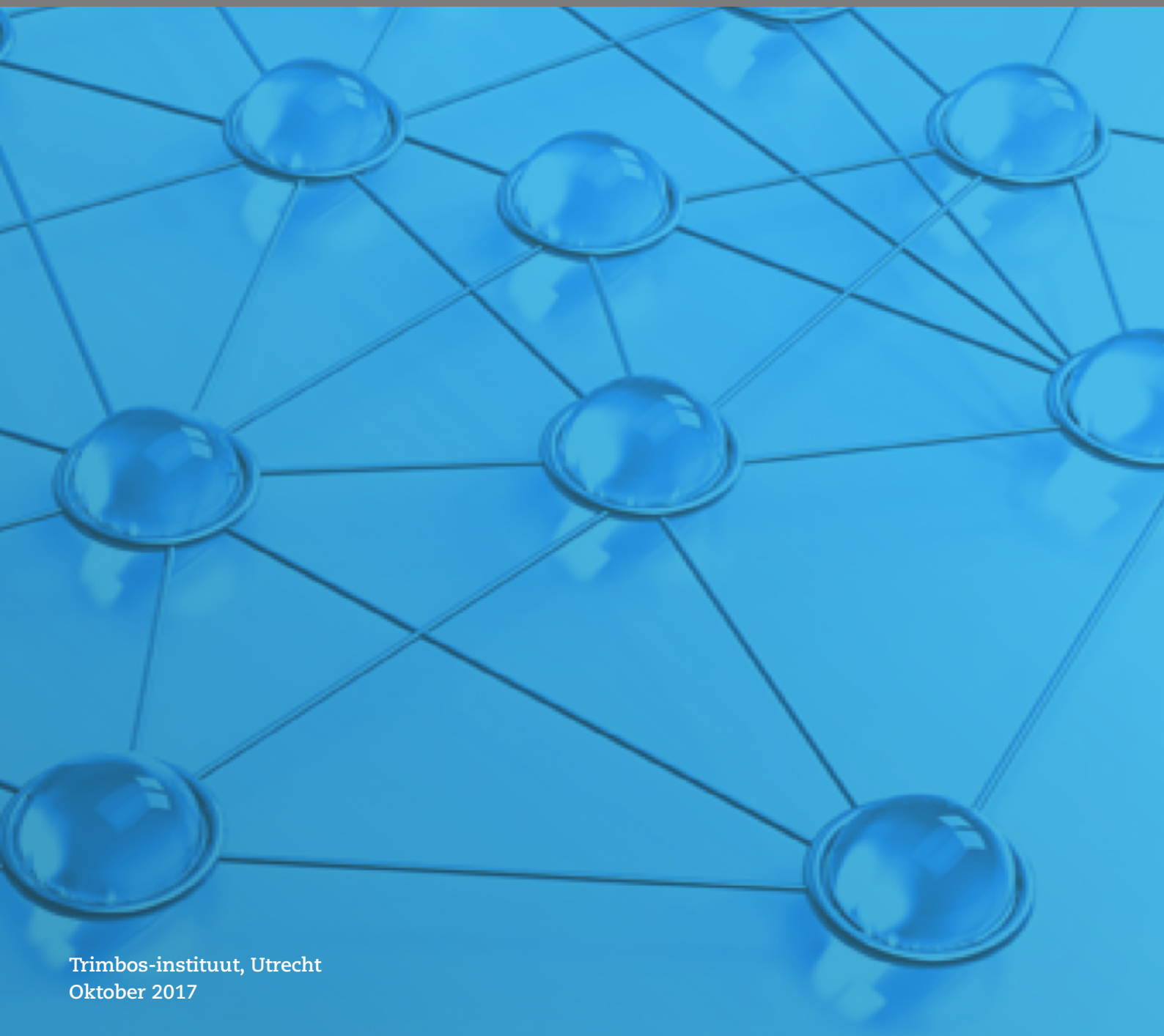
Netwerk Infectieziekten
& Harm Reduction

Blauwdruk

Zorgpad voor de hepatitis C-zorg voor cliënten van de verslavingszorg



Trimbos-instituut, Utrecht
Oktober 2017

Inhoud

1 Inleiding 3
- 1.1 Doelen van het hepatitis C-zorgpad 3
- 1.2 Betrokken partijen en rolverdeling 4
- 1.3 Monitoring en evaluatie 5

2 Het Stappenplan 6

3 Het Zorgpad 7
- 3.1 Stroomschema 8
- 3.2 Case finding en pre-testcounseling 9
- 3.3 Testen 10
- 3.4 Verwijzing en behandeling 11
- 3.5 Afronding en nazorg 13

Colofon 14

1. Inleiding

Waarom opsporen en behandelen van hepatitis C (HCV) bij drugsgebruikers?

- (Ooit) injecterend drugsgebruikers zijn – na migranten – de grootste risicogroep voor hepatitis C in Nederland, met hoge prevalenties van 46-95%
- Actieve opsporing is van belang, omdat HCV weinig tot geen ziekteverschijnselen geeft
- Opsporing en behandeling leidt tot een vermindering van de ziektelast en een duidelijke toename in de kwaliteit van leven
- Het voorkomt lange termijn complicaties en ernstige aandoeningen als levercirrose en leverkanker
- De behandelopties voor hepatitis C zijn beter dan ooit tevoren, met slagingspercentages van boven de 90% en weinig tot geen bijwerkingen
- Eliminatie van HCV bij drugsgebruikers is haalbaar! De incidentie is laag en de groep is goed in beeld bij de verslavingszorg

De verslavingszorg heeft een belangrijke taak in de opsporing van HCV bij haar cliënten, de doorverwijzing naar het ziekenhuis voor behandeling en in de begeleiding van de behandeling. Zowel in het advies van de Gezondheidsraad inzake het screenen op hepatitis B en C, als in het Nationaal Hepatitisplan wordt de verslavingszorg en haar taken en verantwoordelijkheden expliciet benoemd. Voor een goede aansluiting tussen de opsporing van hepatitis C in de verslavingszorg en de behandeling in het ziekenhuis, zijn een goede samenwerking en heldere afspraken rondom het zorgproces van belang.

1.1 Doelen van het hepatitis C-zorgpad

- Inzichtelijk maken van de samenwerking en communicatie tussen het ziekenhuis en de verslavingszorg
- Betrokken hulpverleners een handvat bieden om de zorgverlening uit te voeren
- Actieve benadering en motivatie van cliënten voor het testen, de behandeling en het volhouden van de therapietrouw
- Verlagen van de drempels bij de toeleiding van cliënten van de verslavingszorg naar het ziekenhuis voor een hepatitis C behandeling

Deze blauwdruk

- biedt de verslavingszorg en ziekenhuizen een handreiking om gezamenlijk een HCV-zorgpad te ontwikkelen/verbeteren en implementeren,
- beschrijft de stappen en organisatie van het HCV-zorgproces voor cliënten met een verslaving,
- is een handreiking en geen vast format,
- geeft bouwstenen voor de keuzen en afspraken die leiden tot een lokaal zorgpad,
- is gebaseerd op de ervaringen en *best practices* uit de Doorbraakprojecten 'Opsporing en behandeling van hepatitis C in de verslavingszorg'.

In deze blauwdruk is puntsgewijs aangegeven welke informatie in elke stap van het zorgproces gezamenlijk besproken en vastgelegd dient te worden. Het document biedt daarnaast veel tips en voorbeelden vanuit de twee Doorbraakprojecten.

Kijk in de toolkit op hepcverslaving.nl voor meer tips en best practices!

1.2 Betrokken partijen en rolverdeling

Verslavingszorg

- Heeft beste zicht op gelopen risico
- Verantwoordelijk voor opsporing en doorverwijzing
- Belangrijke rol in motiveren en de begeleiding
- Behandeling goed laten aansluiten op de situatie van de patiënt

Ziekenhuis

- Uitgebreidere diagnostiek bij positieve testuitslag
- Verantwoordelijk voor de hepatitis C behandeling

De patiënt

- De patiënt dient goed geïnformeerd te worden gedurende het proces.
- Wensen en mogelijkheden van de patiënt spelen een rol in de keuzes voor behandeling en begeleiding

Andere partijen

- Afhankelijk van de lokale situatie kan samenwerking worden gezocht met: GGD, maatschappelijke opvang, begeleid wonen, de GGZ, het gevangenis-wezen, etc.

1.3 Monitoring en evaluatie

Van essentieel belang voor een succesvolle implementatie en uitvoer van een hepatitis C-zorgpad zijn *reguliere overlegmomenten tussen verslavingszorg en ziekenhuis*. Deze vinden plaats op twee verschillende niveaus, die in 1 overleg gecombineerd kunnen worden of waar aparte momenten voor kunnen worden ingelast.

1. **Reguliere patiëntbesprekingen**
   Hierin worden zowel de patiënten die onder behandeling zijn als de patiënten die positief getest zijn en nog niet in behandeling zijn besproken. In de Doorbraak-projecten lag de frequentie doorgaans op 1x per 2 tot 6 maanden, afhankelijk van het aantal patiënten. Met de nieuwe medicatie, met een kortere behandelduur, is het mogelijk wenselijk om vaker de lopende patiënten door te spreken.

2. **Evalueren van de afspraken in en de uitvoering van het zorgpad**
   Veranderende werkprocedures, afname van het aantal patiënten of andere ontwikkelingen kunnen aanleiding geven voor aanpassing van het zorgpad. Regelmatige en vastgestelde evaluatiemomenten zorgen voor een tijdige doorvoering van nodige aanpassingen. Vlak na vaststelling van het zorgpad zal de frequentie hiervan wat hoger liggen. Bij een soepel lopende samenwerking zal 1-2 keer per jaar evalueren voldoende zijn.

2. Het Stappenplan

… voor een succesvolle ontwikkeling en implementatie van een hepatitis C zorgpad

Betrokken partijen en personen identificeren

- Bepaal welke organisaties, instellingen, hulpverleners betrokken zijn bij de hepatitis C zorg drugsgebruikers.
- Achterhaal per organisatie wie de aangewezen persoon is/personen zijn om te betrekken bij de ontwikkeling van het zorgpad.
- Denk minimaal aan de specialist en verpleegkundige uit het ziekenhis en een arts en verpleegkundige uit de verslavingszorg.
- Vergeet niet het belang van draagvlak bij en steun van het management om de randvoorwaarden te garanderen.

Wijs een trekker aan en zorg voor draagvlak

- De taken en verantwoordelijkheden kunnen over de betrokkenen worden verdeeld, maar het helpt om één persoon aan te wijzen die overzicht houdt over het geheel, die de planning bewaakt en die betrokkenen aanspreekt op de toebedeelde taken.
- Organiseer transmurale scholingsbijeenkomsten (over hepatitis C vanuit het ziekenhuis en over de doelgroep vanuit de verslavingszorg) om elkaar te ontmoeten, expertise uit te wisselen en het onderwerp op de kaart te zetten.

Stel doelen

- Breng de huidige praktijk in kaart (Wat is er al? & Wat kan beter?)
- Formuleer gezamenlijke doelen, die haalbaar en meetbaar zijn.

Ontwikkeling zorgpad

- Maak afspraken over wie wat doet op welk moment in het zorgtraject.
- Leg de gemaakte afspraken vast.
- Test de afgesproken werkwijze in de praktijk; ontwikkeling en implementatie gaan tegelijk op.
- Begin met kleine stapjes: het is prima om niet alles in één keer te willen doen en aanpakken.
- Volgens de PDSA-cyclus werken kan behulpzaam zijn bij de ontwikkeling en implementatie.

