



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Hepatitis B-

Hepatitis B-vaccinatieprogramma

vaccinatie-

programma

voor de risicogroep druggebruikers



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Hepatitis B-vaccinatieprogramma voor de risicogroep druggebruikers

RIVM Rapport 205061001/2011

Colofon

© RIVM 2012

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: 'Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave'.

In samenwerking met
Trimbos-instituut
Postbus 725 | 3500 AS Utrecht
www.trimbos.nl

Femke de Vries

Met dank aan:
Anouk de Gee en Agnes van der Poel
Trimbos-instituut

Meer informatie:
Met vragen kunt u terecht bij het programmateam van het Vaccinatieprogramma
hbvprogramma@rivm.nl | 030 274 7000

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van Marlies van Dam, Iris van Ouwkerk, Paul van Beek en Anouk Urbanus, coördinatoren Vaccinatieprogramma hepatitis B-
risicogroepen, RIVM, Centrum Infectieziektebestrijding.

Rapport in het kort

Vaccinatieprogramma hepatitis B-risicogroepen voor de risicogroep druggebruikers

Vanaf 2012 is de hepatitis B-vaccinatie voor druggebruikers geen publieke taak meer van de GGD. Tussen 2002 en 2011 is deze vaccinatie collectief uitgevoerd vanuit het vaccinatieprogramma dat was ingesteld voor groepen die een hoog risico hebben om dit virus op te lopen. Dankzij dit vaccinatieprogramma en andere ontwikkelingen op het gebied van het druggebruik, komt hepatitis B onder harddruggebruikers nauwelijks meer voor. Het RIVM heeft daarop besloten om dit vaccinatieprogramma te stoppen en nieuwe druggebruikers vanaf 2012 niet meer als groep te vaccineren. De vaccinatie van nieuwe druggebruikers die risico lopen het virus te krijgen wordt individuele zorg voor de verslavingszorginstellingen en wordt dan door hen zelf uitgevoerd.

Om de verslavingszorg te ondersteunen bij deze nieuwe vaccinatiewijze, heeft het Trimbos-instituut geïnventariseerd welke factoren bijdragen aan een effectieve uitvoering en organisatie. Het Trimbos-instituut heeft het onderzoek uitgevoerd in opdracht van het RIVM, dat verantwoordelijk is voor de landelijke coördinatie van het vaccinatieprogramma hepatitis B-risicogroepen.

Er blijken echter geen algemeen geldende succesfactoren aan te wijzen. Dat komt doordat de elf verslavingszorginstellingen het vaccinatieprogramma voor druggebruikers op uiteenlopende wijze hebben georganiseerd en uitgevoerd. Sommige instellingen voerden het vaccinatieprogramma zelf uit, bij andere bood de GGD de vaccinaties aan. Behalve verschillen tussen instellingen, blijken er ook grote verschillen binnen instellingen te bestaan. Wat werkt is afhankelijk van de specifieke regionale of lokale situatie en de manier waarop een instelling intern wordt aangestuurd. Vooral binnen geografisch grote instellingen die te maken hebben met meerdere GGD'en zijn er locaties die als 'eilandjes' opereren.

Om de verslavingszorg toch handvatten te geven worden enkele aanbevelingen gegeven. Bijvoorbeeld met welk tijdpad de serie vaccinaties moeten worden toegediend en hoe wordt toegezien op een tijdige toediening van de vervolgvaccinaties. Voor het onderzoek zijn uitvoerders van het vaccinatieprogramma tussen april en juli 2011 geïnterviewd over hun ervaringen met het vaccinatieprogramma van de afgelopen jaren.

Trefwoorden:

Hepatitis B, vaccinatie, druggebruikers, drugs, infectieziekte

Abstract

Hepatitis B vaccination programme for risk groups: drug user risk group.

From 2012 onwards, the hepatitis B vaccination for drug users will no longer fall under the responsibility of the Municipal Health Services (GGD). From 2002-2011 this vaccination has been collectively administered under the vaccination programme initiated for people at high risk of contracting the virus. The result of this vaccination programme - and other developments in the area of drug use - is that hepatitis B now hardly occurs at all among hard drug users. Subsequently, the National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) has decided to discontinue this vaccination programme and not offer hepatitis B vaccination as a risk group vaccination to new drug users from 2012 onwards. The vaccination of new drug users at risk of contracting the virus will fall under the responsibility of individual care as given by the addiction treatment centres and administered by them.

In order to support the addiction services in this new vaccination task, the Trimbos institute has systematically documented which factors may contribute to an effective organization and implementation of the vaccination programme. The Trimbos institute was commissioned by the RIVM to carry out this study. The RIVM is responsible for the national coordination of the vaccination programme for hepatitis B risk groups.

The result of the study is that there do not appear to be any generally applicable success factors. This is due to the fact that the eleven addiction centres in the Netherlands have all organized and implemented the vaccination programme for drug users in different ways. Some centres ran the vaccination programme themselves and others were assisted by their GGD who administered the vaccinations. Apart from differences between centres, there also appeared to be large differences within the addiction centres themselves. The level of success depends on the specific regional or local situation and the way in which a centre is managed internally. Some locations, especially centres that are geographically large where more than one GGD is involved, were found to be functioning as 'islands'.

