen. Het management speelde een belangrijke rol, zeker gezien de financiële problemen die speelden.
- Op 25 september 2014 is de eindconferentie geweest waarin alle zorgpaden zijn gepresenteerd. In het eerste kwartaal van 2015 staat een "nazorgconferentie" gepland om de borging te verzekeren.
- Door de kernteamleden van het Trimbos instituut en door een aantal experts zijn werkbezoeken afgelegd bij alle teams. Die werkbezoeken vonden plaats na de startconferentie, om hen te helpen bij het bepalen van de doelen tegen de achtergrond van hun plaatselijke situatie.
- Gedurende het gehele project is er telefonisch en via de mail contact geweest met projectleiders om hen te stimuleren en te helpen met grotere en kleinere obstakels in het verbetertraject.
- Steeds werden de teams op de hoogte gehouden van nieuwe ontwikkelingen (bijvoorbeeld over screeningsmethoden, financiële mogelijkheden en nieuwe medicatie), onder andere via de nieuwsbrief van het Netwerk Infectieziekten en Harm Reduction. De teams konden contact opnemen voor vragen aan de experts of aan leden van het kernteam.
- Ontwikkeling van de website www.hepcverslaving.nl, waarop in de komende periode verdere handvatten voor implementatie van hepatitis C zorg zullen worden geplaatst.

In het kader van het verbetertraject hebben ook andere activiteiten plaatsgevonden zoals de afstemming met andere organisaties en activiteiten.

- Zo is vanuit de projectleiding geïnitieerd dat een bijlage over drugsgerelateerde infectieziekten/hepatitis C is toegevoegd aan de nieuwe multidisciplinaire richtlijn opiaatverslaving;
- Er is input geleverd bij de ontwikkeling van de ondersteuningstool "MyCompanion" voor patiënten die een behandeling voor hepatitis C (zullen) ondergaan en de tool is in enkele teams gepilot
- Er is bijgedragen aan een initiatief waarin verschillende scenario's over behandeling en de effecten daarvan op de dynamiek van het aantal hepatitis C patiënten zijn gemodelleerd

- Er is geparticipeerd in een aantal sessies van de Argumentenfabriek waar de huidige problematiek en een toekomstperspectief in kaart zijn gebracht
- Kennis over het Doorbraak HCV project is verspreid via presentaties en bezoeken van congressen en bijeenkomsten over hepatitis of de verslavingszorg.
- In Europees verband is het project onder de aandacht gebracht van het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving (het EMCDDA), waarvoor het Nederlandse Focal Point is gevestigd in het Trimbos-instituut
- Belangrijk is tenslotte dat het Doorbraakproject hepatitis C als een van de twee nationale hepatitis C projecten wordt beschouwd, naast het BIBHEP project van Liverdoc, welke twee projecten aan de basis staan van een nu te ontwikkelen nationale hepatitisstrategie. In de zojuist opgerichte stuurgroep, momenteel onder leiding van em. hoogleraar Solko Schalm, is een belangrijke plaats ingeruimd voor de kennis en ervaring die is opgebouwd in dit Doorbraakproject.
- Vanwege het succes van dit Doorbraakproject in de verslavingszorg heeft het RIVM voorgesteld een vergelijkbaar traject te willen starten om de hepatitiszorg (met name B en C) bij de GGD en de samenwerking met het ziekenhuis te verbeteren. Daartoe is een subsidieaanvraag geschreven en ingediend bij ZonMW.

Medewerkers aan het doorbraakproject HCV in de verslavingszorg

De experts, zowel op het gebied van hepatitis C als op het gebied van doorbraak, hebben de regionale teams ondersteund. Aan dit project hebben de volgende medewerkers bijgedragen.

Inhoudelijk experts

- Nelly van der Gaarden Bouman GGz Rotterdam, verslavingsarts
- Karen Lindenburg GGD Amsterdam, DUTCH-C project/ Tactus verslavingszorg
- Clemens Richter Infectioloog Rijnstate ziekenhuis
- Femke Vletter Tactus verslavingszorg
- Nel van Zanten Iriszorg, verslavingsarts, en afgevaardigde van de VVGN³

Extern adviseur

- Solko Schalm Liverdoc

Centrale projectleiding en Doorbraakadviseurs

- Esther Croes Trimbos-instituut Algeheel projectleider/
aanspreekpunt experts
- Simone van de Lindt Trimbos-instituut Coördinator
- Agnes van der Poel Trimbos-instituut Aanspreekpunt teams
- Peter van Splunteren Trimbos-instituut Expert doorbraakmethode

Overige medewerkers

- Farand Laghaei Trimbos-instituut medewerker
- Anouk de Gee Trimbos-instituut medewerker
- Diana de Ruijter-Korver Trimbos-instituut secretariaat