Evaluatie & borging

- Evalueer (gezamenlijk) en stel bij waar nodig.
- Meten = weten.
- Markeer het moment waarop het zorgpad in zijn definitieve vorm wordt vastgesteld: accordering door het management & interne communicatie.
- Zorg voor procedurele verankering en professionele gedragsverankering.

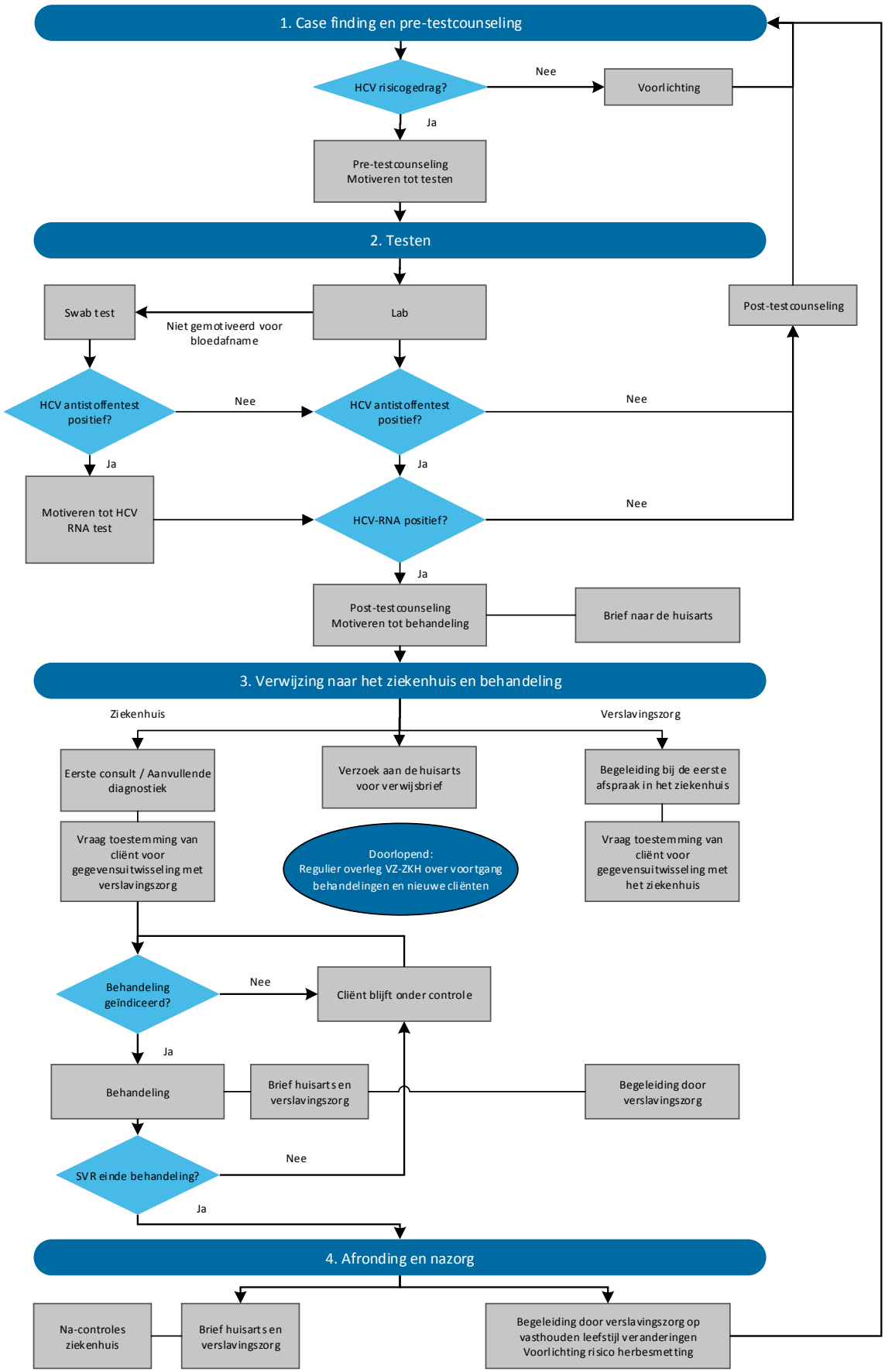
Soms blijkt het lastig om bepaalde doelen of beoogde verbeteringen in de praktijk te realiseren. Het schema van Lippitt kan behulpzaam zijn bij het identificeren van de belangrijkste randvoorwaarden, en bij het analyseren waar het knelpunt ligt op het moment dat de ingezette verandering dreigt spaak te lopen.

3. Het Zorgpad

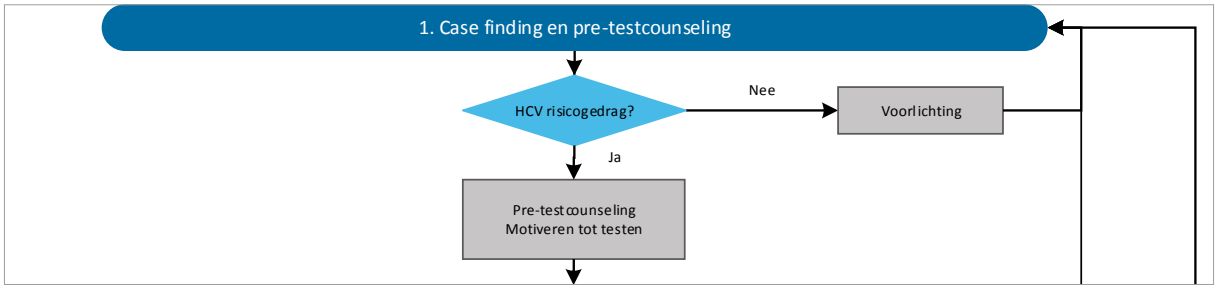
Hoewel elk zorgpad uniek is, aangepast aan de lokale situatie, zijn de verschillende stappen die worden doorlopen voor elke patiënt gelijk. Hoe deze stappen organisatorisch worden ingevuld en welke afspraken worden gemaakt, wordt lokaal bepaald en vastgelegd. In deze blauwdruk is het hepatitis C-zorgproces opgedeeld in 4 algemene stappen:

1. Case finding en pre-testcounseling
2. Testen en post-testcounseling
3. Verwijzing naar het ziekenhuis en behandeling
4. Afronding en nazorg

3.1 Stroomschema



3.2 Case finding en pre-testcounseling



De verantwoordelijkheid voor de case finding en pre-testcounseling ligt bij de verslavingszorg.

Bij de uitvoering van deze stap van het zorgpad zijn betrokken (allen vanuit de verslavingszorg):

- Verpleegkundigen
- Verpleegkundig specialisten
- Verslavingsartsen
- Casemanager

Het volgende wordt in het zorgpad vastgesteld:

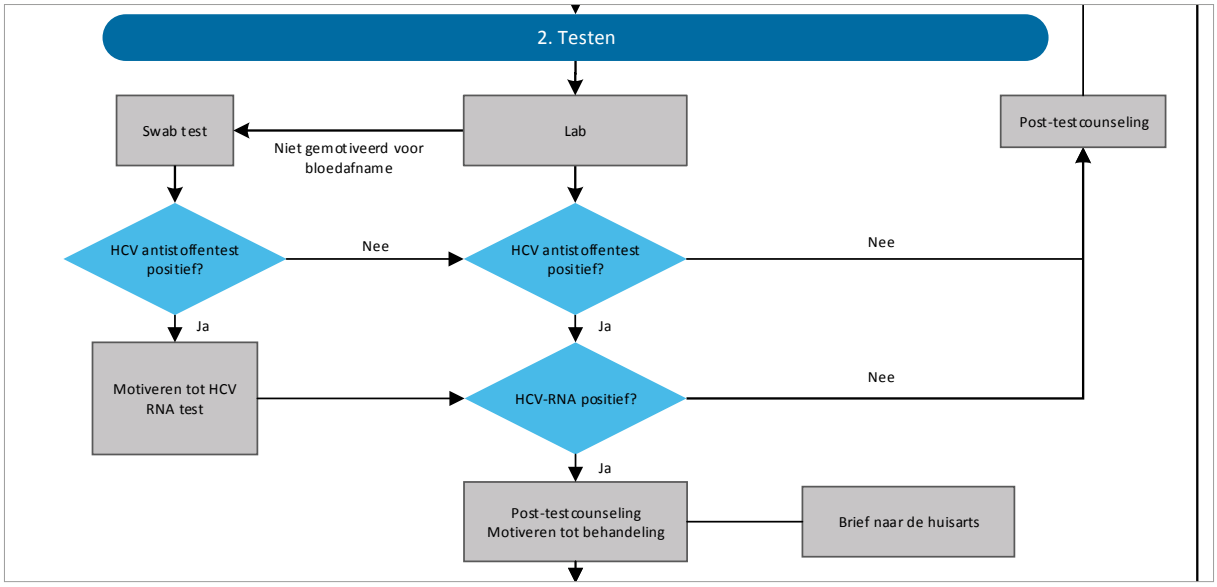
Case finding

- De doelgroep voor de case finding
- Wie verantwoordelijk is voor het identificeren en benaderen van de doelgroep
- Op welk moment de case finding plaatsvindt
- Aandachtspunten in het gesprek over risicogedrag
- De indicaties voor bloedonderzoek op HCV
- Welke preventiemaatregelen door wie en wanneer worden ingezet (voorlichting aan cliënten waarbij er geen aanleiding is om op HCV te testen)

Pre-testcounseling

- Wie verantwoordelijk is voor het voeren van het pre-testcounselingsgesprek
- Wanneer en waar het pre-testcounselingsgesprek plaatsvindt
- De onderwerpen en aandachtspunten in het pre-testcounselingsgesprek
- Welke informatiematerialen voor de cliënt (en zijn omgeving) beschikbaar zijn

3.3 Testen



De verantwoordelijkheid voor het testen ligt doorgaans bij de verslavingszorg. Het valt te overwegen om de PCR RNA test onder verantwoordelijkheid van het ziekenhuis te laten vallen.