In order to assist the addiction services by providing some advice, a few recommendations can be made. For example, with regard to the time schedule in which the series of vaccinations must be administered and how to monitor the process of giving follow-up vaccinations on time.

For this study, the implementers of the vaccination programme were interviewed between April and July 2011 regarding their experiences with the programme in recent years.

Key words:

Hepatitis B, vaccination, drug users, drugs, infectious disease

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksrapport naar de organisatie en uitvoering van het hepatitis B-vaccinatieprogramma voor de risicogroep druggebruikers in 2011. In het kader van een beleidswijziging heeft het CIb besloten om per 1 januari 2012 druggebruikers niet langer te vaccineren binnen het hepatitis B-vaccinatieprogramma voor gedragsgebonden risicogroepen. Het vaccineren van druggebruikers komt hiermee binnen de individuele zorgverlening van de verslavingszorg te vallen. Het Trimbos-instituut is gevraagd in kaart te brengen hoe het vaccinatieprogramma op dit moment (2011) in de verslavingszorg georganiseerd is.

De opbouw van het rapport is als volgt: allereerst wordt in de inleiding achtergrondinformatie gegeven die betrekking heeft op het hepatitis B-vaccinatieprogramma, de recente beleidswijziging en het huidige onderzoek. Vervolgens worden in de methoden het doel van het onderzoek en de verschillende deelvragen beschreven. Daarna worden de resultaten besproken die afkomstig zijn uit de interviews en het werkseminar. Aan deze resultaten zijn vervolgens conclusies verbonden, waarna in de discussie een aantal knelpunten in de totstandkoming van dit onderzoek worden beschreven. Tot slot is een aantal actiepunten beschreven die de kans op een optimale uitvoering van hepatitis B-vaccinatie in de verslavingszorg vanaf 2012 kunnen vergroten. Het onderzoek sluit af met een blik op de toekomst.

Middels deze weg wil ik alle elf verslavingszorginstellingen bedanken voor hun bijdrage aan het onderzoek. De gastvrijheid tijdens het afleggen van de werkbezoeken en het enthousiasme waarmee mensen aan de interviews deelnamen, hebben er voor gezorgd dat we een goed beeld hebben gekregen over de gang van zaken in de verslavingszorg.

Daarnaast gaat mijn dank uit naar iedereen die heeft deelgenomen aan het werkseminar. De kritische stem vanuit het werkveld en de input die is geleverd door mensen vanuit verschillende instellingen is zeer zinvol geweest bij het onderzoek.

Verder wil ik mijn stagebegeleiders Agnes en Anouk hartelijk danken voor de fijne stageperiode. Zij hebben me de afgelopen maanden zeer goed begeleid om mijn infectieziektekennis toe te passen in een 'verslavingszorg-jasje'. Daarbij kon ik altijd bij hen binnenlopen voor advies, tips en feedback, maar ook voor een gezellig praatje.

Aansluitend wil ik mijn VU-begeidster Marjan Westerman bedanken voor haar betrokkenheid tijdens het schrijfproces en haar vakinhoudelijke feedback. Ik wil Marlies van Dam en Iris van Ouwkerk van het CIb bedanken voor de prettige samenwerking. Ik heb veel gehad aan de maandelijkse besprekingen, waarin zij hebben meegedacht over de opzet en totstandkoming van het rapport.

Tot slot hoop ik dat dit onderzoeksrapport een zinvolle bijdrage levert aan de overgang van een collectief vaccinatieprogramma van het RIVM naar een individueel vaccinatieaanbod voor druggebruikers binnen de verslavingszorg.

Inhoud

Samenvatting—	11
Achtergrond—	11
Aanleiding onderzoek—	11
Methoden—	11
Resultaten—	11
Conclusie—	12
Actiepunten—	12
Toekomst—	12

1 Inleiding—13

1.1	Achtergrond vaccinatieprogramma—	13
1.2	Uitvoeren hepatitis B-vaccinaties—	14
1.3	Beleidswijziging druggebruikers—	15
1.4	Het huidige onderzoek—	16

2 Methoden—19

2.1	Doel en onderzoek—	19
2.2	Dataverzameling—	19
2.3	Procedure interviews—	21
2.4	Procedure werkseminar—	22

3 Resultaten interviews—25

3.1	Doelgroep druggebruikers—	25
3.2	Locaties—	26
3.3	Vaccineren—	27
3.4	Bloedafname prevaccinatiescreening—	29
3.5	Landelijke registratie van de vaccinaties—	30
3.6	Succesfactoren—	31
3.7	Belemmerende factoren—	33
3.8	Toekomst—	34

4 Resultaten werkseminar—37

4.1	Scenario 1: Niets doen—	37
4.2	Scenario 2: Alleen campagnematig—	39
4.3	Scenario 3: Alleen binnen de intake—	41
4.4	Scenario 4: Binnen de intake & campagnematig—	43
4.5	Over de doelgroep(definitie)—	43
4.6	Overige opmerkingen—	44

5 Conclusie en discussie—47

5.1	Conclusie—	47
5.2	Discussie—	49

6. Slotwoord—52

7 Actiepunten—53

7.1	Wijs een voortrekker/coördinator aan—	53
7.2	Leg de uitvoering van hepatitis B-werkprocessen vast in een beleidsplan/werkplan—	53
7.3	Leg het aantal beschikbare uren vast die specifiek aan hepatitis B-vaccinatie besteed kunnen worden—	54
7.4	Bied vaccinatie aan binnen breder infectieziekten-/somatiek aanbod—	54