³ Vereniging voor Verslavingsgeneeskundigen Nederland

Resultaten

1. Alle teams hebben een uitstekende samenwerking tussen verslavingszorg en ziekenhuis gerealiseerd. De actieve en enthousiaste deelname vanuit de ziekenhuizen overtreft de verwachting. Zowel verpleegkundigen als MDL-artsen zijn zeer actief betrokken. Hoe het project in zijn werk ging heeft team Zeeland (drie locaties) in het volgende filmpje verbeeld: <http://www.hepcverslaving.nl/doorbraakproject-hcv/impressie-van-het-project>.
2. De 10 teams hebben gewerkt aan oplossingen voor allerlei knelpunten binnen het zorgpad. Het is gelukt om oplossingen te vinden want alle deelnemende teams hebben of zijn bezig met het beschrijven en implementeren van een zorgpad HCV (bijlage 1).
3. Er zijn (zie bijlage 2) veel goede voorbeelden uit de deelnemende teams gekomen die de barrières slechten die in een eerder project⁴ zijn geïdentificeerd. De oplossingen zijn ook opgenomen in de zorgpaden. De zorgpaden zijn aangepast aan de lokale situatie, want in de verslavingszorg is geen enkele instelling hetzelfde georganiseerd en ook de samenwerking met het ziekenhuis wordt op elke locatie anders ingevuld. De kracht van dit project is dat de zorgpaden niet van bovenaf zijn opgelegd maar rekening houden met wat lokaal passend is.
4. De ontwikkelde 'good practices' zullen worden ingezet als hulpmiddel voor andere (nieuwe) teams die hun zorg voor patiënten met hepatitis C willen verbeteren.
5. De experts hebben een waardevolle en in sommige gevallen prominente bijdrage geleverd. Er was een goede mix van expertise uit verschillende hoeken. De experts waren op de bijeenkomsten duidelijk zichtbaar. Ook waren zij buiten de bijeenkomsten laagdrempelig toegankelijk voor de deelnemende teams.
6. De drie private financiers boden hand- en spandiensten zonder dat er sprake was van belangenverstrengeling. Zij ontrafelden bijvoorbeeld de complexe financieringsstructuur van de somatische zorg in de GGz DBC-systematiek (waar de verslavingszorg ondervalt) en presenteerden daarvan een overzicht tijdens de managersbijeenkomst. Ook brachten zij het project onder de aandacht van potentiële teams en adviseerden over de mogelijkheden rond screening. Er werd een interview gepubliceerd over hepatitis C zorg in de verslavingszorg en het Doorbraakproject in Roche 4U Update Virology #4.
7. De onderlinge uitwisseling tussen de teams is heel vruchtbaar gebleken. Er was een uitgebreide uitwisseling van goede voorbeelden en praktische tips. Zo hoefde niet iedereen opnieuw hetzelfde wiel uit te vinden. Ook met het aanleren van praktische vaardigheden hebben de teams elkaar ondersteund, zoals het leren prikken voor het testen waarbij een ervaren verpleegkundige van de ene locatie op een andere locatie de methadonpost ging draaien zodat een ander tijd had om te leren bloedprikken.
8. De aparte bijeenkomst voor de managers heeft hen veel inzicht gegeven in de cruciale rol van het management en oplossingen aangedragen voor zaken zoals het schrijven van uren voor een somatische aandoening die niet direct is in te passen in de DBC-systematiek van de GGz, het kostendekkend krijgen van de testen, etc.
9. Er zijn inmiddels andere locaties die niet meededen met dit Doorbraaktraject en graag zouden aansluiten bij een nieuwe ronde. Wij gaan begin 2015 op zoek naar financiering om een nieuwe ronde, die minder intensief hoeft te zijn omdat er inmiddels veel expertise bestaat, te kunnen starten in de loop van 2015. De resultaten die zijn bereikt met het huidige Doorbraakproject

⁴ Een door ZonMW gefinancierd project over de belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van hepatitis C informatiecampagne in de verslavingszorg

kunnen zo breder in de verslavingszorg toegepast worden. Tevens zal het concept mogelijk verder worden verspreid naar RIVM/GGD-en voor de hepatitis (B en C) zorg en de samenwerking tussen GGD en ziekenhuis. Een aanvraag voor financiering daarvan loopt.

10. Er wordt momenteel gewerkt aan een Nederlandstalige en een Engelstalige publicatie om de resultaten verdere bekendheid te geven via wetenschappelijke kanalen.

Conclusie

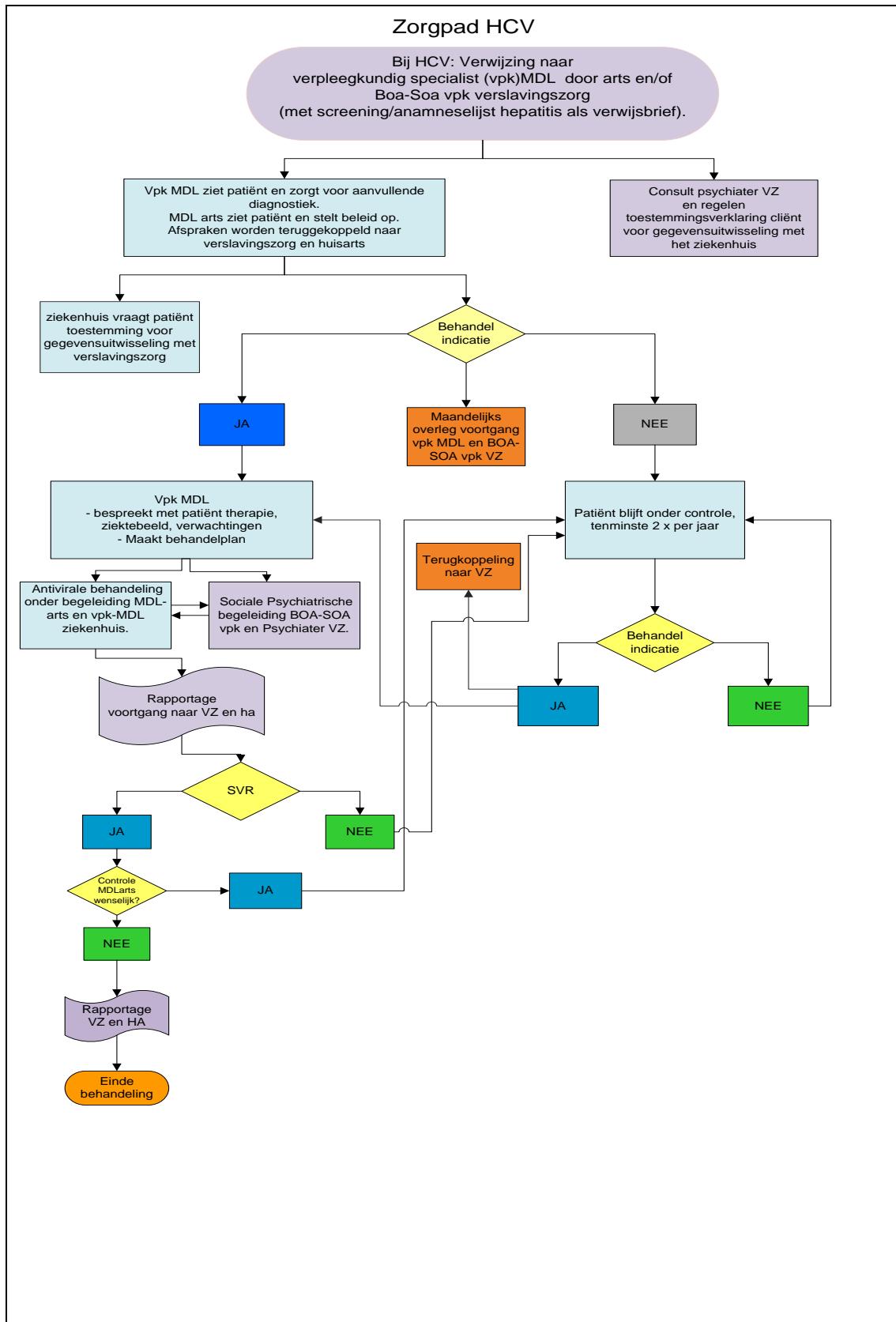
Dit was de eerste keer dat een “Doorbraakproject” in de Nederlandse verslavingszorg werd uitgevoerd. Gezien de resultaten is dit doorbraakproject HCV een succesvol project te noemen. Projectmatig werken is over het algemeen geen gemeengoed in de verslavingszorg en het introduceren van de complexe (somatische) zorg die hepatitis C opsporing en behandeling vraagt in een verder overwegend op psychosociale ondersteuning gericht werkveld is geen eenvoudige opgave. De tien deelnemende teams hebben zich echter met overgave op deze uitdaging gestort en zijn boven verwachting succesvol geweest. Een pluspunt is dat zij een groot gebied van Nederland bestrijken: de hele provincie Zeeland, Noord-Limburg, Utrecht (stad), Amersfoort, Deventer e.o., Almelo e.o. en Flevoland. Een mooie basis om van hieruit de ontwikkelde expertise verder over het land te verspreiden. De samenwerking met de MDL-afdelingen van de lokale ziekenhuizen is in alle gevallen tot stand gekomen of sterk verbeterd van losse contacten naar een structurele relatie. Bij de meeste teams was de hepatitis C zorg bij aanvang marginaal.