Bij de uitvoering van deze stap van het zorgpad zijn betrokken:
- Verpleegkundigen (verslavingszorg en/of ziekenhuis)
- Verpleegkundig specialisten (verslavingszorg en/of ziekenhuis)
- Verslavingsarts/specialist ziekenhuis
- Het laboratorium

Het volgende wordt in het zorgpad vastgesteld:

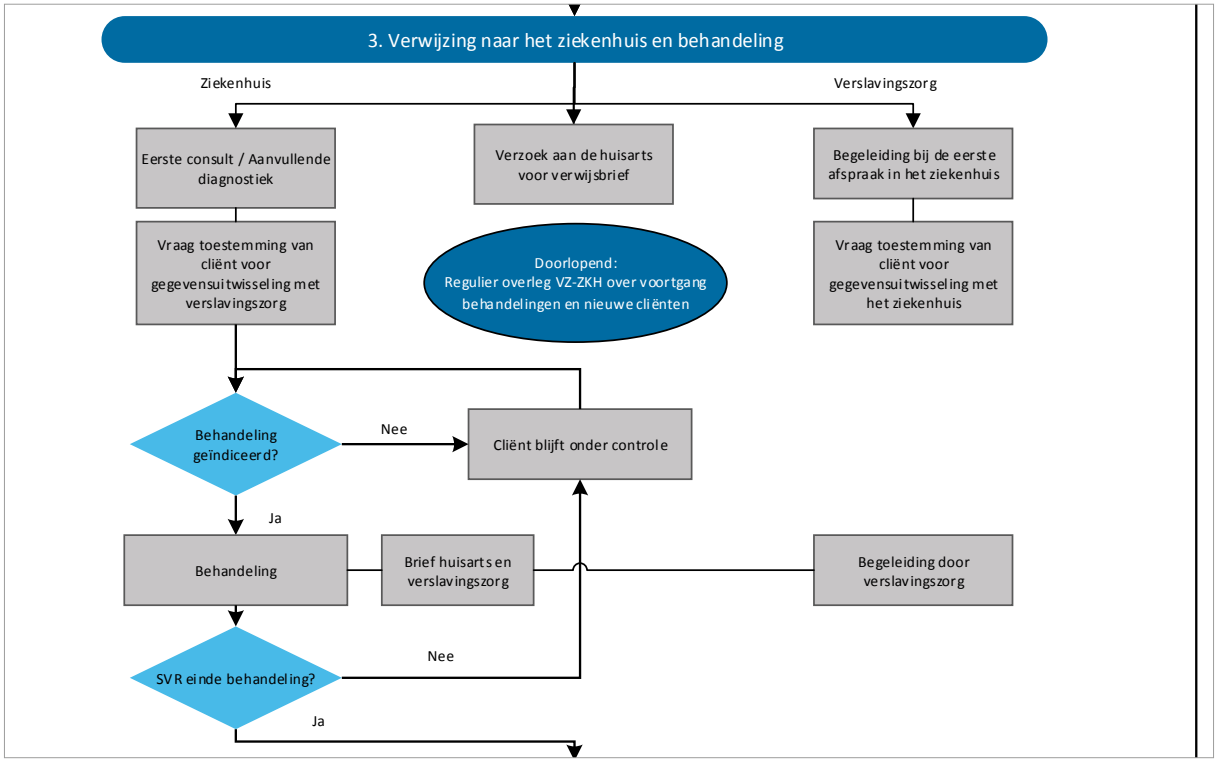
Antistoffen + PCR-RNA test

- Wie wanneer (de procedure van) het testen met de cliënt bespreekt en organiseert - dit kan als onderdeel van het pre-testcounselingsgesprek plaatsvinden, maar kan ook op een ander moment plaatsvinden, bijvoorbeeld gekoppeld aan het testen zelf
- Op welke manier de *antistoffen-test* wordt gedaan: middels een swab- of bloedtest
- Waar de *PCR-RNA test* plaatsvindt: in de verslavingszorg of het ziekenhuis?
- Hoe, waar en door wie het bloed van de cliënt wordt afgenomen
- Hoe de financiering van de testen is geregeld
- Wie wanneer de testuitslag(en) aan de cliënt terugkoppelt
- Waar de testuitslagen en het vervolg daarop in het dossier worden genoteerd

Post-testcounseling

- Wie verantwoordelijk is voor het voeren van het post-testcounselingsgesprek
- Wanneer en waar het post-testcounselingsgesprek plaatsvindt
- De onderwerpen en aandachtspunten in het post-testcounselingsgesprek
- Welke informatiematerialen voor de cliënt (en zijn omgeving) beschikbaar zijn

3.4 Verwijzing en behandeling



De verantwoordelijkheid voor de hepatitis C behandeling ligt bij de behandelend specialist in het ziekenhuis. De verslavingszorg heeft een verantwoordelijkheid om een goede begeleiding bij de verwijzing en behandeling te bieden.

Bij de uitvoering van deze stap van het zorgpad zijn betrokken:
- Verpleegkundigen (verslavingszorg en/of ziekenhuis)
- Verpleegkundig specialisten (verslavingszorg en/of ziekenhuis)
- Verslavingsarts/specialist ziekenhuis
- Huisarts

Het volgende wordt in het zorgpad vastgesteld:

Verwijzing naar het ziekenhuis

- Wie verantwoordelijk is voor de verwijzing van de patiënt naar het ziekenhuis
- Wie de huisarts informeert en het verzoek om de verwijsbrief doet: de verslavingszorg of het ziekenhuis?
- Wie op welk moment toestemming aan de patiënt vraagt voor gegevensuitwisseling en waar dit wordt vastgelegd

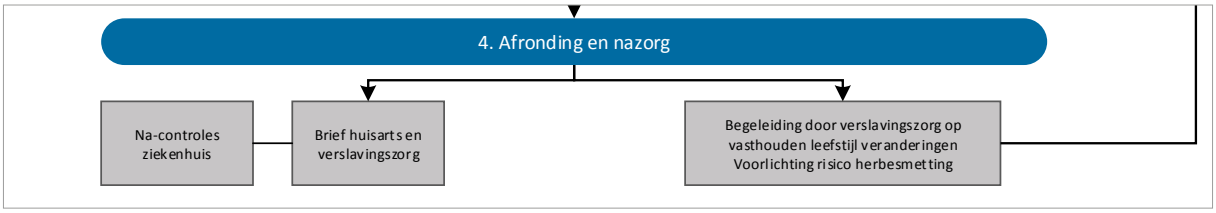
Eerste afspraak + diagnostiek

- Wie de eerste afspraak van de patiënt in het ziekenhuis plant
- De mogelijkheden vanuit de verslavingszorg om de patiënt voor te bereiden en te begeleiden bij deze eerste afspraak
- Het verloop van de eerste afspraak/afspraken in het ziekenhuis: welke onderzoeken vinden op welke momenten, in welke volgorde en onder welke voorwaarden plaats
- Hoe het besluit over de start van de behandeling tot stand komt: wie wordt hierbij betrokken en geïnformeerd en op welke manier
- Het verdere traject voor patiënten die niet direct in aanmerking komen voor behandeling

Behandeling

- De belangrijkste procedures en stappen van de hepatitis C behandeling
- Hoe de afstemming tussen verslavingszorg en ziekenhuis verloopt over de voortgang van de behandeling
- Welke begeleiding tijdens de behandeling mogelijk is voor de patiënt

3.5 Afronding en nazorg



De verantwoordelijkheid ligt in deze stap voor het grootste deel bij de verslavingszorg. Het ziekenhuis en de huisarts hebben daarnaast in deze stap ook een verantwoordelijkheid.

Bij de uitvoering van deze stap van het zorgpad zijn betrokken:
- Verpleegkundigen (verslavingszorg en/of ziekenhuis)
- Verpleegkundig specialisten (verslavingszorg en/of ziekenhuis)
- Verslavingsarts/specialist ziekenhuis
- Casemanager (verslavingszorg)
- Huisarts

Het volgende wordt in het zorgpad vastgesteld:

Terugkoppeling huisarts + (na)controles

- Hoe de terugkoppeling aan de huisarts over het einde van de behandeling verloopt
- Hoe de afstemming rondom de (na)controles tussen verslavingszorg en ziekenhuis plaatsvindt

Nazorg

- Het belang van nazorg en de onderwerpen die daarbij aan bod komen
- Welke vormen van nazorg beschikbaar zijn en wie de nazorg biedt

Colofon

Redactie
Anouk de Gee
Esther Croes
Agnes van der Poel

Vormgeving
Canon Nederland N.V.

Met dank aan
Farand Laghaei, Simone van de Lindt, Astrid Eijkhoff

Van de Doorbraakprojecten 'Hepatitis C in de verslavingszorg' 2013-2016:
- **de teams** behorend bij locaties van instellingen voor verslavingszorg: Amethist, GGD Amsterdam, IrisZorg, Mentrum/Arkin, Novadic-Kentron, Tactus, Victas, Vincent van Gogh, VNN, Emergis;
- **de experts:** Nelly van der Gaarden (Bouman GGZ), Hanneke Huiskamp (Deventer ziekenhuis), Rob de Knegt (ErasmusMC), Karen Lindenburg (GGD Amsterdam/AMC), Jackie Middeldorp (Victas), Clemens Richter (Rijnstate Ziekenhuis), Solko Schalm (Liverdoc, BIBHEP), Peter van Splunteren (Trimbos-instituut), Marc Verhagen (Diakonessenhuis), Femke Vletter (Tactus), Elsa van Woerden (GGD Amsterdam), Nel van Zanten (IrisZorg en VVGN).

Vertegenwoordigers Netwerk Infectieziekten & Harm Reduction

Financiering Doorbraakprojecten "Hepatitis C in de verslavingszorg"
Ministerie van VWS, via het Netwerk Infectieziekten & Harm Reduction
ZonMw programma Infectieziekten
AbbVie, Gilead, Janssen-Cilag, MSD, Roche

Netwerk Infectieziekten & Harm Reduction

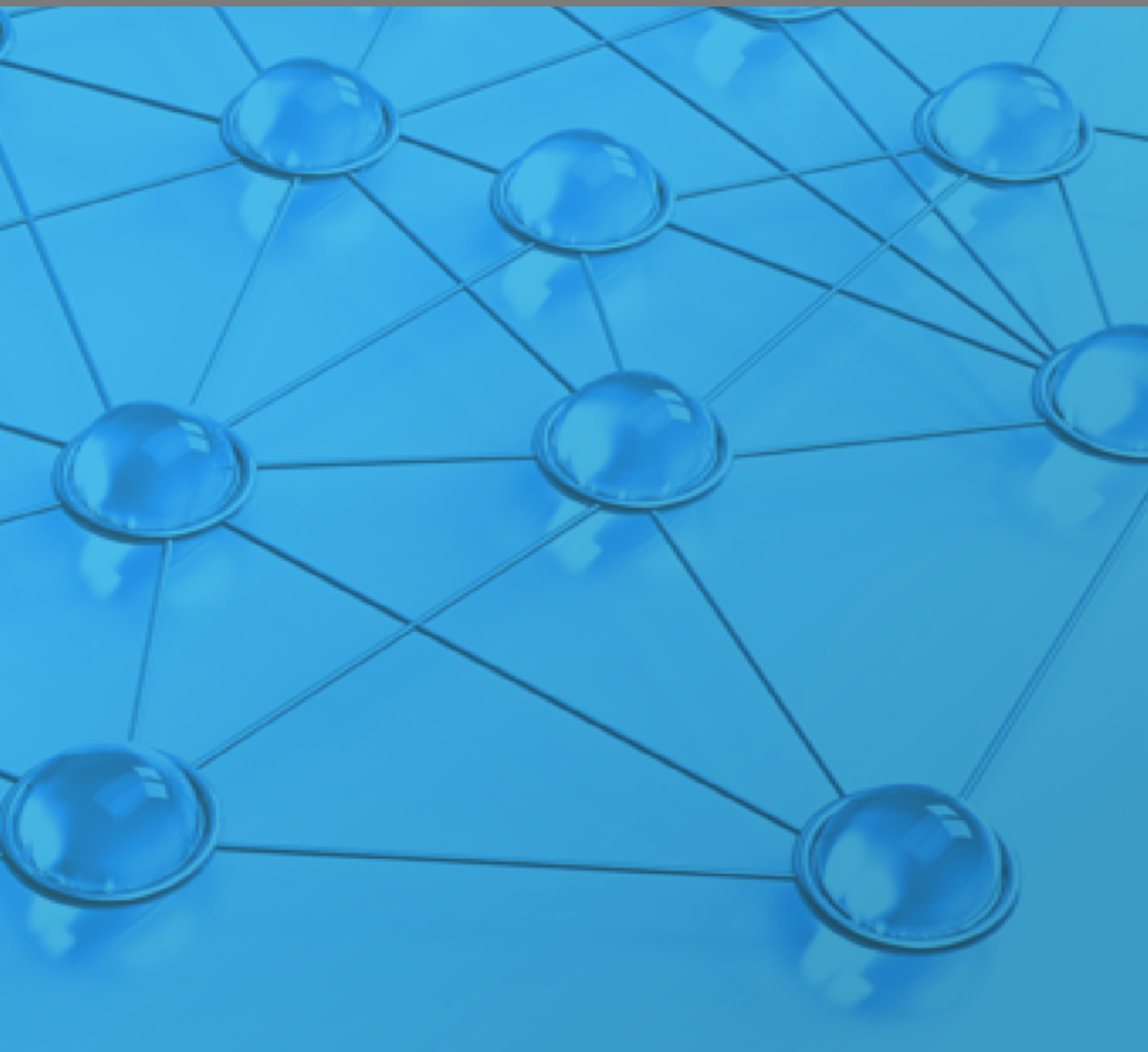
Trimbos instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Deze uitgave is te downloaden via https://www.hepcverslaving.nl/toolkit En via de webwinkel van het Trimbos-instituut, artikelnummer **AF 1554**.