7.5 Voer het hepatitis B-vaccinatieaanbod uit met meerdere personen—55

7.6 Zorg voor een heldere, transparante registratie—55

Literatuur—57

Bijlage 1: Brief Beleidswijziging vaccinatieprogramma hepatitis B-risicogroepen
doelgroep druggebruikers d.d. 26 januari 2011—59

Bijlage 2: Brief aan GGD-coördinatoren Beleidswijziging druggebruikers – stand van
zaken d.d. 7 juni 2011—63

Bijlage 3: Vragen interviews—65

Bijlage 4: Resultaten in tabel—69

Bijlage 5: Vragen bij bespreking scenario's—71

Bijlage 6: Vragen uit de RIOB in het kader van infectieziekten—73

Bijlage 7: Tijdsinvestering hepatitis B-vaccinatie handelingen—75

Samenvatting

Achtergrond

Sinds 2002 bestaat er het vaccinatieprogramma hepatitis B-risicogroepen. Binnen dit programma krijgen mensen uit bepaalde risicogroepen gratis vaccinaties aangeboden tegen het hepatitis B-virus, omdat zij gezien hun levensstijl een verhoogd risico lopen op hepatitis B. Druggebruikers zijn één van de doelgroepen. De coördinatie van het programma ligt bij het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM.

Aanleiding onderzoek

Het CIb van het RIVM heeft begin 2011 op basis van epidemiologische gegevens besloten druggebruikers per 1 januari 2012 niet meer te vaccineren binnen dit programma. Het CIb heeft daarbij de wens uitgesproken dat vaccinatie van individuele druggebruikers geïntegreerd wordt binnen de verslavingszorg. Naar aanleiding van deze beleidswijziging heeft het Trimbos-instituut de opdracht van het CIb gekregen om onderzoek te doen naar de stand van zaken van het huidige vaccinatieprogramma binnen de verslavingszorg. De centrale onderzoeksvraag luidt: *Hoe is het hepatitis B-vaccinatieprogramma voor de risicogroep druggebruikers, in 2011, in de verslavingszorg georganiseerd, en hoe wordt het uitgevoerd?*

Methoden

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag, is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd in twee fasen:

1. Face-to-face-interviews tijdens werkbezoeken en telefonische interviews. In totaal zijn veertien semigestructureerde interviews afgenomen onder zeventien medewerkers, onder wie artsen, coördinatoren en (aandachts)verpleegkundigen. De interviews zijn geanalyseerd met behulp van het softwareprogramma MaxQDA.
2. Een werkseminar. Er is een werkseminar georganiseerd waarin op basis van de resultaten van de interviews vier mogelijke scenario's voor het vaccinatieprogramma in de toekomst zijn geschetst. Met de in totaal 29 aanwezige deelnemers, waaronder 24 medewerkers uit de verslavingszorg, zijn de vier scenario's verder geëxploreerd.

Resultaten

Uit de verzamelde gegevens, afkomstig uit de interviews en het werkseminar, komt naar voren dat bij vier van de elf instellingen het hepatitis B-vaccinatieprogramma op alle locaties, consequent en op een systematische wijze wordt uitgevoerd. Bij vier instellingen wordt het programma wel uitgevoerd maar blijkt er een versnippering te zijn in de uitvoering; hier wordt niet op alle locaties, al dan niet op een eenduidige manier, gevaccineerd óf het is onduidelijk of op alle locaties wordt gevaccineerd. Binnen drie instellingen wordt het programma ten tijde van het onderzoek niet of nauwelijks uitgevoerd.

De belangrijkste verschillen bestaan op het gebied van de taakverdeling tussen de verslavingszorg en de GGD. Iedere instelling kent een andere taakverdeling aangaande vaccineren, bloedafname en registreren in het landelijke systeem. Succesfactoren die bijdragen aan het slagen van het programma zijn: een gemotiveerde voortrekker, schriftelijke vastlegging van werkafspraken, een korte lijn met de GGD en uitgebreide compliance- en wervingsactiviteiten. Factoren die de uitvoering van het programma belemmeren zijn: gebrek aan uren en/of mankracht, onvoldoende draagvlak vanuit het management en het gebrek aan een instellingbreed hepatitis B-vaccinatiebeleid.

Conclusie

Geen twee instellingen hanteren een exact zelfde uitvoering van het hepatitis B-vaccinatieprogramma voor druggebruikers. De verschillen zijn met name te vinden in hoe en door wie de verschillende handelingen (bijvoorbeeld vaccineren, bloedafname, registreren) van het programma worden uitgevoerd. Welke vorm van uitvoering werkt is afhankelijk van de specifieke regionale/lokale situatie en de interne structuren van een instelling. Naast verschillen tussen instellingen blijken er ook grote verschillen binnen instellingen te bestaan in de uitvoering van het programma. Dit geldt met name binnen geografisch grote instellingen met diverse locaties en diverse GGD-regio's, waarbij soms als kleine 'eilandjes' wordt geopereerd. Op basis van de in een werkseminar besproken voor- en nadelen spraken de meeste aanwezigen de voorkeur uit voor scenario's waarin de vaccinatie binnen de intake- en evaluatiemomenten van de Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB) wordt ingebed.