Een mooi resultaat is de realisatie van de zorgpaden die ook in de praktijk beproefd en verbeterd zijn. Verrassend is, dat alle zorgpaden die ontwikkeld zijn op locatie, een grote gelijkenis vertonen en dat men op een zelfde werkwijze is uitgekomen (zie bijlage 1). Bij aanvang van het project waren twee scenario's leidend, met een palet aan mogelijke tussenwegen: enerzijds het scenario waarin de verslavingszorginstelling vrijwel alle hepatitis C zorg op zich nam, in een soort verlengde arm constructie met het ziekenhuis (naar voorbeeld van het DUTCH-C project van GGD Amsterdam en de voormalige werkwijze bij Bouman GGZ in Rotterdam); anderzijds het scenario waarin de regie rond de hepatitis C behandeling volledig bij het ziekenhuis lag, maar wel in nauwe samenwerking met de verslavingszorg die de verslavingsproblematiek behandelde (zoals in de regio Arnhem). Bij de start van het project leek er een voorkeur te bestaan om alle zorg te concentreren bij de verslavingszorginstelling, door ofwel de verslavingsarts een grote rol te geven in de hepatitis C behandeling (onder uiteindelijke verantwoordelijkheid van het ziekenhuis) ofwel een hepatitisverpleegkundige of MDL-arts op de methadonpost poli te laten draaien. Gaandeweg het project verschoof de nadruk naar behandeling in het ziekenhuis. De teams kwamen er op uit dat vooral signalering en eerste screening taken van de verslavingszorg zijn. Vervolgens is met goede begeleiding door de verslavingszorgverpleegkundige, de patiënt zeker te verwijzen en te motiveren voor vervolgonderzoek in het ziekenhuis. Voor de MDL-verpleegkundige en MDL-arts betekent dit dat zij zich met aandacht en kennis van verslavingsproblematiek op de patiënten moeten richten om de verdere diagnose en behandeling te laten slagen. Alle projectteams hebben deze werkwijze gekozen. Ook financieel is deze constructie inmiddels overal goed geregeld.

Om het zorgpad gestroomlijnd te laten werken is het belangrijk dat alle samenwerkende partijen, maar ook diegenen die verwijzen (bijvoorbeeld woonvoorzieningen voor verslaafden, opvanghuizen, de huisarts) bewust en met kennis over de doelgroep de signalering en verwijzing uitvoeren. Daartoe hebben sommige teams ook presentaties en voorlichtingsmateriaal ontwikkeld.

Een mooi resultaat van het project zijn de tips en best practice interventies die geformuleerd zijn (zie bijlage 2). Ze zijn van essentieel belang voor een goed werkend zorgpad en ze vormen samen met het zorgpad de basis voor de verdere borging van de resultaten. De ontwikkelde “tips en tricks” zijn goed bruikbaar voor verdere verspreiding naar andere regio’s in Nederland.

Bijlage 1 Zorgpad HCV



Bijlage 2 'Good practices'

Testen en screenen

1. Gefaseerd screenen

Gefaseerd screenen wil zeggen dat cliënten met een risico op hepatitis C, maar een bloedonderzoek weigeren, eerst getest worden op antistoffen middels een swab. Op deze manier kunnen cliënten die angstig zijn of een bloedtest om andere redenen weigeren, laagdrempelig gemotiveerd worden voor verder onderzoek. Alleen cliënten die een positieve swab-uitslag hebben, worden voor een bloedonderzoek gemotiveerd. Bij een positieve uitslag hebben cliënten sneller de neiging om nader onderzoek te laten doen.

Onder meer werkt het Vincent van Gogh instituut met 'gefaseerd screenen'. Ook bij Iriszorg wordt gewerkt met een screening van cliënten met behulp van swabs.