© 2017, Trimbos-instituut, Utrecht. Alle rechten voorbehouden. Het overnemen van teksten is toegestaan, mits met juiste bronvermelding.

Netwerk Infectieziekten
& Harm Reduction

Trimbos
instituut
Netherlands Institute of
Mental Health and Addiction



OVER HEPATITIS C

Het hepatitis C-virus wordt overgedragen via bloed-bloed contact en zorgt voor een infectie van de lever. Een acute infectie wordt doorgaans niet opgemerkt, omdat het weinig tot geen ziekteverschijnselen geeft. Bij 80% van de geïnfecteerden gaat een acute infectie over in een chronische infectie van de lever. Het kan soms jaren duren voordat iemand met een HCV-infectie hiervan merkbare klachten krijgt. Na 20 jaar leidt een chronische infectie in 6-25% van de gevallen tot levercirrose, met kans op leverkanker en/of leverfalen. Bij alcoholgebruik, overgewicht, diabetes mellitus, hiv of hepatitis B-co-infectie is er een verhoogde kans op een ernstiger beloop.

Er bestaat geen vaccinatie tegen hepatitis C. Ook nadat iemand hepatitis C heeft doorgemaakt is er geen bescherming opgebouwd. Zowel HCV-herinfectie als HCV-superinfectie komen bij hoog risicogroepen, zoals drugsgebruikers, regelmatig voor. Preventie van besmetting is alleen mogelijk door het risico op overdracht te verkleinen.

Door middel van twee bloedtesten kan worden vastgesteld of iemand besmet is met het hepatitis C-virus. De eerste test toont aan of er antistoffen voor hepatitis C in het bloed aanwezig zijn (anti-HCV). Zo ja, dan is een tweede test nodig om vast te stellen of het virus zelf nog aanwezig is (HCV-RNA). Het is mogelijk om van hepatitis C te genezen. Er zijn tegenwoordig goede behandelmogelijkheden, met hoge slagingspercentages en weinig bijwerken. Therapietrouw is een belangrijk aspect in de behandeling.

MEER INFORMATIE

http://www.hepatitisinfo.nl/kennisbank/Virus.C/aDU1100_Hepatitis-C.aspx
http://www.rivm.nl/Onderwerpen/H/Hepatitis_C
http://www.rivm.nl/LCI_richtlijn_Hepatitis_C
http://www.liverdoc.nl/bibhep
http://www.hcvrichtsnoer.nl/

INFORMATIE VOOR CLIËNTEN

http://www.hepatitisinfo.nl/brochures/hepatitis-c/cDU775_Hepatitis-C.aspx
http://www.leverpatientenvereniging.nl/
http://mainline.nl/page/thema-nieuwsbrieven-hepatitis-c-hiv-
http://www.elpa.eu/c-my-journey
http://www.hepatitiscgids.nl/nl
https://www.mijnlever.nl/nl

PREVALENTIE HEPATITIS C

Vriend HJ, Van Veen MG, Prins M, Urbanus AT, Boot HJ, Op de Coul ELM (2013). Hepatitis C virus prevalence in The Netherlands: migrants account for most infections. Epidemiol. Infect., 141, 1310–1317.

ADVIES GEZONDHEIDSRAAD & NATIONAAL HEPATITISPLAN OVER DE ROL VAN DE VERSLAVINGSZORG

Een citaat uit het advies van de Gezondheidsraad:

"De commissie vindt het noodzakelijk om (ooit) regelmatig injecterende drugsgebruikers screening op HCV-infectie en bij een aangetoonde infectie behandeling met DAA's aan te bieden. De commissie ziet chronische HCV-infectie bij (ooit) regelmatig injecterende drugsgebruikers als een gevolg van de verslaving. Zij vindt daarom dat case finding naar HCV bij deze groep valt onder de zorgplicht binnen de kaders van de reguliere verslavingszorg. De commissie benadrukt dat instellingen in de verslavingszorg deze taak dienen op te pakken." (pagina 78)

In het Nationaal Hepatitisplan wordt de verslavingszorg regelmatig genoemd, onder andere waar het gaat om:

- Het organiseren van heropsporing van ooit-gediagnosticeerden en vervolgens de herbeoordeling in eerste lijn en de verwijzing naar de tweede lijn optimaliseren.
- Verspreiden van het algoritme uit de nieuwe NHG-standaard Virushepatitis en andere leveraandoeningen (dit algoritme geeft de noodzaak aan tot testen op HBV en HCV bij een verhoogde leverwaarde met onbekende oorzaak). Daarnaast wordt opportunistisch testen aanbevolen op basis van symptomen en/of een risicoprofiel.
- Aandacht voor hepatitis in verslavingszorg optimaliseren.
- Goed borgen van de samenwerking tussen zorgverleners uit de eerste lijn, tweede lijn en openbare gezondheidszorg.

Gezondheidsraad (2016). Screening van risicogroepen op hepatitis B en C. Den Haag: Gezondheidsraad.
David S, Hogenbirk, R, Van Steenbergen J, Urbanus A (2016). Meer dan opsporen. Nationaal hepatitisplan: een strategie voor actie. Bilthoven: RIVM.

DOELGROEP BLAUWDRUK

Deze blauwdruk kan ook gebruikt worden als basis voor de organisatie van de hepatitis C zorg bij andere doelgroepen, waarbij andere instellingen of organisaties betrokken zijn (bijvoorbeeld de maatschappelijke opvang, een GGZ instelling, huisarts of GGD/Soa poli). Waar in dit document de verslavingszorg wordt genoemd, kan de betreffende instelling of organisatie worden ingevuld. Mogelijk sluit niet elke stap of elk voorbeeld uit deze blauwdruk even goed aan bij een andere doelgroep/context, maar het kan alsnog behulpzaam zijn om bij de inrichting van het zorgproces de vragen en tips uit deze blauwdruk mee te nemen in de besluitvorming.

WAT IS EEN ZORGPAD?

Een HCV-zorgpad vormt de basis voor de organisatie van de zorg rondom een (potentiële) patiënt, in dit geval de hepatitis C patiënt. In een zorgpad is met alle betrokken zorgprofessionals vastgelegd hoe de optimale zorg voor de patiënt bereikt kan worden. Het beschrijft het zorgproces stap voor stap en geeft antwoordt op de vraag wie-doet-wat-wanneer-en-waarom, als antwoord op de zorgvraag van de patiënt[1].

Doel van een zorgpad is om de eigen zorgprocessen te optimaliseren. In het geval van de hepatitis C zorg bij mensen met een verslaving gaat het met name om de optimalisatie van de samenwerking tussen het ziekenhuis en de verslavingszorg. De uitdaging is om de informatie in het zorgpad zo goed mogelijk aan te laten sluiten bij en in te passen in de bestaande lokale werkwijze. Een goed geïmplementeerd zorgpad biedt een heldere taakverdeling, meer samenhang in de zorg, een hogere arbeidssatisfactie en een kans op (betere) monitoring van de kwaliteit van zorg. Het verbetert de kwaliteit van zorg en leidt tot meer efficiëntie.

Eigenschappen van een zorgpad zijn:

(i) Een expliciete vermelding van de doelen en de sleutelinterventies gebaseerd op evidentie, best practice en patiëntverwachtingen en kenmerken
(ii) Het faciliteren van de communicatie tussen teamleden en met patiënten en hun familie
(iii) Het coördineren van het zorgproces door het coördineren van de rollen en de opeenvolging van de activiteiten van het multidisciplinaire team, de patiënten en hun familie
(iv) Het documenteren, opvolgen en evalueren van afwijkingen en resultaten
(v) Het identificeren van de verantwoorde financiële middelen

[1] Bijvoorbeeld: https://nkp.be/zorgpaden/wat-zijn-zorgpaden

DOELEN STELLEN

De doelen kunnen zowel op het niveau van het proces als op cliëntniveau worden geformuleerd. Procesdoelen hebben te maken met het verbeteren van het zorgproces, einddoelen ofwel patiëntdoelen hebben betrekking op resultaten voor patiënten. De doelen mogen best ambitieus, maar moeten tegelijkertijd wel haalbaar zijn. Stel de doelen zo concreet en meetbaar mogelijk op. Op die manier kan geëvalueerd worden of de doelen worden behaald en kan op tijd worden bijgestuurd als de verwachtte resultaten uitblijven. Spreek bij het opstellen van de doelen direct met elkaar af op welke momenten en op welke manier elk doel geëvalueerd wordt binnen de werkgroep.

Voorbeelden van procesdoelen:

- Er zijn reguliere overlegmomenten gepland tussen verslavingszorg en ziekenhuis.
- De werkwijze van het hepatitis C-zorgproces is voldoende duidelijk beschreven.
- De afspraken in het zorgpad zijn aan betrokken medewerkers gecommuniceerd.
- De werkwijze van het hepatitis C-zorgproces is opgenomen in de reguliere werkprocessen.

Voorbeelden van einddoelen[#]:

- In XX weken/maanden is van XX% van de cliënten het risico op hepatitis C in kaart gebracht / de hepatitis C-status bekend.
- In XX weken/maanden is XX% van de hepatitis C-positieve cliënten doorverwezen naar het ziekenhuis voor behandeling / (succesvol) behandeld.

 # Het is aan te raden om binnen een afgebakende tijdseenheid met een deel van de cliënten te beginnen, om te kunnen meten en evalueren hoe de implementatie van het zorgpad verloopt. Het uiteindelijke doel zal uiteraard zijn om het risico bij alle cliënten – waarbij dat gewenst is – in kaart te brengen / de hepatitis C-status van alle cliënten vast te stellen / alle hepatitis C-positieve cliënten op te sporen / alle hepatitis C-patiënten te behandelen en voldoende op te volgen.