Actiepunten

De grote verschillen in de organisatie en uitvoering van het programma tussen en binnen de instellingen maken het onmogelijk om 'de gouden standaard' te beschrijven die bij landelijke toepassing een optimale uitvoering van het aanbod garandeert. Wel is het mogelijk om op basis van de verzamelde gegevens een aantal actiepunten te beschrijven, die de kans op een optimale uitvoering kunnen vergroten:

- Wijs een voortrekker/coördinator aan in de aansturing van het hepatitis B-vaccinatieaanbod.
- Leg de uitvoering van hepatitis B-werkprocessen vast in een beleidsplan/werkplan.
- Leg het aantal beschikbare uren vast die specifiek aan hepatitis B-vaccinatie besteed kunnen worden.
- Bied vaccinatie aan binnen breder infectieziekten-/somatiek-aanbod.
- Voer het hepatitis B-vaccinatieaanbod uit met meerdere personen.
- Zorg voor een heldere, transparante registratie van de gevaccineerde druggebruikers.

Toekomst

Het besluit van het CIb om druggebruikers per 1 januari 2012 niet langer te vaccineren binnen het programma roept een aantal vragen en kwesties op. Zo rijst de vraag hoe de hepatitis B-vaccinatie voor druggebruikers in 2012 in de verslavingszorg wordt geborgd, hoe de nieuwe doelgroepdefinitie (nieuwe heroïnespuiters) zal worden gehanteerd en hoe dit wordt gefinancierd? Antwoorden op deze vragen zullen het komende half jaar moeten worden beantwoord door GGZ Nederland en het RIVM.

1 Inleiding

Sinds 2002 bestaat er het vaccinatieprogramma hepatitis B-risicogroepen. Dit vaccinatieprogramma is tot stand gekomen naar aanleiding van het advies van de Gezondheidsraad in 1983 en in 1996 over vaccinatie tegen het hepatitis B-virus in Nederland. De Gezondheidsraad adviseerde onder andere om mensen uit bepaalde doelgroepen gratis vaccinatie aan te bieden tegen het hepatitis B-virus, omdat zij gezien hun levensstijl een verhoogd risico lopen op hepatitis B. Deze gedragsgebonden risicogroepen zijn: mannen die seks hebben met mannen (MSM), prostituees en druggebruikers (en tot november 2007 heteroseksuelen met wisselende contacten).

Voor de doelgroep druggebruikers adviseerde de Gezondheidsraad om intraveneuze druggebruikers gratis vaccinatie aan te bieden. Binnen het hepatitis B-vaccinatieprogramma wordt een bredere definitie gehanteerd, namelijk druggebruikers met huidig harddruggebruik of gebruik van harddrugs in het verleden (met name intraveneus druggebruik), die gebruikmaken van de laagdrempelige verslavingszorg en -opvang. Er waren verschillende redenen voor deze verbreding van de doelgroep. Ten eerste heeft het te maken met een praktische overweging om de doelgroep druggebruikers te benaderen via de laagdrempelige verslavingszorg en -opvang. Daarnaast vindt incidenteel spuiten ook plaats onder de groep rokende druggebruikers en druggebruikers geven niet altijd toe dat ze injecteren. Ten slotte wordt het risico op een hepatitis B-infectie ook vergroot door seksueel risicogedrag dat relatief vaak voorkomt onder de doelgroep harddruggebruikers (Hoogenboezem et al., 2008, Nationale Drug Monitor, 2009).

Het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM, waar het vaccinatieprogramma sinds 2009 is ondergebracht, heeft begin 2011 op basis van epidemiologische gegevens besloten druggebruikers per 1 januari 2012 niet meer te vaccineren binnen dit programma (zie brief d.d. 26 januari 2011, Bijlage 1). Het CIb heeft daarbij de wens uitgesproken dat vaccinatie van individuele druggebruikers geïntegreerd wordt binnen de verslavingszorg. Naar aanleiding van deze beleidswijziging heeft het Trimbos-instituut de opdracht van het CIb gekregen om onderzoek te doen naar de stand van zaken van het huidige vaccinatieprogramma binnen de verslavingszorg. De bevindingen van dat onderzoek zijn in dit rapport beschreven.

Voordat we overgaan tot beschrijving van het onderzoek, de resultaten en conclusies zal hier eerst kort de achtergrond van dit onderzoek worden beschreven. Achtereenvolgens komen aan bod de achtergrond en uitvoering van het vaccinatieprogramma hepatitis B-risicogroepen, de recente beleidswijziging, de aanleiding van dit onderzoek en de opbouw van dit rapport.

1.1 Achtergrond vaccinatieprogramma

Na een succesvol pilot-project in 1998 is vaccinatie voor de gedragsgebonden risicogroepen in november 2002 gestart onder leiding van GGD Nederland als landelijke vaccinatiecampagne hepatitis B-risicogroepen. De GGD'en kregen de regionale coördinatietaken toegewezen en middels outreachende activiteiten en samenwerking met verschillende ketenpartners (justitiële inrichtingen, uitgaansgelegenheden en verslavingszorg) werd getracht de doelgroepen zo goed mogelijk te bereiken voor vaccinatie.