2. Het gebruik van swabs (antistoffen)

Veel teams zijn positief over de swabs die slijm/speeksel uit de mond testen op HCV-antistoffen. Met een swab is na 20 minuten duidelijk of de cliënt nader getest moet worden op actief virus. Omdat voor dat laatste bloedprikken nodig is, en sommige/veel cliënten niet prikbaar zijn of niet meteen geprikt willen worden, is de swab een goed alternatief voor de eerste screening. Een ander voordeel is dat anderen dan verpleegkundigen de swab kunnen toepassen. De betrouwbaarheid lijkt goed (hoewel slechts enkele kleine studies gepubliceerd zijn). Een nadeel is, dat een cliënt 30 minuten voor de swab niet mag eten en drinken, omdat de uitslag daardoor beïnvloed kan worden.

Een oplossing is (bijvoorbeeld) om cliënten een (groeps)voorlichting te geven, zonder koffie en koek, en na 30 minuten de swab erbij te pakken. Na de swab is er nog 20 minuten om te praten over de betekenis van de uitslag, infectieziektepreventie en andere zaken. Een andere oplossing is de swab mee te nemen in de afname van een somatische screening. Ook hier geldt: pas swabben na 30 minuten zonder koffie, thee of versnapering.

De swab kost 17,50 euro. De aanschafkosten van een swab zal de instelling moeten betalen vanuit de DBC die de verslavingszorg meestal opent voor haar cliënten, namelijk die betrekking heeft op alcoholverslaving en verslaving aan overige middelen. De swab test alleen op HCV-antistoffen, andere infectieziekten kunnen niet getest worden.

3. Direct kiezen voor bloedonderzoek: positief op antistoffen, dan doortesten op RNA

De meeste teams zien vele voordelen om direct het bloed van de cliënt te testen.

Met een bloedonderzoek kan met hetzelfde buisje bloed ook op HBV en hiv getest worden.

Bij Tactus wordt bij een cliënt die gescreend wordt, extra bloed afgenomen. Als uit de eerste test blijkt dat een cliënt positief is op antistoffen (anti-HCV), dan wordt het extra bloed meteen getest op aanwezigheid van virus (RNA). Tactus noemt dit: gefaseerd doortesten. Op deze manier hoeft de cliënt maar één keer geprikt te worden. En is één gesprek met de cliënt over de uitslag nodig. Geen onnodige ongerustheid voor de cliënt dus!

Bloedonderzoek (lab) wordt betaald door de zorgverzekering van de cliënt, de personele inzet vanuit de DBC 'alcoholverslaving en verslaving aan overige middelen'.

4. Hoe zit het met het eigen risico van de cliënt?

Het lab stuurt voor het bloedonderzoek een rekening naar de instelling of naar de cliënt. Hoe dan ook komt de rekening bij de cliënt terecht. En die moet, als het eigen risico nog niet verbruikt is, (een deel van) de rekening betalen. Dit is geen enkel probleem voor methadoncliënten. Doordat de cliënt

methadon gebruikt, is het eigen risico in een jaar tijd sowieso verbruikt aan het voorschrift voor methadon. Wel kan een rekening op een ongelukkig tijdstip op de mat vallen, namelijk wanneer dat eigen risico nog niet op is. Dan is het een kwestie van goed voorlichten en uitleggen.

5. Bekostiging van screening

De personele kosten voor het doen van (bloed)onderzoek en ook de aanschaf van swabs vallen onder de DBC, die de verslavingszorg meestal opent voor haar cliënten, namelijk de DBC die betrekking heeft op 'alcoholverslaving en verslaving aan overige middelen'. Dit bloedonderzoek behoort tot het beeldvormend onderzoek en wordt geschreven onder overige producten GGZ 2013 (zie BR/CU 5099, rubriek 7 en 7.3). Echter de laboratoriumkosten worden direct of via door-declareren verhaald bij de zorgverzekering van de cliënt.

6. Eerste screening van eigen cliënten

Soms is het nodig om eigen cliënten, die soms al jaren bekend zijn, (opnieuw) te screenen op hepatitis C. Het team laat dan in een kort tijdsbestek veel cliënten screenen. In zo'n situatie is er een budget nodig om alle bloedtesten te laten doen. In Zeeland heeft met op basis van de kosten van het laboratorium (€70 per test), een berekening gemaakt wat het kost om alle 200 cliënten te screenen. Ze verwachten dat de jaren daarna, Emergis de testen zelf kan betalen, omdat er hoogstens 10 cliënten bijkomen en ook weer afgaan. Dus dan komen de kosten op de lopende exploitatie. Het extra budget, om binnen een korte periode, 200 cliënten te screenen is door de zorginkoopafdeling van Emergis afgesproken met de zorgverzekeraar. Het gaat om de laboratoriumkosten, want de begeleiding is onderdeel van de verslavingszorg. Vanwege de afstand die cliënten in Middelburg moeten afleggen naar het ziekenhuis, is een afspraak gemaakt met de GGD, dat er een prikpoli is om bloed te prikken.

7. Folder voor cliënten

Het is aan te bevelen om een cliëntenfolder te maken met daarin informatie over het HCV-traject. Vincent van Gogh maakt momenteel zo'n folder met informatie over het HCV-traject voor cliënten. Als cliënten een gesprek hebben gehad, of bijvoorbeeld getest zijn op HCV-antistoffen, dan krijgen zij een folder mee waarin veel informatie nog eens terug te lezen is. Het is leuk om in de folder de gezichten van hulpverleners te laten zien, de medewerkers van de verslavingszorg, maar ook van de arts en verpleegkundige in het ziekenhuis.

Andere teams hebben belangstelling voor de folder, die zij ook willen gebruiken. VvG plaatst de folder op de teamsite, zodra deze af is.

8. Risicogedrag en HCV in behandelplan FACT

Bij Bouman GGZ zitten alle cliënten van Langdurige Zorg in een FACT-team, wat betekent dat zij allen een behandelplan hebben. Voor cliënten die alleen methadon krijgen, is er een 'FACT light', en dus ook een behandelplan. Het is kansrijk om de HCV- en andere infectieziekte-status daar in op te nemen.