PLAN DO STUDY ACT-CYCLUS

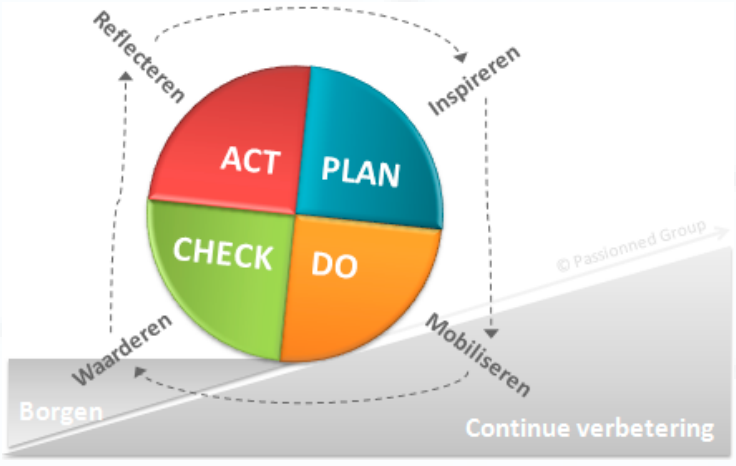
De Plan-fase
In elke planfase van een nieuwe cyclus worden op basis van een (nieuwe) uitgangssituatie (nulmeting ofwel de lokale situatie ten opzichte van de doelen) plannen gemaakt voor verbetering.
In de Plan-fase wordt antwoord gegeven op de drie vragen:
1. Wat willen we bereiken (doelen stellen)?
2. Hoe weten we dat een verandering een verbetering is (meten)?
3. Welke veranderingen kunnen we invoeren die tot een verbetering zullen leiden (veranderen)?

De Do-fase
In de Do-fase gaat de werkgroep aan de slag met een verbeteractie, vaak op kleine schaal. Dit kan zijn het gaan toepassen van een effectieve interventie op daarvoor vastgestelde tijden, een andere manier inzetten voor het sneller in zorg krijgen, of het opzetten van een systematisch screeningsysteem. Al doende registreert men gegevens om te monitoren of de gestelde doelen worden gerealiseerd.

De Study- of Check-fase
Deze fase wordt ook wel de Check-fase genoemd. In de Doorbraakprojecten gaven we de voorkeur aan de benaming Study-fase, omdat het meer is dan alleen een check of de gestelde doelen behaald zijn of niet. Op basis van resultaten reflecteer je als werkgroep op de verbeteractiviteit en borg je de verbetering. Gaat het de goede kant op (richting het gestelde doel) of moet de werkwijze worden aangepast? Het presenteren van de resultaten in grafieken kan behulpzaam zijn om de progressie op de doelen te visualiseren. Vragen die de werkgroep zich in deze fase kan stellen zijn: Waarom werd het gewenste effect wel of niet bereikt? Hoe kunnen we effecten vergroten of verbeteren? Is de verbetering klaar voor verdere verspreiding onder collega's? Wat wordt de volgende stap?

De Act-fase
In deze fase worden verdere verbeteringen ingevoerd. Protocollen worden aangepast, nieuwe verwijsmethoden herzien. De act-fase is een nieuwe do-fase.

Borging
Elke verbetering wordt geborgd (de driehoek in het plaatje die de bal steeds verder omhoog duwt).



VERANKERING VAN EEN VERANDERING

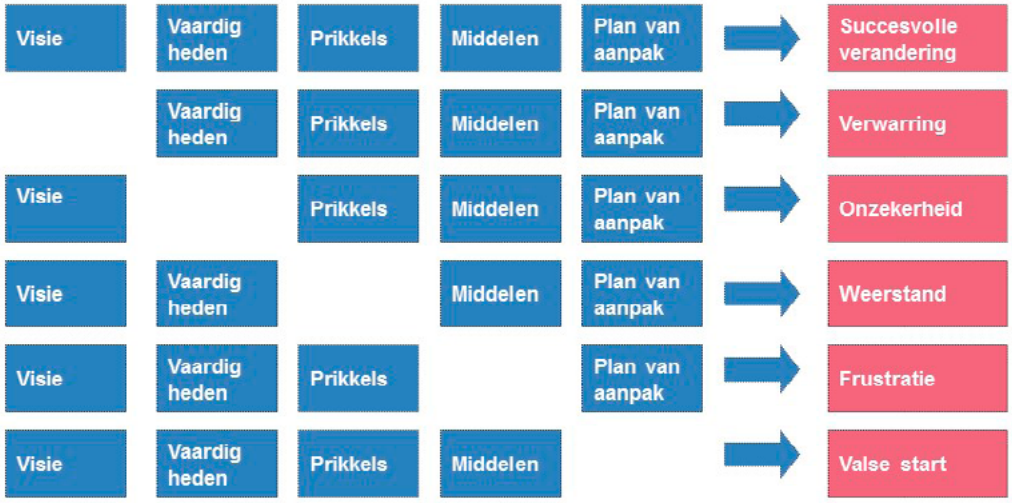
Bij verankering gaat het zowel om de procedurele verankering als om een professionele gedragsverankering.

Procedurele verankering gaat over:

- vaste afspraken
- nieuwe werkwijzen
- organisatie en coördinatie
- bevoegdheden
- financiering
- verwijsstromen
- informatie-uitwisseling
- dossiervoering

Professionele gedragsverankering gaat over het inslijten van nieuwe werkwijzen bij hulpverleners.

SCHEMA VAN LIPPITT



Lippitt M (1987). The Managing Complex Change Model. Copyright, 1987, by Dr. Mary Lippitt, Founder and President of Enterprise Management, Ltd.

WAT IS EEN ZORGPAD?

Een HCV-zorgpad vormt de basis voor de organisatie van de zorg rondom een (potentiële) patiënt, in dit geval de hepatitis C patiënt. In een zorgpad is met alle betrokken zorgprofessionals vastgelegd hoe de optimale zorg voor de patiënt bereikt kan worden. Het beschrijft het zorgproces stap voor stap en geeft antwoordt op de vraag wie-doet-wat-wanneer-en-waarom, als antwoord op de zorgvraag van de patiënt[1].

Doel van een zorgpad is om de eigen zorgprocessen te optimaliseren. In het geval van de hepatitis C zorg bij mensen met een verslaving gaat het met name om de optimalisatie van de samenwerking tussen het ziekenhuis en de verslavingszorg. De uitdaging is om de informatie in het zorgpad zo goed mogelijk aan te laten sluiten bij en in te passen in de bestaande lokale werkwijze. Een goed geïmplementeerd zorgpad biedt een heldere taakverdeling, meer samenhang in de zorg, een hogere arbeidssatisfactie en een kans op (betere) monitoring van de kwaliteit van zorg. Het verbetert de kwaliteit van zorg en leidt tot meer efficiëntie.

Eigenschappen van een zorgpad zijn:

(i) Een expliciete vermelding van de doelen en de sleutelinterventies gebaseerd op evidentie, best practice en patiëntverwachtingen en kenmerken
(ii) Het faciliteren van de communicatie tussen teamleden en met patiënten en hun familie
(iii) Het coördineren van het zorgproces door het coördineren van de rollen en de opeenvolging van de activiteiten van het multidisciplinaire team, de patiënten en hun familie
(iv) Het documenteren, opvolgen en evalueren van afwijkingen en resultaten
(v) Het identificeren van de verantwoorde financiële middelen

[1] Bijvoorbeeld: https://nkp.be/zorgpaden/wat-zijn-zorgpaden

CASE FINDING EN PRE-TESTCOUNSELINGSGESPREK

Case finding is het zoeken naar risicofactoren of (beginnende) afwijkingen bij personen die om een andere reden de zorgverlener raadplegen. Daarmee kan (het risico op) een aandoening in een vroeg stadium worden ontdekt, met als doel de prognose gunstig te kunnen beïnvloeden. Vroege opsporing en behandeling voorkomt dat iemand met hepatitis C levercirrose of –kanker ontwikkelt. Ook bij mensen waarbij cirrose al aanwezig is, kan opsporing en behandeling leiden tot een verbetering van de functie van de lever.

Het pre-testcounselingsgesprek is bedoeld om de cliënt te motiveren om zich te laten testen. Dit gesprek vindt dus plaats vóór het testen zelf. Door het geven van voldoende informatie wordt de cliënt in staat gesteld om een weloverwogen besluit te nemen zich al dan niet te laten testen.

DOELGROEP BEPALEN

Case finding op hepatitis C binnen de verslavingszorg kan zich richten op verschillende doelpopulaties:

- Alle cliënten
- Alle nieuwe cliënten
- Cliënten die nog niet eerder getest zijn
- Cliënten die in het verleden behandeld zijn (herbesmetting)
- Cliënten die in het verleden positief getest en nog niet behandeld zijn

Het zorgpad kan zich op één doelgroep richten. Maar er kan ook voor worden gekozen om verschillende doelgroepen in het zorgpad op te nemen, met elk een eigen werkwijze/zorgproces.

Het is belangrijk te beseffen dat risicogedrag – en daarmee hepatitis C – bij *alle* cliënten van de verslavingszorg kan voorkomen, en niet exclusief bij harddrugsgebruikers die injecteren of ooit geïnjecteerd hebben.

Bekijk ook de video hierover van de experts uit het Doorbraakproject op https://www.hepcverslaving.nl/toolkit/videos

MOMENTEN VOOR CASE FINDING

Voorbeelden van momenten waarop de case-finding kan plaatsvinden zijn:

- Bij de intake van nieuwe cliënten
- Bij de (half)jaarlijkse evaluatiemomenten/afspraak bij de arts
- Bij de somatische screening door verpleegkundige/verpleegkundig specialist
- Bij klinische opname
- Elk cliëntcontact benutten om de mogelijkheid van testen en behandelen van infectieziekten te bespreken
- Project-/campagnematig (een inhaalslag maken onder huidige cliënten die niet eerder getest zijn)

INDICATIES VOOR BLOEDONDERZOEK OP HCV

Volgens de RIOB (2012):

- Intraveneus gebruik (actueel of vroeger)
- Plaatsing van een illegale/onveilige tatoeage
- Toediening van bloedproducten voor 1992 in het buitenland
- Geopereerd zijn in het buitenland

Wat is risicogedrag?

Het gaat hier om gedragingen waarbij er een risico bestaat op de overdracht van infectieziekten. In het geval van hepatitis C gaat het om gedragingen waarbij er (mogelijk) sprake is van bloed-bloed contact.

Bij drugsgebruikers kan gedacht worden aan:

- het delen van spuiten en naalden
- het delen van rietjes en lepels om drugs te bereiden
- in mindere mate, het delen van crackpijpjes of rietjes door niet-injecterende drugsgebruikers

Ook algemene(re) vormen van overdracht kunnen bij drugsgebruikers voorkomen, en het is bij de screening raadzaam om – voor zover mogeijk – hiernaar te vragen:

- Via transfusie van bloed en bloedproducten (of orgaan- of weefseldonatie) in de periode vóór 1992
- Mogelijke manieren van overdracht waarbij de mate waarin ze bijdragen aan de verspreiding van hepatitis C onzeker is: prikaccidenten, accidenten waarbij lichamelijk of seksueel geweld wordt gebruikt, tatoeëren, piercen, acupunctuur, besnijdenis, het gemeenschappelijk gebruik van scheergerei, manicure-/pedicureartikelen, en het delen van tandenborstels
- Seksuele transmissie van HCV kan optreden. Dit wordt met name gezien bij hiv-positieve mannen die seks hebben met mannen (MSM). In (langdurige) heteroseksuele relaties wordt zelden overdracht van HCV waargenomen

WIE VOERT HET PRE-TESTCOUNSELINGSGESPREK

De relatie met de professional kan van invloed zijn op de motivatie van de cliënt om zich te laten testen of behandelen. Om deze reden kunnen er op individueel niveau uitzonderingen voorkomen in wie het gesprek met de cliënt voert.