De campagne zou in eerste instantie een tijdelijk karakter hebben. In 2006 is de campagne geëvalueerd en is er besloten tot voortzetting van het vaccinatieaanbod en de outreachende activiteiten om de vaccinatiegraad binnen de verschillende doelgroepen te verhogen. Per 1 januari 2009 werd de coördinatie overgedragen van GGD Nederland naar het CIB van het RIVM. Tegelijk met deze overgang werd de vaccinatiecampagne een vaccinatieprogramma en werd vaccinatie voor gedragsgebonden risicogroepen een structureel onderdeel van de GGD-praktijk.

In 2007 werd naar aanleiding van een expertmeeting besloten dat heteroseksuelen met wisselende contacten niet langer gevaccineerd zouden worden binnen het programma en de activiteiten gericht op jonge MSM werden geïntensiveerd (CIB, 2009). Vaccinatie voor druggebruikers en prostituees werd onveranderd voortgezet, ondanks een lage incidentie van acute hepatitis B-infecties. Argumenten waren dat het verhoogde risico op een hepatitis B-infectie blijft bestaan, omdat het percentage dragerschap nog steeds hoger ligt binnen deze groepen in vergelijking met de algemene bevolking.

Tot nu toe heeft de Gezondheidsraad in Nederland geadviseerd alleen risicogroepen te vaccineren, in plaats van het aanbieden van universele vaccinatie zoals de Wereld Gezondheidsorganisatie aanbeveelt. De reden hiervoor was dat de hepatitis B-prevalentie in Nederland erg laag ligt. In 2009 heeft de Gezondheidsraad opnieuw advies uitgebracht voor het invoeren van universele vaccinatie tegen hepatitis B in Nederland (Gezondheidsraad, 2009). Het advies was zuigelingen te vaccineren, met daarnaast een inhaalcampagne bij twaalfjarigen om zodoende de prevalentie van hepatitis B in Nederland verder omlaag te brengen. De minister van Volksgezondheid heeft vervolgens besloten om vaccinatie tegen hepatitis B per 1 januari 2012 op te nemen in het Rijksvaccinatieprogramma voor zuigelingen, maar geen inhaalslag te maken bij twaalfjarigen (Brief Rijksoverheid, d.d. 22 juli 2010).

Ondanks de invoering van universele vaccinatie blijft de risicogroepenbenadering relevant om de personen die tot deze risicogroep behoren te blijven beschermen, totdat ook deze groepen bereikt worden door universele vaccinatie. De verwachting is dat dit twintig tot veertig jaar na de start van universele vaccinatie relevant zal blijven (Gezondheidsraad, 2009; Gervais et al., 2008).

1.2 Uitvoeren hepatitis B-vaccinaties

Hepatitis B-vaccins hebben door de jaren heen hun veiligheid en effectiviteit bewezen. Uit onderzoek blijkt dat 96% van volledig gevaccineerde volwassenen (drie vaccinaties), langdurig en hoogstwaarschijnlijk levenslang beschermd is tegen hepatitis B (Isken et al., 2009).

Voor het uitvoeren van het programma bestaat er een standaard vaccinatieschema. In Figuur 1 worden stapsgewijs de te ondernemen acties aangegeven, afhankelijk van de bloedsuitslagen. Het schema geeft aan dat het hepatitis B-vaccin bestaat uit drie injecties, welke worden gegeven op het tijdstip 0, 1 en 6 maanden. Hierbij gelden de volgende minimumintervallen als richtlijn:

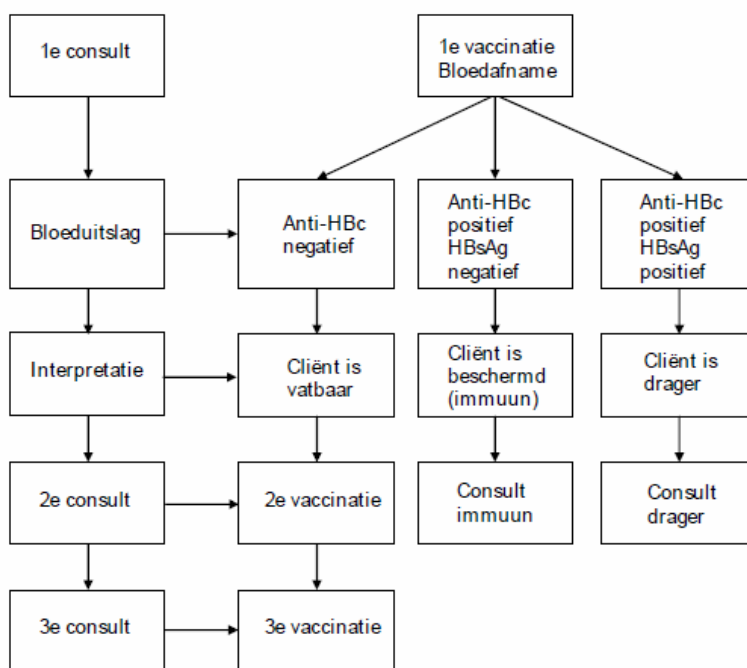
- tussen de eerste en de tweede vaccinatie minstens drie weken;
- tussen de tweede en de derde vaccinatie minstens vijf maanden.

Er gelden geen maximumintervallen, de serie kan altijd worden afgemaakt. Bij het voorkomen van langere intervallen hoeven de vaccinaties niet opnieuw te worden gegeven.