9. Ook andere hulpverleners betrekken bij signalering en screening

Tactus Deventer ziet dat HCV goed onder de aandacht is gekomen. Het team geeft voorlichting aan collega's en cliënten, maar ook casemanagers worden betrokken bij het HCV-traject. Casemanagers komen bij de cliënten thuis en kunnen cliënten veelal goed motiveren om zich te laten testen.

Als een team de screening breed wil opzetten is het van belang om collega's van andere teams/locaties te betrekken. In Utrecht heeft men ervoor gekozen om ook de GGZ, SBWU (woonbegeleiding) en de maatschappelijke opvang te betrekken bij de signalering, motivering en screening van cliënten. Daartoe zijn openbare klinische lessen en voorlichting bij teams georganiseerd. Ook bij niet-verpleegkundige professionals is zo het belang en de herkenbaarheid van hepatitis C toegenomen.

10. Rol van de huisarts in het zorgpad HCV

De huisarts is een belangrijke partner in het zorgpad HCV. Daarom hebben de samenwerkende partijen in Utrecht en Amersfoort goede afspraken op welke momenten de huisarts geïnformeerd en betrokken wordt. Ook zijn er formats van formulieren om de huisarts te informeren.

In de somatische screening die Victas jaarlijks doet bij cliënten wordt direct gevraagd naar de huisarts en de wens van de cliënt om informatie te verstrekken. Bij de uitslag van het bloedonderzoek krijgt niet alleen de cliënt te horen welke mogelijkheden er zijn, de huisarts ontvangt een brief naar aanleiding van de screening. De huisarts moet op de hoogte zijn van alle somatisch klachten/diagnoses en behandeling. Een verwijzing naar de medisch specialist kan geschieden door de huisarts of de verslavingsarts. Zij zullen elkaar hierover ook informeren. De arts geeft duidelijk aan dat patiënt verwezen wordt om mogelijkheid van behandeling te onderzoeken en dat het besluit tot behandeling bij de MDL arts ligt. De huisarts kan de verwijsbrief schrijven. De verwijsbrief wordt via fax verstuurd naar de poli MDL in het Diakonessenhuis of UMC Utrecht. Er is een format voor de Screening en verwijzing Hepatitis C naar de huisarts en MDL arts.

Voorafgaand aan het maken van de afspraak vindt telefonisch overleg plaatst tussen verslavingsarts of huisarts en de specialist. De verpleegkundige checkt of de patiënt begrijpt wat er tijdens de afspraken in het ziekenhuis gaat gebeuren en zorgt ervoor dat de casemanager of iemand anders meegaat met de patiënt. De MDL brengt de verslavingsarts Victas en de huisarts schriftelijk op de hoogte van de uitslag en vervolg van de behandeling.

11. Scholing van medewerkers in motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering wordt ingezet om patiënten met (risico op) hepatitis C te motiveren voor testen en behandeling van deze ziekte. Als een brede groep hulpverleners (ook diegenen die geen verpleegkundige achtergrond hebben) gaat signaleren en ook cliënten gaat motiveren voor testen en behandelen, worden er trainingen voor medewerkers georganiseerd die in aanraking komen met mensen die mogelijk hepatitis C hebben. Je kunt hierbij denken aan hulpverleners van ACT en FACT-teams, ook in de forensische zorg, de maatschappelijke opvang en woonbegeleiders van woonvormen voor verslaafden.

12. Maatjes ter ondersteuning van de cliënt

Sommige teams experimenteren met een maatje voor cliënten, die deze ondersteuning misschien kunnen gebruiken. Hoewel de privacy van de cliënt in acht moet worden genomen, zijn er een aantal voorbeelden waarbij de ondersteuning door iemand die ook hepatitis C heeft (gehad) en een behandeltraject heeft doorlopen, positief. In Almere heeft men positieve ervaring met een cliënt die de Nederlandse taal nauwelijks meester was. Deze is gekoppeld aan een maatje uit zijn eigen land die ook nog eens goed Nederlands sprak. Ook op andere plaatsen polst met voorzichtig naar de behoefte aan een maatje en naar de mogelijkheden op dit gebied.

13. Venapunctie op locatie

Er is een groot voordeel als een verpleegkundige bij de verslavingszorg, op locatie het bloedprikken kan doen. Bij Amethyst in Almere werkt een verpleegkundige die op de eigen locatie de venapunctie uitvoert ('bloedprikken'). Zij zien daar voordelen in: de cliënt is op een plek die bekend is en als hij/zij gemotiveerd is voor een test, dan kan meteen daad bij het woord gevoegd worden. Tussen motiveren en bloedprikken zit dan nauwelijks uitval.

Vaak is bloedonderzoek op locatie niet mogelijk: de verpleegkundige heeft hiertoe niet de benodigde bevoegdheid of het ziekenhuis doet het bloedonderzoek liever zelf.

14. Eén test-middag in het ziekenhuis

In de meeste gevallen wordt gekozen voor bloedonderzoek bij het ziekenhuis. Het is dan aan te bevelen om het testen op één ochtend of middag te doen.

In Utrecht is dit het geval. Doordat er vooroverleg plaatsvindt, kan het zo geregeld worden dat de cliënt alle afspraken achter elkaar heeft. Op deze manier is het risico klein dat de cliënt toch ergens halverwege de benen neemt, en de kans groot dat een volledige anamnese afgenomen kan worden. Ook de MDL-arts is tevoren op de hoogte dat er een cliënt van de verslavingszorg komt. De arts wordt hierdoor dan niet verrast en kan rekening houden met de cliënt in de bejegening.

15. Verleiding (cadeautje als je je laat testen)

Sommige cliënten zijn toch moeilijk te motiveren tot testen. Maar als de verpleegkundige toch echt weet dat een cliënt risicogedrag heeft vertoond, dan gaat het spel van verleiding beginnen. Victas heeft cliënten verleid tot testen door hen een cadeautje te geven, in dit geval een koptelefoon (aansluitbaar op telefoon). Duur? Nee, want gekocht bij de Action. Resultaat? Zeker, de koptelefoons waren binnen een paar minuten vergeven en de cliënten getest!