Beschrijf ook wie verantwoordelijk is voor het (in)plannen van de gesprekken en het opvolgen van cliënten die niet direct gemotiveerd zijn (om te voorkomen dat de cliënt geen test krijgt aangeboden).

Het is van belang dat medewerkers die een actieve rol hebben in het motiveren, testen en begeleiden van cliënten voldoende worden getraind in motiverende gespreksvoering.

WANNEER EN WAAR VINDEN DE TESTCOUNSELINGSGESPREKKEN PLAATS

- Doorgaans volgt het pre-testcounselingsgesprek direct op de bespreking van het risicogedrag (case finding) en het post-testcounselingsgesprek direct op de bespreking van de testuitslag, in hetzelfde gesprek.
- Wanneer het niet mogelijk is het gesprek direct te voeren, of wanneer de cliënt niet direct gemotiveerd is, kan er een apart moment gepland worden om het testcounselingsgesprek (opnieuw) te voeren.
- Het (voor)bespreken van de test of de verwijzing voor behandeling kan ook plaatsvinden tijdens reguliere contactmomenten, zoals evaluatiegesprekken of somatische screening.

In alle gevallen is het belangrijk dat er voor dit gesprek een ruimte beschikbaar is waar ongestoord gesprekken gevoerd kunnen worden en waar de privacy van de cliënt gewaarborgd is.

ONDERWERPEN EN AANDACHTSPUNTEN IN HET PRE-TESTCOUNSELINGSGESPREK

- de relatie tussen het risicogedrag (nu of in het verleden) en de kans op een hepatitis C besmetting
- informatie over hepatitis C en de test
- vertrouwelijkheidsinformatie
- uitleg over welke testresultaten mogelijk zijn en wat het vervolg is bij elke uitslag

Doel van het gesprek is om de cliënt een weloverwogen keus te laten maken om zich al dan niet te laten testen op hepatitis C (en eventuele andere infectieziekten). Het is belangrijk om cliënten na dit gesprek de ruimte te geven om hierover na te denken.

Benoem in het zorgpad dat er verschillende redenen kunnen zijn voor cliënten om weerstand te hebben in dit gesprek, en geef aan hoe hiermee wordt omgegaan.

Wanneer een cliënt niet getest wil worden, dan is het belangrijk om met de cliënt af te spreken om hier op een later moment weer op terug te komen en om de reden van weigering in het dossier te noteren.

INFORMATIE VOOR CLIËNTEN

http://www.hepatitisinfo.nl/brochures/hepatitis-c/cDU775_Hepatitis-C.aspx
http://www.leverpatientenvereniging.nl/
http://mainline.nl/page/thema-nieuwsbrieven-hepatitis-c-hiv-
http://www.elpa.eu/c-my-journey
http://www.hepatitiscgids.nl/nl
https://www.mijnlever.nl/nl

SWAB- OF BLOEDTEST OP ANTISTOFFEN HCV?

Swabtest
Redenen om hiervoor te kiezen zijn dat het een snelle uitslag geeft (binnen 20 minuten) en dat niet bij alle cliënten bloed afgenomen hoeft te worden.

Bloedtest
De belangrijkste reden om voor een bloedtest te kiezen is dat met het afgenomen bloed ook direct op hepatitis B en hiv getest kan worden. Bij een bloedtest kan ook gekozen worden voor de optie van gefaseerd doortesten. *Gefaseerd doortesten* betekent dat er direct bij de antistoffentest extra bloed wordt afgenomen. Als uit de antistoffentest blijkt dat iemand positief is, kan in het laboratorium het extra bloed direct getest worden op de aanwezigheid van het virus. Zo hoeft de cliënt maar 1x geprikt te worden en is er maar 1x een gesprek over de uitslag nodig. (zie ook het document "Tips & Best practices Doorbraak-1" op www.hepcverslaving.nl/toolkit).

PCR-RNA TEST: IN DE VERSLAVINGSZORG OF HET ZIEKENHUIS?

Verslavingszorg:

- Hierbij gelden dezelfde opties als genoemd bij de antistoffen test (op de verslavingszorg locatie door een eigen medewerker, op een vz-locatie door een laborant, in het laboratorium).
- Redenen om hiervoor te kiezen zijn om het testen zo laagdrempelig mogelijk te houden voor de cliënt, omdat het gemakkelijk in te passen is in de bestaande werkwijze en om als verslavingszorg het in kaart brengen van de infectieziektestatus van de eigen cliënten in eigen hand te houden.

Ziekenhuis:

- Een reden om de PCR-RNA test in het ziekenhuis te laten plaatsvinden is dat deze test vaak standaard onderdeel uitmaakt van de diagnostiek voorafgaand aan een behandeling. Door de cliënt na een positieve antistoffentest direct naar het ziekenhuis te verwijzen, kan voorkomen worden dat deze test twee keer gedaan wordt.
- Belangrijk is om na te gaan wat de procedure rondom de diagnostiek in het ziekenhuis is, om e.e.a. goed op elkaar te kunnen laten aansluiten.
- Wordt voor testen in het ziekenhuis gekozen, dan is het belangrijk dat er afspraken gemaakt worden over de terugkoppeling van de testuitslag aan de verslavingszorg (om in het dossier te kunnen noteren).

Bekijk ook de video hierover van de experts uit het Doorbraakproject op
https://www.hepcverslaving.nl/toolkit/videos

BLOEDAFNAME

- Voordeel van bloedafname op locatie bij de verslavingszorg is dat het testen direct op het motiveren kan volgen, waardoor uitval beperkt kan worden.
- In het lab: Omdat veel cliënten angstig zijn voor naalden en de toestand van de aderen vaak slecht is, kan met het lab de afspraak gemaakt worden dat een ervaren laborant de bloedtesten uitvoert.

Andere opties zijn:

- Door een laborant op de locatie bij de verslavingszorg (los van logistieke redenen, is de privacy van cliënten soms een reden om niet voor deze optie te kiezen)
- In het ziekenhuis (in sommige gevallen bevindt het laboratorium zich in het ziekenhuis en vallen deze twee samen)
- Er zijn verslavingszorglocaties waar cliënten, op basis van individuele uitzondering, bij zichzelf bloed mogen prikken (het gaat in dit geval om een enkele ervaren injecteerder, waarbij de aderen lastig te prikken zijn)

Als testen op locatie van de verslavingszorg niet mogelijk is en de kans dat de cliënt zelf naar het laboratorium gaat klein is, kan met de cliënt een afspraak worden gemaakt om samen met een verpleegkundige/casemanager van de verslavingszorg naar het laboratorium te gaan.

Uiteindelijk gaat het erom dat de gekozen werkwijze zo goed mogelijk aansluit bij de lokale mogelijkheden en wensen van de cliënten.

Bij bloedafname in het laboratorium of het ziekenhuis:
Zorg dat er heldere procedures zijn vastgesteld voor de terugkoppeling van de testresultaten naar de verslavingszorg, zodat testuitslagen tijdig bij de juiste persoon terugkomen voor de terugkoppeling met de cliënt en in het dossier geregistreerd kunnen worden. Neem deze procedures op in het zorgpad, of verwijs naar bestaande protocollen of werkafspraken hierover.

FINANCIERING VAN DE TESTEN OP HCV

Wanneer de PCR-RNA test in de verslavingszorg plaatsvindt:
De aanschafkosten voor de swab test zullen verslavingszorginstellingen mogelijk zelf moeten betalen. Het is raadzaam uit te zoeken in hoeverre deze kosten binnen de DBC van de cliënt kunnen worden weggeschreven (onder beeldvormend onderzoek; zie kosten personele inzet).

De kosten voor bloedonderzoek (laboratoriumkosten) worden direct of via door-declareren verhaald bij de zorgverzekering van de cliënt. Deze kosten vallen onder het eigen risico. Methadoncliënten hebben hier geen last van, want zij verbruiken hun eigen risico sowieso al aan het voorschrift voor methadon. Wel kan de rekening op een ongelukkig tijdstip komen, wanneer het eigen risico nog niet op is. Een goede voorlichting/uitleg is dan essentieel (of er kan voor gekozen worden de test een (paar) maand(en) uit te stellen, zodat de rekening niet bij de cliënt terecht komt).

De kosten voor de personele inzet rondom het testen (en de case finding en counseling die hieraan vooraf gaan) vallen onder de DBC van de cliënt. Dit behoort tot beeldvormend onderzoek en wordt geschreven onder overige producten GGZ 2013 (zie BR/CU 5099, rubriek 7 en 7.3).

Wanneer de PCR-RNA test in het ziekenhuis plaatsvindt:
Over het algemeen geldt dat de kosten van deze test alleen binnen een DOT verhaald kunnen worden als de uitslag positief is en er een behandeltraject wordt gestart, of wanneer de cliënt gezien wordt door de specialist. Is de uitslag negatief, dan zullen de kosten voor deze test voor de rekening van het centrale ziekenhuisbudget komen.

TERUGKOPPELING TESTUITSLAG

Wordt de terugkoppeling van de PCR-RNA test in het ziekenhuis gedaan, dan is het aan te raden dat een verpleegkundige uit de verslavingszorg met de cliënt mee gaat naar deze afspraak.

HET POST-TESTCOUNSELINGSGESPREK

Dit is het gesprek dat plaatsvindt nádat de uitslag van de test bekend is. Dit gesprek wordt mogelijk twee keer gevoerd: één keer na de antistoffentest en één keer na de PCR-RNA test. In deze blauwdruk gaat het met name om het tweede moment, na de uitslag van de PCR-RNA test.

Er zijn twee scenario's denkbaar:

1. Goednieuwsgesprek: de testuitslag is negatief, de cliënt heeft geen hepatitis C.
2. Slechtnieuwsgesprek: de testuitslag is positief, de cliënt heeft een hepatitis C-infectie.

WIE VOERT HET POST-TESTCOUNSELINGSGESPREK

De relatie met de professional kan van invloed zijn op de motivatie van de cliënt om zich te laten testen of behandelen. Om deze reden kunnen er op individueel niveau uitzonderingen voorkomen in wie het gesprek met de cliënt voert.

Het post-testcounselingsgesprek vindt in principe plaats direct na het mededelen van de testuitslag, in hetzelfde gesprek. Wie het post-testcounselingsgesprek met de cliënt voert, hangt dus af van wie de testuitslag aan de cliënt mededeelt.

Beschrijf ook wie verantwoordelijk is voor het (in)plannen van de gesprekken en het opvolgen van cliënten die niet direct gemotiveerd zijn (om te voorkomen dat de cliënt geen behandeling krijgt aangeboden). Met name bij een positieve testuitslag zijn er mogelijk meerdere post-testcounselingsgesprekken nodig om de cliënt te begeleiden bij het verwerken van de emoties die een positieve uitslag met zich meebrengen en het accepteren van de boodschap, voordat een cliënt gemotiveerd kan worden tot behandeling.

Het is van belang dat medewerkers die een actieve rol hebben in het motiveren, testen en begeleiden van cliënten voldoende worden getraind in motiverende gespreksvoering.