Tijdens het eerste consult wordt de eerste vaccinatie gezet en tevens bloed afgenomen voor screening op virale antigenen (anti-HBc). Wanneer met deze

prevaccinatiescreening anti-HBc niet worden aangetoond (negatief), en de druggebruiker dus vatbaar is voor het virus, is het zinvol dat de vaccinatieserie wordt afgemaakt. Wanneer de druggebruiker anti-HBc positief blijkt, betekent dit dat de druggebruiker al eerder met het hepatitis B-virus in aanraking is geweest. In dit geval wordt in het laboratorium direct HBsAg bepaald. Deze waarde geeft aan of de druggebruiker de infectie in het verleden al heeft doorgemaakt en immuun is geworden (HBsAgneg) of dat deze persoon het virus nog steeds bij zich draagt en besmettelijk is voor anderen (HBsAgpos) (chronisch dragerschap).

Tijdens het tweede consult wordt de uitslag van het bloedonderzoek met de druggebruiker besproken. Op basis van deze uitslag wordt al dan niet de tweede vaccinatie gegeven. Omdat het hepatitis B-vaccinatieprogramma als doel heeft om binnen een bepaalde doelgroep groepsimmunitet te bereiken, wordt er vanuit het programma geen postvaccinatiescreening na de derde vaccinatie gedaan (CIb, 2009).



Figuur 1. Vaccinatieschema uit Draaiboek vaccinatie programma hepatitis B-risicogroepen, 2009

1.3 Beleidswijziging druggebruikers

Het CIb heeft na overname van het vaccinatieprogramma hepatitis B-risicogroepen een aantal zaken binnen het programma onder de loep genomen. Eén van de dingen die opviel was dat het aantal eerste vaccinaties aan druggebruikers dalende was. Daarom heeft het CIb in 2010 opdracht gegeven tot een onderzoek waarin werd gekeken of de vaccinatiestrategie nog voldeed om de initiële doelstelling van het programma, verminderen van transmissie van hepatitis B in de doelgroep, te behalen. De uitkomsten en aanbevelingen vanuit dit onderzoek zijn in september 2010 besproken in een expertmeeting.

Op basis van de uitkomsten van deze expertmeeting en moleculaire epidemiologische gegevens heeft het CIb begin 2011 besloten om druggebruikers per 1 januari 2012 niet meer binnen het vaccinatieprogramma hepatitis B-risicogroepen te vaccineren. In Bijlage 2 is de brief opgenomen waarmee het CIb betrokkenen (verslavingszorg,

GGD'en en VWS) op de hoogte heeft gebracht van deze beleidswijziging. In deze brief staat een uitgebreide onderbouwing voor de beleidswijziging beschreven. Tevens geeft het CIb in deze brief aan dat vaccinatie van individuele druggebruikers als onderdeel van de individuele zorg vanuit de verslavingszorg wenselijk is.

Naar aanleiding van deze brief is er overleg geweest tussen het CIb/RIVM, het Netwerk Verslavingszorg van GGZ Nederland, GGD Nederland en het Trimbos-instituut. Tijdens dit overleg zijn GGZ Nederland en het CIb overeengekomen dat hepatitis B-vaccinatie van (ooit) intraveneus druggebruikers valt binnen de individuele zorgverlening vanuit de verslavingszorg. Een uitgebreidere terugkoppeling uit dit overleg, met de consequenties hiervan voor de situatie per 1 januari 2012, is terug te vinden in de brief aan GGD-coördinatoren van 7 juni 2011 (zie Bijlage 2). Inmiddels heeft het Netwerk Verslavingszorg (GGZ Nederland) besloten dat vaccinatie van individuele druggebruikers vanaf 2012 onder de zorgplicht van de verslavingszorginstellingen komt te vallen. Vaccinatie van nieuwe heroïnespuiters zal worden opgenomen binnen een behandelprotocol. Gedurende het onderzoek hebben we de ontwikkelingen op de voet gevolgd en waar mogelijk en relevant deze ontwikkelingen meegenomen binnen de uitvoering van het onderzoek.