Diagnose en behandel fase

16. Psychiatrisch rapport voor aanvang van behandeling

Cliënten die starten met de HCV-behandeling krijgen idealiter een consult met een psychiater. In dat consult bekijkt de psychiater of de cliënt de behandeling aankan, en of er een verhoogd risico op bijvoorbeeld depressie is. Bij Amethyst en Tactus (bijvoorbeeld) wordt dat consult gedaan door een psychiater van het ziekenhuis of van de verslavingszorg. Bij IrisZorg (Nijmegen) bekijkt de verslavingsarts of een consult met de psychiater van IrisZorg nodig is.

17. Anticonceptie

Een zwangerschap tijdens de HCV-behandeling is niet raadzaam vanwege het gebruik van Ribavirine. Maar wat te doen als de cliënte geen anticonceptie gebruikt? De meeste verpleegkundigen gaan hierover in gesprek met de cliënte, met als uitgangspunt dat zij er samen uitkomen. Na bespreking van de risico's wordt bijvoorbeeld de vraag gesteld: hoe doen we dat samen, hoe lossen we het op? Waarna (zo is de ervaring) bijna alle cliënten de pil of de prikpil kiezen. Alleen gebruik van condoms wordt afgeraden, omdat een condoom kan scheuren of vergeten kan worden. Veel MDL-artsen (die uiteindelijk verantwoordelijk zijn voor de behandeling) starten de HCV-behandeling niet als de cliënt niet aan de (prik)pil is.

18. Begeleiding tijdens behandeling

Het is aan te bevelen om de begeleiding tijdens de behandeling goed te organiseren. Sommige methadonverpleegkundigen kunnen zelf begeleiding bieden, anderen kunnen de hulp inschakelen van een FACT-team. Of zoals in Utrecht ligt de begeleiding bij de SBWU-woonbegeleiding of bij het forensisch FACT-team als de cliënt daar in behandeling is.

De HCV-behandeling is nu nog over het algemeen een lange en zware behandeling, die veel vraagt van de motivatie van de cliënt. De verslavingszorg speelt een rol in de begeleiding van dit behandeltraject, maar – zo tipt Amethyst – ook de gespecialiseerde thuiszorg kan een cliënt begeleiden. Wel is dan een CIZ-indicatie nodig of straks een indicatie via het WMO-loket.

19. Vraag patiënt naar behoefte aan begeleiding

Een patiënt onder behandeling van de MDL-afdeling van het ziekenhuis, heeft lang niet altijd begeleiding van de verslavingszorg nodig. Sommigen vinden steun en begeleiding bij hun partner of familie (die bijvoorbeeld meegaat naar het ziekenhuis en let op medicatietrouw). De meeste teams hanteren de regel dat zij begeleiding bieden, alleen als cliënten expliciet aangeven dat begeleiding van de verslavingszorg nodig is.

20. Toestemming cliënt nodig

De cliënt moet schriftelijk toestemming geven voor inhoudelijk overleg tussen MDL en verslavingszorg en huisarts. Zonder die toestemming kan de patiënt en zijn ontwikkelingen tijdens de behandeling niet besproken worden! Toestemming is ook nodig als de verslavingszorg de verwijzer is; zonder toestemming mogen MDL-arts en -verpleegkundigen niet met de verslavingszorg inhoudelijk over die patiënt spreken.

Vraag de cliënt dus toestemming te geven voor inhoudelijk overleg, zowel bij de VZ als in het ziekenhuis. Sommige teams doen dit direct bij de somatische screening, maar zeker is dit handig bij het bloedprikken

21. Fibroscan

Indien het ziekenhuis beschikt over een fibroscan is dat een voordeel voor de cliënt. Als de diagnostiek vraagt dat er een leverbiopt nodig is, dan kan de fibroscan een uitkomst bieden.

Samenwerking en borging

22. Verbinding verslavingszorg – MDL arts en verpleegkundige

Veel teams geven aan dat onderlinge kennismaking en samenwerking tussen de twee vakgebieden (verslavingszorg en MDL-afdeling in het ziekenhuis) heel belangrijk zijn. Na soms een stroef eerste contact (via mail of telefoon) verloopt de kennismaking in levende lijve veelal heel goed. Er wordt een gezamenlijk doel geformuleerd (testen, screenen, behandelen, en dat in een zorgpad beschreven), waarmee beide partijen elkaar goed vinden. Het ziekenhuis heeft soms slechte ervaringen met de patiëntengroep uit de verslavingszorg en dat is dan een barrière die overwonnen moet worden. Als de MDL-arts niet geïnteresseerd is in samenwerking, dan lijkt de kans op succes klein.

Uit verschillende teams blijkt dat de verpleegkundigen belangrijk zijn in de samenwerking – zij moeten elkaar weten te vinden en enthousiast zijn over de samenwerking. Daarmee blijft het contact niet beperkt tot het HCV-traject. Zo vertelt een MDL-verpleegkundige dat zij de

verslavingsverpleegkundige ook belt als zij een vraag heeft over bijvoorbeeld een cliënt met alcoholproblematiek. Zorg dus voor korte lijnen.

Een aantal teams heeft afspraken op vaste momenten, bijvoorbeeld een overleg eens per maand. Het gaat dan meestal om overleg tussen de MDL-verpleegkundige en verpleegkundige van de verslavingszorg.

23. Samenwerking met ketenpartners

Team Utrecht heeft ingezet op een HCV-zorgpad dat gedragen en uitgevoerd wordt door vele partners. Niet alleen verslavingszorg (Victas) en ziekenhuis (Diakonessenhuis) doen mee, maar ook Altrecht (GGZ), Leger des Heils, SBWU (beschermd wonen), en zelfs de wijkagent wordt betrokken. De meeste partijen hebben een rol in het motiveren, testen en begeleiden van cliënten. Als een cliënt positief gescreend is, dan is er contact met de woonbegeleiding (in dit geval van het hostel, een 24-uurs woonvoorziening voor verslaafden). De wijkagent is van belang om te signaleren dat de cliënt niet plotseling in deze periode in detentie is.