WANNEER EN WAAR VINDEN DE TESTCOUNSELINGSGESPREKKEN PLAATS

- Doorgaans volgt het pre-testcounselingsgesprek direct op de bespreking van het risicogedrag (case finding) en het post-testcounselingsgesprek direct op de bespreking van de testuitslag, in hetzelfde gesprek.
- Wanneer het niet mogelijk is het gesprek direct te voeren, of wanneer de cliënt niet direct gemotiveerd is, kan er een apart moment gepland worden om het testcounselingsgesprek (opnieuw) te voeren.
- Het (voor)bespreken van de test of de verwijzing voor behandeling kan ook plaatsvinden tijdens reguliere contactmomenten, zoals evaluatiegesprekken of somatische screening.

In alle gevallen is het belangrijk dat er voor dit gesprek een ruimte beschikbaar is waar ongestoord gesprekken gevoerd kunnen worden en waar de privacy van de cliënt gewaarborgd is.

ONDERWERPEN EN AANDACHTSPUNTEN IN HET POST-TESTCOUNSELINGSGESPREK

Onderwerpen die in dit gesprek van belang zijn bij zowel een positieve als negatieve uitslag:

- een duidelijke uitleg over de testresultaten
- bespreken van veilig gedrag en preventie van overdracht

Onderwerpen die van belang zijn bij een positieve uitslag:

- vaccinatie tegen hepatitis A en B
- informatie over de behandelmogelijkheden en de verwijzing voor behandeling (wat staat de cliënt te wachten in het verdere traject)
- motiveren tot behandeling
- indien gemotiveerd: uitleg over de volgende stap (verwijzing naar het ziekenhuis voor een eerste afspraak) en toestemmingsformulier voor uitwisseling van informatie met het ziekenhuis

Geef duidelijk aan dat cliënt verwezen wordt om de behandelmogelijkheid te onderzoeken, het besluit tot behandeling ligt bij de specialist in het ziekenhuis en kan van meerdere zaken afhankelijk zijn.

Doel van het gesprek is om de cliënt te motiveren zich te laten behandelen. Let wel: het is belangrijk dat de cliënt hierover zelf een weloverwogen keus kan maken. Het is belangrijk om cliënten na dit gesprek de ruimte te geven om hierover na te denken.

INFORMATIE VOOR CLIËNTEN

http://www.hepatitisinfo.nl/brochures/hepatitis-c/cDU775_Hepatitis-C.aspx
http://www.leverpatientenvereniging.nl/
http://mainline.nl/page/thema-nieuwsbrieven-hepatitis-c-hiv-
http://www.elpa.eu/c-my-journey
http://www.hepatitiscgids.nl/nl
https://www.mijnlever.nl/nl

VERANTWOORDELIJKHEID VOOR VERWIJZING NAAR HET ZIEKENHUIS

De verantwoordelijkheid voor de doorverwijzing ligt bij de verslavingszorg, hoewel er officieel (ook) een verwijsbrief van de huisarts dient te zijn*. Het zal doorgaans de arts of verpleegkundig specialist uit de verslavingszorg zijn die het ziekenhuis informeert over de aanmelding van een nieuwe patiënt of die de patiënt ondersteunt bij het zelf maken van een eerste afspraak.

* zie de volgende pagina voor informatie over de verwijsbrief van de huisarts

VERWIJSBRIEF VAN DE HUISARTS

LET OP: ook bij een negatieve uitslag is het aan te raden om de huisarts van deze uitslag op de hoogte te brengen. Daarvoor kan in principe dezelfde opzet van de brief worden gebruikt, waarbij het verzoek om een verwijzing wordt weggelaten.

Er zijn twee scenario's mogelijk:

- Het meest voorkomende scenario is dat de verslavingszorg een brief opstelt aan de huisarts met de uitslag van het bloedonderzoek (en eventueel het complete somatische beeld naar aanleiding van de somatische screening) en het verzoek om een verwijsbrief.
- Een tweede scenario is dat het ziekenhuis contact zoekt met de huisarts en de verwijsbrief regelt nadat de patiënt door de verslavingszorg bij het ziekenhuis is aangemeld.

Het is aan te bevelen om met de huisarts af te spreken dat een kopie van de verwijsbrief aan de verslavingszorg gestuurd wordt. Zorg dat duidelijk is aan wie deze kopie gestuurd dient te worden, zodat het op de juiste plek terecht komt. In de meeste gevallen zal het gaan om de casemanager of eerstverantwoordelijke behandelaar. Een manier om dit te regelen is dat de naam van de medewerker in de verslavingszorg aan wie de kopie gestuurd kan worden, wordt opgenomen in de brief aan de huisarts waarin om de verwijzing wordt gevraagd.

Het is aan te bevelen om een standaard format voor deze brief aan de huisarts in het zorgpad op te nemen. Belangrijk onderdeel in deze brief is de vaccinatiestatus van de cliënt wat betreft hepatitis A en B.

Aanmelding van de patiënt bij het ziekenhuis kan ook via twee wegen:

- De meest voorkomende procedure is dat de verslavingszorg tegelijkertijd met de brief aan de huisarts het ziekenhuis informeert over de komst van een nieuwe patiënt.
- De andere weg is dat het ziekenhuis geïnformeerd wordt door de huisarts middels de verwijsbrief.

Leg vast op welke manier de communicatie plaatsvindt (post, fax, e-mail) en aan wie deze communicatie gericht wordt; wie het eerste aanspreekpunt is voor nieuwe patiënten in het ziekenhuis.

Maak bij elke actie zo concreet mogelijk wie verantwoordelijk is voor welke acties en communicatie. Dat voorkomt dat bepaalde acties blijven liggen en dat helder is wie waarop aangesproken kan worden op het moment dat het proces spaak dreigt te lopen.

TOESTEMMING PATIËNT

De patiënt dient twee keer toestemming te geven: bij de verslavingszorg voor gegevens uitwisseling met het ziekenhuis EN bij het ziekenhuis voor gegevens uitwisseling met de verslavingszorg.

Leg in het zorgpad vast op welk moment de toestemming van de patiënt gevraagd wordt.

- Verslavingszorg: het meest voor de hand liggende moment is wanneer de verwijzing met de patiënt besproken wordt, wat over het algemeen in het post-testcounselingsgesprek is.
- Ziekenhuis: het meest voor de hand liggende moment is bij de eerste afspraak die de patiënt in het ziekenhuis heeft.

Er kan ook voor een ander moment gekozen worden, zolang het duidelijk in het zorgpad beschreven en geborgd is wanneer dit gebeurt en waar dit wordt vastgelegd.

PLANNEN VAN DE EERSTE AFSPRAAK IN HET ZIEKENHUIS

De eerste afspraak met het ziekenhuis komt doorgaans tot stand door overleg tussen de verslavingszorg en het ziekenhuis. Daarbij is het de verantwoordelijkheid van de verslavingszorg om de afspraak met de patiënt af te stemmen en de patiënt hierover te informeren.

Het kan ook dat het ziekenhuis direct contact opneemt met de patiënt om een eerste afspraak te maken. In dat geval is het belangrijk om afspraken te maken over hoe de verslavingszorg geïnformeerd wordt over wanneer de afspraak plaatsvindt.

Deze eerste afspraak staat in het teken van kennismaking en diagnostiek om te kunnen bepalen of en wanneer de patiënt met de behandeling kan starten. Wordt besloten dat de patiënt niet direct start met de behandeling, dan zal de patiënt bij het ziekenhuis onder controle blijven om het moment waarop de behandeling gestart kan worden te bepalen.

VOORBEREIDING OP EN BEGELEIDING BIJ AFSPRAKEN IN HET ZIEKENHUIS

De verslavingszorg kan in overleg met de patiënt waar nodig ondersteuning geven om naar deze afspraak te gaan. De drempel kan voor sommige patiënten best hoog zijn.

De voorbereiding op en begeleiding bij de eerste afspraak in het ziekenhuis is een belangrijke voorwaarde voor een goede start van het behandeltraject. Meestal wordt deze voorbereiding en begeleiding gedaan door de medewerker die het dichtst bij de patiënt staat en/of de primaire behandelaar is. Het kan hier gaan om een casemanager, verpleegkundige of verpleegkundig specialist. Het is belangrijk dat deze persoon voldoende op de hoogte is van hepatitis C, de behandeling en andere aspecten die hierbij komen kijken.
Beschrijf in het zorgpad wie de patiënt op de behandeling voorbereidt en wat er in deze voorbereiding aan bod komt, zoals bijvoorbeeld:

- Met wie krijgt de patiënt straks te maken in het ziekenhuis
- Met wie is de eerste afspraak
- Wat gaat er gebeuren tijdens de eerste afspraak en eventuele vervolgafspraken tot aan de start van de behandeling
- Geef aan dat de patiënt iemand kan meenemen naar de afspraak (bijvoorbeeld een familielid, vriend(in) of – indien mogelijk – de behandelaar/verpleegkundige van de verslavingszorg)

Het kan bij de voorbereiding helpen om een folder te maken voor de patiënt, met daarop foto's van de behandelaars die de patiënt in het ziekenhuis tegen zal gaan komen.

Het is sterk aan te raden om te organiseren (en in het zorgpad te beschrijven) dat een verpleegkundige of begeleider van de verslavingszorg meegaat naar de eerste afspraak in het ziekenhuis. De patiënt krijgt tijdens de afspraak veel informatie te horen en het is vaak lastig dat allemaal in 1x te onthouden. Het is fijn voor de patiënt als er iemand vanuit de verslavingszorg mee is aan wie later vragen gesteld kunnen worden.

EERSTE AFSPRAAK/AFSPRAKEN IN HET ZIEKENHUIS

Tijdens de eerste afspraak/afspraken in het ziekenhuis kunnen de volgende stappen en onderzoeken plaatshebben:

- Kennismakingsgesprek
- Uitleg over hepatitis C, het beleid rondom de verdere diagnostiek en een eventuele behandeling
- Medische anamnese
- Nader bloedonderzoek
- Hepatitis A en B vaccinatie (indien de patiënt nog niet gevaccineerd is)
- Fibroscan, leverbiopt of echo van de lever
- Uitleg over de uitslag van het diagnostisch onderzoek
- Bespreking van besluit over behandeling

Beschrijf in het zorgpad ook duidelijk per onderdeel wie dit uitvoert en met wie de patiënt te maken heeft. Sommige afspraken of onderzoeken zullen met de medisch specialist plaatshebben, anderen met de MDL-verpleegkundige.

Kijk of het mogelijk is om alle gesprekken en onderzoeken die moeten plaatsvinden in het ziekenhuis op 1 dag/dagdeel te plannen, zodat een patiënt maar 1x naar het ziekenhuis hoeft te komen.

HET BEHANDELBESLUIT

De beslissing over de behandeling naar aanleiding van de diagnostische fase zal in overleg met de patiënt en onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist worden genomen. Daarnaast kan de verslavingszorg een rol spelen in de besluitvorming en moeten de huisarts en de verslavingszorg schriftelijk over het uiteindelijke besluit geïnformeerd worden.