1.4 Het huidige onderzoek

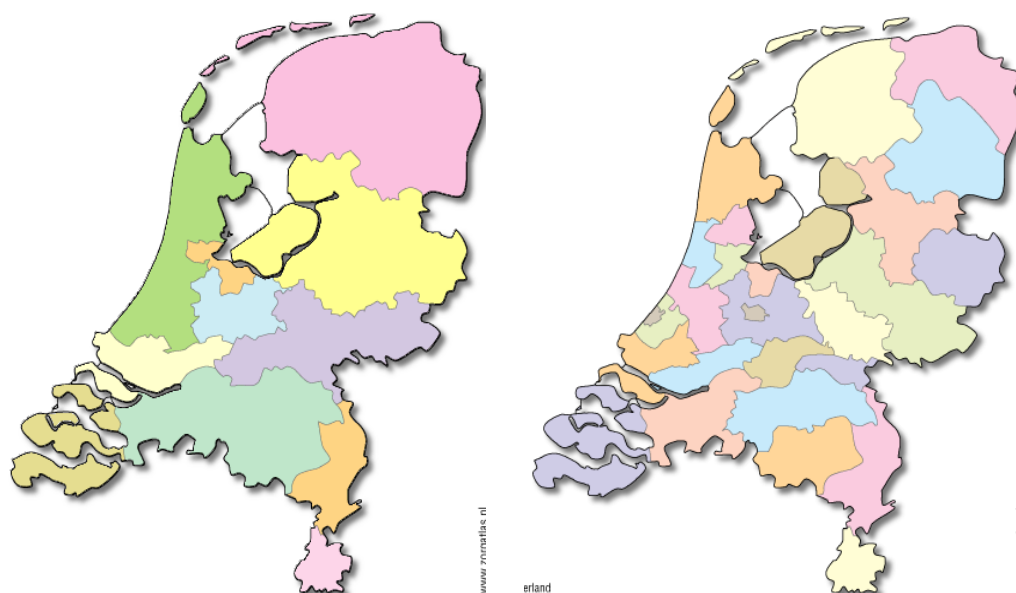
Door deelnemers van de expertmeeting in september 2010 is geadviseerd om een onderzoek uit te voeren naar de huidige stand van zaken van het programma binnen de verslavingszorg. Het CIb heeft naar aanleiding daarvan het Trimbos-instituut de opdracht gegeven een onderzoek uit te voeren met als centrale vraagstelling: *Hoe is het hepatitis B-vaccinatieprogramma voor de risicogroep druggebruikers, in 2011, in de verslavingszorg georganiseerd, en hoe wordt het uitgevoerd?*

De coördinatietaak van de uitvoering van het programma ligt bij de GGD'en. In veel regio's werkt de GGD samen met de verslavingszorg met betrekking tot de doelgroep druggebruikers. Binnen dit onderzoek is gekeken naar de manier waarop deze samenwerking is vormgegeven en met name naar de rol die de verslavingszorg heeft binnen de uitvoering van het programma.

De Nederlandse verslavingszorg bestaat uit elf instellingen. Elke instelling heeft een bepaald verzorgingsgebied met daarbinnen verschillende (fysieke) locaties van waaruit zorg wordt geboden. Het verzorgingsgebied van de meeste instellingen strekt zich uit over meerdere GGD-regio's, waardoor de verschillende locaties van de instelling niet allemaal onder één GGD vallen. De coördinatie van het vaccinatieprogramma binnen het verzorgingsgebied van één instelling ligt dus vaak bij meerdere GGD'en. Dat maakt de samenwerkingsstructuren complex, omdat elke gemeente haar eigen lokale situatie/omstandigheden met zich meebrengt. De kaarten in Figuur 2 maken de complexiteit van deze situatie inzichtelijk. Hierin is te zien dat er meerdere GGD'en binnen het verzorgingsgebied van één verslavingszorginstelling vallen, maar ook dat een GGD in sommige gevallen met twee verschillende verslavingszorginstellingen te maken heeft binnen de eigen regio.

Bij het onderzoek zijn alle elf verslavingszorginstellingen in Nederland betrokken. Middels semigestructureerde interviews met medewerkers uit de verslavingszorg is in kaart gebracht hoe het huidige vaccinatieprogramma is georganiseerd en wordt uitgevoerd. In een eenmalig werkseminar is gezocht naar de voor- en nadelen van vier mogelijke scenario's om het vaccinatieaanbod in de toekomst binnen de verslavingszorg vorm te geven. De gebruikte methoden van dataverzameling worden beschreven in hoofdstuk 2. Hoofdstuk 3 en 4 bevatten de resultaten van respectievelijk de interviews en het werkseminar. In hoofdstuk 5 worden conclusies

getrokken en geven we een korte discussie over dit onderzoek. Hoofdstuk 6 bevat het slotwoord. Ten slotte zijn in hoofdstuk 7 op basis van de resultaten actiepunten beschreven die cruciaal zijn in het slagen van de uitvoering van het vaccinatieaanbod binnen de verslavingszorg.



Figuur 2: Links een kaart met de verzorgingsgebieden van de elf verslavingszorginstellingen in Nederland. Rechts een kaart met daarop de 28 GGD-regio's in Nederland

2 Methoden

2.1 Doel en onderzoek

Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de stand van zaken van het huidige hepatitis B-vaccinatieprogramma binnen de verslavingszorg. Tevens wordt met dit onderzoek getracht een positieve bijdrage te leveren in de overgang van een collectief vaccinatieprogramma van het RIVM naar een individueel vaccinatieaanbod voor druggebruikers binnen de verslavingszorg.

De hoofdvraag van het onderzoek luidt als volgt:

Hoe is het hepatitis B-vaccinatieprogramma voor de risicogroep druggebruikers, in 2011, in de verslavingszorg georganiseerd, en hoe wordt het uitgevoerd?

Deze hoofdvraag valt uiteen in de volgende deelvragen:

1. Hoe is de samenwerking tussen verslavingszorg en GGD praktisch georganiseerd?
2. Welke handelingen van het hepatitis B-vaccinatieprogramma (werving van de doelgroep, vaccinatie, bloedafname en registratie) worden door de verslavingszorg uitgevoerd en hoe?
3. Wat zijn, in 2011, succesfactoren en belemmerende factoren in de uitvoering van het vaccinatieprogramma voor druggebruikers in de verslavingszorg?
4. Hoe ziet de verslavingszorg de toekomst van hepatitis B-vaccinatie voor druggebruikers?