24. Borging door samenwerking

Bij Tactus hebben de teams van de verschillende locaties afgesproken om elkaar iedere 4 maanden te zien voor overleg. Dit stimuleert dat infectieziekten, en HCV in het bijzonder, onder de aandacht blijft. En dat het zorgpad steeds beter wordt!

25. Gezondheidsvoorlichting met patiënten: samen zichtbaar

Ook de samenwerking tussen verslavingszorg en ziekenhuis heeft voordelen op cliëntniveau. Tactus, bijvoorbeeld, vraagt de MDL-verpleegkundige van het ziekenhuis aanwezig te zijn bij de cliëntvoorlichtingen (groepsvoorlichtingen). De MDL-verpleegkundige doet dat graag. Op deze manier wordt de stap om naar het ziekenhuis te gaan (voor nader onderzoek, voor gesprek) voor cliënten kleiner. De MDL-verpleegkundige is immers een bekend gezicht vanuit de voorlichting.

26. Borging in somatische screening

In Utrecht hebben Victas, Altrecht en GGD Utrecht gezamenlijk de USS – Utrechtse Somatische Screener – ontwikkeld. Deze wordt gebruikt bij psychiatrisch patiënten die veelal een forse verslavingsproblematiek kennen. De FACT-teams werken ermee. Vragen naar infectieziekten, en dus HCV, zijn opgenomen in de USS.

De resultaten van de somatische screening worden in het EPD opgenomen.

De Multidisciplinaire Richtlijn “Algemene somatische screening bij EPA (patiënten met ernstige psychische aandoening)” is nu in de commentaarfase (<http://www.ggzrichtlijnen.nl/> en klik op Commentaarfase in de linkerkolom, dan kan je doorklikken op de richtlijn; daar staat ook de richtlijn “Leefstijl bij EPA”). De USS wordt daar in vermeld, net als een aantal andere instrumenten. In de USS is infectieziekten een thema, bij de andere instrumenten is dat minder het geval.

27. Zorgpad Somatiek

De GGZ Vincent van Gogh heeft het plan om het zorgpad HCV op te nemen in een groter zorgpad Somatiek. VvG wil graag dat infectieziekten en HCV daarin opgenomen zijn. Daarmee zou de borging van het zorgpad HCV beter gewaarborgd kunnen worden.

Bij VvG is het HCV-zorgpad beschreven in een 'zorgmodulebeschrijving'. Eenmaal goedgekeurd door het management is het HCV-zorgpad een feit!

Zorgpad HCV

28. Het zorgpad is niet alleen een schema, het zijn ook vastgelegde afspraken!

Alle teams werken aan een zorgpad dat zowel een stroomschema laat zien met stappen vanaf de voorbereiding tot screening door de verslavingszorg tot en met de behandeling en nazorg in het ziekenhuis. Het HCV-zorgpad is dus een kort document met dit stroomschema en een uitleg per stap, onderbouwing, protocollen etc. Het is van groot belang dat het zorgpad onderbouwd is.

Een aantal teams kiest ervoor om de twee paden (ziekenhuis en verslavingszorg) naast elkaar te leggen en de overlap in het HCV-zorgpad te beschrijven. Een stuk los en een stuk gezamenlijk dus. Andere teams kiezen ervoor om gezamenlijk het zorgpad (het ene zorgpad) te beschrijven. Het is echter noodzakelijk om naast het stroomschema de gemaakte keuzes en afspraken bij elke stap, nauwkeurig te beschrijven. Op deze wijze kunnen er geen misverstanden ontstaan, komen de kleine en grote foutjes aan het licht en blijft het zorgpad voor nieuwe medewerkers een bron van informatie.

29. "Ik wil niet getest" – en dan?

Natuurlijk zullen er altijd cliënten zijn die – op een bepaald moment – niet getest willen worden. Een Tactus-verslavingsarts gaf aan dat ook deze informatie meegenomen moet worden in het zorgpad. En wanneer wordt het gesprek met de cliënt weer aangegaan? Ook dat moet idealiter in het zorgpad opgenomen worden. Tactus Deventer neemt het in ieder geval mee.

30. Een speciaal bestand en serostatus in kleur

Het zorgpad van alle cliënten kan mooi in beeld gebracht worden door alle gescreende cliënten in een Excel-bestand op te nemen. Daarmee kunnen ook alle stappen van het zorgpad gevolgd worden. Een handige tip van Tactus, die enthousiast ontvangen wordt door de andere teams. Alle patiënten zijn opgenomen in een Excel-bestand. Iedere fase en HCV-status heeft een eigen kleur. Geen kleur betekent bijvoorbeeld dat deze cliënt nog niet gescreend is. En groen betekent dat de cliënt negatief op antistoffen getest is. Blauw betekent dat de cliënt in detentie is – en juist dit wordt handig gevonden. Want als een cliënt in detentie is, dan wordt zijn dossier gesloten en dan kan je er niet meer in, ook niet om zijn HCV-status op te zoeken. Is de cliënt blauw, dan weet de verpleegkundige dat hij bij terugkomst gemotiveerd en getest kan worden.

Verspreiding zorgpad HCV

31. Scholing: ook met niet-medisch personeel

Een manier om het ontwikkelde zorgpad te verspreiden is door scholing te geven aan andere teams in de verslavingszorg, of zelfs aan teams van andere instellingen.

Victas in Utrecht heeft in 2013-2014 een klinische les over HCV en twee praktijkgerichte workshops gehouden voor verpleegkundigen en agogische medewerkers. De workshops waren getiteld: "Sex and the city", en gingen over risicogedrag en hoe je daarover als professional in gesprek kan gaan met een cliënt. Deze workshops zijn gebaseerd op de workshop "Uitvragen van risicogedrag", ontwikkeld door het Netwerk Infectieziekten & Harm Reduction (draaiboeken vrij verkrijgbaar via <http://www.netwerkihr.nl/>, of een mail aan agee@trimbos.nl). Victas vindt het belangrijk dat niet

alleen verpleegkundigen, maar ook activiteitenbegeleiders bijvoorbeeld, meer weten over infectieziekten, risicogedrag en motiveren tot testen. Door de scholing samen te volgen ontstaat er teamgevoel en zin om samen te werken.