Beschrijf hoe de verslavingszorg betrokken wordt:

- De casemanager/behandelaar uit de verslavingszorg kan vaak goed inschatten wat een geschikt moment is voor de patiënt om met de behandeling te starten en wat er nodig is om de patiënt zo goed mogelijk op de behandeling voor te bereiden.
- Geef in het zorgpad aan op welk moment en met wie deze afstemming plaatsvindt. Een goed moment hiervoor zijn bijvoorbeeld de reguliere afstemmingsmomenten waarin alle lopende patiënten besproken worden (zie paragraaf 1.3. Monitoring en evaluatie).

Zowel de huisarts als de verslavingszorg dienen op de hoogte te worden gebracht van het behandelbesluit. In beide gevallen zal dat (ook) via een brief gebeuren. Wat betreft het informeren van de verslavingszorg is het belangrijk om duidelijk in het zorgpad te beschrijven aan wie deze brief gericht dient te worden, zodat het door de juiste persoon op de juiste manier verwerkt kan worden in het dossier van de patiënt.

Aan te raden is om, naast de officiële communicatie aan de verslavingszorg, afspraken vast te leggen over een meer directe afstemming rondom de start van de behandeling tussen de verpleegkundige/casemanager/behandelaar van de verslavingszorg en de MDL-verpleegkundige in het ziekenhuis.

TRAJECT VOOR PATIËNTEN DIE NIET VOOR BEHANDELING IN AANMERKING KOMEN

Er kunnen redenen zijn om niet direct na de diagnostische fase in het ziekenhuis te starten met de behandeling. In principe blijft deze patiënt onder controle in het ziekenhuis totdat er een moment is waarop de behandeling gestart kan worden. In het zorgpad dient te worden opgenomen welke afspraken worden gemaakt om te voorkomen dat deze patiënt uit het zorgpad valt. Bijvoorbeeld:

- De verslavingszorg wordt op de hoogte gebracht van de reguliere controles in het ziekenhuis en vraagt hiernaar in de reguliere contacten met de patiënt.
- Er wordt een melding gemaakt van het feit dat de patiënt onder controle is op een centrale plek in het dossier van de patiënt (bijvoorbeeld in het behandelplan).

INFORMATIE OVER DE BEHANDELING IN HET ZIEKENHUIS

Doorgaans zijn er binnen het ziekenhuis standaard behandelschema's, waarin beschreven staat welke onderzoeken en afspraken wanneer plaatshebben. Het is raadzaam deze informatie in het zorgpad op te nemen.

AFSTEMMING VERSLAVINGSZORG & ZIEKENHUIS TIJDENS DE BEHANDELING

Het is belangrijk dat de verslavingszorg betrokken wordt bij de voortgang en afspraken van de hepatitis C-behandeling van de eigen patiënten. Het gaat dan bijvoorbeeld om:

- de gemaakte afspraken met de patiënt
- de uitslag van medische controles
- een eventuele bijstelling van medicatie

Ten eerste om de patiënt te kunnen ondersteunen bij het nakomen van afspraken. Ten tweede om het dossier van de patiënt te kunnen bijwerken bij bijzonderheden of testuitslagen.

Voor de informatievoorziening naar en afstemming met de verslavingszorg kunnen er verschillende soorten afspraken gemaakt worden (beschrijf in alle gevallen zo concreet mogelijk wie hierover contact heeft met wie, wanneer en op welke manier (mail, bellen, faxen, …)):

- Bij voorkeur is er in ieder geval afstemming tijdens de reguliere patiënt besprekingen (zie paragraaf 1.3. Monitoring en evaluatie)
- Op individueel niveau zijn er verschillende opties mogelijk:
  - de afspraken worden door het ziekenhuis direct met de patiënt gemaakt en vervolgens door het ziekenhuis aan de verslavingszorg gecommuniceerd
  - de verpleegkundigen van het ziekenhuis en de verslavingszorg plannen onderling de afspraken in voor de patiënt en de patiënt wordt vervolgens door de verslavingszorg geïnformeerd over de gemaakte afspraken (voor deze optie wordt soms gekozen als de patiënt veel andere (zorg)activiteiten heeft, waaronder bijvoorbeeld dagbesteding, en de verslavingszorg goede inzage heeft in de planning van de patiënt)
  - aan de start van de behandeling worden alle afspraken voor de patiënt voor de hele behandeling vooruit gepland, zodat dit maar 1 keer vastgelegd en gecommuniceerd hoeft te worden

BEGELEIDING TIJDENS DE BEHANDELING

De verpleegkundigen in de verslavingszorg zijn het best geëquipeerd voor de dagelijkse begeleiding van haar cliënten in een hepatitis C-behandeltraject. Deze begeleiding kan, afhankelijk van de wensen en behoeften van de patiënt, bestaan uit ondersteuning bij:

- de verwerking van emoties (rondom risico's, stigma en onzekerheden over de behandeluitkomst)
- leefstijlveranderingen
- nakomen van afspraken
- therapietrouw

De wijze en frequentie van begeleiding zal per patiënt individueel moeten worden bepaald, afhankelijk van de wensen en behoeften van de patiënt en afgestemd op de afspraken met het ziekenhuis. Het is goed om al vanaf het eerste moment van verwijzing aandacht te hebben voor de bespreking van de mogelijkheden en wensen tot begeleiding. De gemaakte afspraken rondom de begeleiding worden vastgelegd in het behandelplan.

Een goede begeleiding kan meerdere doelen dienen. Bijvoorbeeld:

- Voor veel patiënten blijkt de behandeling een goede opening te bieden voor gesprekken over gezondheid en het maken van leefstijlaanpassingen. Veel patiënten maken een positieve gedragsverandering door met de juiste begeleiding.
- Het is van belang dat de behandeling zo dicht mogelijk bij de situatie van de patiënt aansluit. Dit zal de toeleiding naar de behandeling en de therapietrouw door de patiënt ten goede komen. Hoe intensiever de begeleiding, hoe sneller opgemerkt zal worden wanneer bijstelling van het behandelbeleid of de gemaakte afspraken nodig is.
- Door afspraken te maken dat de medicatie onder toezicht tijdens de methadonverstrekking wordt ingenomen, kan de therapietrouw worden gestimuleerd.

In de behandelfase is het wenselijk dat patiënt begeleiding heeft vanuit zijn eigen steunsysteem. Neem in het zorgpad op dat dit bij het vaststellen van de vorm van begeleiding met de patiënt wordt overlegd. Is er geen eigen steunsysteem aanwezig, dan wordt dit in overleg met de patiënt ingezet vanuit de verslavingszorg, eventueel in samenwerking met zorgpartners.

TERUGKOPPELING EINDE BEHANDELING AAN DE HUISARTS

In principe is het de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis om de huisarts per brief op de hoogte te stellen van het einde van de behandeling, inclusief de behandeluitkomst. Bij voorkeur wordt afgesproken en in het zorgpad opgenomen dat een kopie van deze brief aan de verslavingszorg wordt gestuurd. Beschrijf zo concreet mogelijk aan wie in de verslavingszorg deze brief gericht dient te worden.

AFSTEMMING OVER (NA)CONTROLES

Er zijn twee uitkomsten van de behandeling mogelijk: de patiënt is genezen (SVR bereikt) of het virus is nog aanwezig. Met de huidige medicatie zullen (vrijwel) alle patiënten genezen zijn.

Bij genezing ligt het aan het beleid van het ziekenhuis of er nog een nacontrole plaatsvindt. In dat geval kan hierbij dezelfde werkwijze gevolgd blijven worden als bij de afstemming rondom afspraken tijdens de behandeling. Het is wel belangrijk om dit in het zorgpad vast te leggen: wie communiceert hierover met wie en op welke momenten (binnen de driehoek patiënt – ziekenhuis – verslavingszorg). Beschrijf ook eventuele uitzonderingsgevallen.

Is de behandeling niet succesvol geweest, dan blijft de patiënt onder controle in het ziekenhuis en wordt bekeken of en wanneer een nieuwe behandeling gestart kan worden. In het zorgpad wordt opgenomen hoe de communicatie tussen patiënt, ziekenhuis en verslavingszorg verloopt om te zorgen dat de patiënt bij het ziekenhuis in beeld blijft en op het juiste moment met een nieuwe behandeling gestart kan worden. Bijvoorbeeld hoe de verslavingszorg in zicht blijft houden dat de patiënt onder controle is en hoe dit verloopt:

- De verslavingszorg wordt op de hoogte gebracht van de reguliere controles in het ziekenhuis en vraagt naar de voortgang hiervan in de reguliere contacten met de patiënt
- Er wordt een melding gemaakt van het feit dat de patiënt onder controle is op een centrale plek in het dossier van de patiënt (bijvoorbeeld in het behandelplan)

BELANG EN INHOUD VAN GOEDE NAZORG

Ervaring leert dat een goede voorbereiding en extra aandacht gedurende de hepatitis C behandeling ervoor zorgt dat cliënten een positieve verandering doormaken. Deze verandering kan plaatsvinden op verschillende leefgebieden: afname van middelengebruik, verbetering van de contacten met familie of vrienden buiten de gebruikersscene, betere zelfzorg, meer regelmaat en starten of op zoek gaan naar dagbesteding of werk. Om de cliënt te ondersteunen deze veranderingen vast te houden en te bestendigen is het van belang nazorg te bieden.

Onderwerpen die binnen de nazorg aan bod kunnen komen zijn:

- Doelen van het nazorgtraject vaststellen en de cliënt ondersteunen in het behalen van deze doelen. Het gaat om persoonlijke doelen van de cliënt, bijvoorbeeld op het gebied van middelengebruik (terugvalpreventie), lichamelijke gesteldheid, zelfzorg, werk of dagbesteding, psychische gesteldheid, sociale contacten, intimiteit en seksualiteit, toekomstverwachtingen, etc.
- Vasthouden van positieve leefstijlveranderingen
- Voorlichting over en beperken van de risico's op herbesmetting
- Vaardigheden aanleren, oefenen en toepassen
- Zelfhulp of groepsgesprekken
- Sociale netwerk (steunsysteem) mobiliseren of uitbreiden

In overleg met de cliënt – en naar de mogelijkheden van de verslavingszorg – kunnen mogelijk ook andere doelen van de nazorg worden vastgesteld.

HET WIE EN HOE VAN DE NAZORG

De wijze en frequentie van de nazorg zal per cliënt individueel moeten worden bepaald, afhankelijk van de wensen en behoeften van de cliënt en de mogelijkheden van de verslavingszorg. Het is aan te raden om al voor het eind van de behandeling het gesprek aan te gaan over de mogelijkheden en wensen tot nazorg. De gemaakte afspraken rondom de nazorg worden vastgelegd in het behandelplan.

Bij voorkeur wordt gekozen voor een vorm/frequentie van nazorg waarbij geleidelijk wordt afgebouwd tot de normale frequentie van contact en begeleiding binnen de behandeling van de verslavingszorg. Dit om te voorkomen dat de cliënt in een gat valt.

Het ligt het meest voor de hand dat de medewerker die de cliënt tijdens de behandeling heeft begeleid ook de begeleiding in de nazorg doet. Stel dit vast in het zorgpad, of beschrijf wie dit doet indien hier zich afwijkingen in voordoen.

Juist ook in de nazorgfase is het wenselijk dat de cliënt begeleiding heeft vanuit zijn eigen steunsysteem en dat dit verder versterkt wordt op het moment dat de professionele begeleiding afneemt. Neem in het zorgpad op dat dit bij het vaststellen van de vorm van nazorg met de cliënt wordt overlegd en dat gezamenlijk wordt bekeken wat er nodig is om dit te organiseren.