Een andere scholing is in het derde kwartaal van 2014 opgeleverd: de e-learning “Infectieziekten in de GGZ”, een gezamenlijk product van het Netwerk Infectieziekten & Harm Reduction, de GGZ-Ecademy en het Leernetwerk Verslavingszorg. Deze e-learning is primair bedoeld voor professionals in de verslavingszorg, maar zeker de moeite waard voor een breder werkveld als de ggz-praktijk en de maatschappelijke opvang. De e-learning is de vervanging voor het dagdeel Infectieziekten in de Basis cursus Verslavingszorg, die veel instellingen voor verslavingszorg aan hun (nieuwe) personeel aanbieden. Zie ook <http://www.ggzecademy.nl/wat-doen-we.php> en kijk in de rechterkolom voor een overzicht van e-learnings (waaronder ‘somatiek en verslaving’ en ‘middelenkennis’). Meer informatie: Anouk de Gee: agee@trimbos.nl.

32. Samen scholing opzetten

De verslavingsverpleegkundigen van Tactus en de MDL-verpleegkundigen van onder andere het Deventer Ziekenhuis gaan samen scholing opzetten voor nieuwe medewerkers. In 2007 is scholing op het gebied van HCV ook eens gedaan, maar er zijn nieuwe mensen en de gezamenlijke scholing houdt HCV op de kaart. Zij denken aan 2x per jaar 2 uur. De verpleegkundigen hebben zich voorgenomen om samen met hun leidinggevende dit op te pakken (en een farmaceut te vragen om deze scholing deels te verzorgen).

33. Klein beginnen, uitrol als met zorgpad geoefend is

In Utrecht ontwikkelden de gezamenlijke partners het HCV-zorgpad rondom de 28 bewoners van een 24-uurs woonvoorziening voor verslaafden. Door klein te beginnen is het mogelijk om het transmurale zorgpad eerst goed te ontwikkelen. Alle betrokken partners (ook de huisarts en bijvoorbeeld justitie) leren elkaar nog beter kennen, alle ‘bugs’ zijn uit het zorgpad gehaald. Dat maakt overdracht naar andere hostels en teams eenvoudiger. Zij kunnen dan aan de slag met een zorgpad dat zich in ieder geval in de praktijk ook bewezen heeft. Het HCV-zorgpad is een werkdocument – bij andere locaties/teams kan het er (een beetje) anders uitzien.

34. Eén ziekenhuis

Het liefst ligt het ziekenhuis om de hoek, of nog liever naast, de locatie van de verslavingszorg. Een aantal teams kent deze luxe! Samenwerking is eenvoudiger, cliënten ‘komen vaker aan’ (nauwelijks of geen drop-out). Toch is het een feit dat in het werkgebied van instellingen voor verslavingszorg verschillende ziekenhuizen liggen die niet allemaal naast de deur liggen. Veel teams kiezen ervoor om het zorgpad te ontwikkelen met één locatie van de verslavingszorg en één ziekenhuis. Ook hier geldt: als het zorgpad er is, kan die eenvoudiger aangepast worden voor andere locaties, en hun samenwerking met een ander ziekenhuis.

Bijlage 3 Deelnemende instellingen en teams

1. Tactus Verslavingszorg

a Team Almere

- Doelstelling: een zorgpad, waar Tactus en ziekenhuis achter staan, met afspraken over de procedures voor het testen, bloedonderzoek, en voor verwijzing en begeleiding tijdens de behandeling.
- Resultaat behaald

b Team Deventer

- Doelstelling: (I) 1 januari 2014 is er een (concept) zorgpad HCV, gebaseerd op het bestaande Tactus protocol, en gedragen door alle betrokken BOA/SOA medewerkers van Tactus en ziekenhuis. (II) Alle patiënten die al in zorg zijn en nieuwe patiënten zijn per 1 april 2014 gescreend en getest.
- Resultaat behaald

c Team Amethyst (Almere)

- Doelstelling: een zorgpad en 80% van de in zorg zijnde cliënten van Amethyst zijn gescreend op hepatitis C (en andere infectieziekten) en in database opgenomen. Regelmatig wederzijdse overdracht tussen enerzijds de BOA-SOA Verpleegkundigen / Verslavingsarts en anderzijds de MDL verpleegkundige betreffende signalen en aandachtsgebieden.
- Resultaat behaald

2. Victas verslavingszorg

a Team Utrecht,

- Doelstelling: een zorgpad ontwikkelen voor de regio Utrecht en Amersfoort waar (ex-) verslaafden met hepatitis C worden opgespoord, gemotiveerd en begeleid naar een centrum voor eventuele behandeling en tijdens een dergelijke behandeling adequaat begeleid worden. Het beoogde zorgpad moet voor alle partijen inzichtelijk zijn en uitvoerbaar binnen de organisatie waar men werkzaam is.
- Resultaat behaald

b Team Amersfoort

- Doelstelling: zie boven
- Resultaat behaald

3. Vincent van Gogh

a Team Venlo,

- Doelstelling: een zorgpad ontwikkelen voor de regio Venlo en Roermond. September 2014 moet minimaal 60% van de huidige methadonpopulatie in de regio Venlo en Roermond gescreend zijn op hepatitis C
- Resultaat gedeeltelijk behaald

b Team Roermond

- Doelstelling: zie boven
- Resultaat gedeeltelijk behaald

4. Emergis

a Teams Vlissingen, Middelburg, Goes

- Doelstelling: Voor 1 februari 2014 is een zorgpad beschreven en uitgewerkt dat de basis vormt voor een plan van aanpak. Samenwerking met partners, ziekenhuizen in de diverse regio's is gerealiseerd en financiële ondersteuning verkregen voor de screening van alle patiënten van Emergis (200 personen)
- Resultaat behaald, screening start 1 januari 2015.