2.2 Dataverzameling

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen zijn verschillende kwalitatieve data verzameld:

1. face-to-face interviews tijdens werkbezoeken bij verslavingszorginstellingen en telefonische interviews (deelvragen 1, 2 en 3);
2. een werkseminar (deelvragen 3 en 4).

Om een zo objectief mogelijk beeld te verkrijgen van de huidige gang van zaken omtrent het uitvoeren en organisatie van het hepatitis B-vaccinatieprogramma binnen instellingen voor verslavingszorg zijn alle elf reguliere instellingen betrokken in het onderzoek (N=11). Tabel 1 geeft een overzicht van het aantal werkbezoeken/telefonische interviews en het aantal geïnterviewde personen per instelling. Tevens is per instelling het aantal deelnemers aan het werkseminar weergegeven.

In deze tabel is een schatting gemaakt van de reikwijdte van de beschikbare informatie uit de interviews. De reikwijdte geeft het aantal centrumgemeenten binnen een verslavingszorgwerkgebied aan, waarover tijdens de interviews informatie is verzameld. Deze reikwijdte houdt geen rekening met de oppervlakte van het centrumgebied of met het aantal inwoners/druggebruikers per centrumgemeente. Als voorbeeld: de reikwijdte van instelling K betreft drie van de vier centrumgemeenten. Dat betekent dat de gegevens uit de interviews betrekking hebben op de uitvoering en organisatie van het programma binnen het werkgebied van de verslavingszorg dat valt onder deze drie centrumgemeenten. Echter, een reikwijdte die het volledige instellingswerkgebied dekt betekent niet automatisch dat er binnen de gehele instelling dezelfde werkwijze is. Zo is er bijvoorbeeld bij de instellingen F en H informatie beschikbaar over het totale werkgebied maar blijken de verschillende locaties die binnen dit gebied vallen het programma op verschillende wijze uit te

voeren. Ook betekent een reikwijdte die het volledige instellingswerkgebied dekt niet automatisch dat het programma binnen de hele instelling wordt uitgevoerd. Zo is bijvoorbeeld bij instelling C over de hele reikwijdte van het werkgebied bekend dat er op dit moment niets wordt gedaan op het gebied van hepatitis B-vaccinaties.

Tabel 1: Overzicht van aantal werkbezoeken, geïnterviewde personen, informatiereikwijdte en aanwezigen op werkseminar per instelling.

Instelling	Aantal werkbezoeken/ interviews	Aantal geïnterviewden	Functie geïnterviewden	Informatie reikwijdte [1]	Aantal aanwezigen werkseminar
A	1 (W)	1	Project-/teamcoördinator	Alle centrumgemeenten binnen werkgebied van de VZ	0
B	1 (W)	1	Project-/teamcoördinator	1 van de 10 centrumgemeenten binnen werkgebied van de VZ	6
C	1 (W)	2	Project-/teamcoördinator Verslavingsarts	Alle centrumgemeenten binnen werkgebied van de VZ	4
D	1 (W)	2	Verpleegkundige Project-/teamcoördinator	Alle centrumgemeenten binnen werkgebied van de VZ [2]	2
E	1 (T)	1	Project-/teamcoördinator	Alle centrumgemeenten binnen werkgebied van de VZ	1
F	2 (W)	3	Verpleegkundige (1) Verslavingsarts (2)	Alle centrumgemeenten binnen werkgebied van de VZ	2
G	1 (W)	1	Verpleegkundige	1 van de 2 centrumgemeenten binnen werkgebied van de VZ [3]	2
H	2 (W+T)	2	Verpleegkundige (2)	Alle centrumgemeenten binnen werkgebied van de VZ	2
I	1 (W)	1	Verpleegkundige	Alle centrumgemeenten binnen werkgebied van de VZ	1
J	1 (T)	1	Verpleegkundige	Alle centrumgemeenten binnen werkgebied van de VZ	2
K	2 (W+T)	2	Verpleegkundige (2)	3 van de 4 centrumgemeenten binnen werkgebied van de VZ	2
Totaal	14	17	Project-/teamcoördinator (5) Verslavingsarts (2) Verpleegkundige (9)		24 [4]

[1] De informatie reikwijdte geeft het aantal centrumgemeenten binnen een verslavingszorgwerkgebied aan waarover informatie beschikbaar is. De reikwijdte is ongeacht de oppervlakte van het centrumgebied of het aantal inwoners/drukgebruikers per centrumgemeente. Bij een volledige reikwijdte (alle centrumgemeenten binnen VZ werkgebied) kan niet uitgegaan worden van een volledige of eenduidige werkwijze binnen de gehele instelling (VZ = verslavingzorg instelling).

[2] Deze instelling bestaat uit één centrumgemeente waarbinnen vier methadonposten vallen. De verzamelde gegevens uit het interview hebben betrekking op één van de vier methadonposten binnen deze centrumgemeente.

[3] De gegevens uit het interview hebben betrekking op één van de twee centrumgemeenten. Informatie is afkomstig van één specifieke locatie binnen deze centrumgemeente.

[4] Naast deze 24 professionals uit de verslavingszorg waren er ook vertegenwoordigers van betrokken instanties uitgenodigd, namelijk Mainline, GGD Rotterdam-Rijnmond, Trimbos-instituut en CIb/RIVM, waarmee het totaal aantal deelnemers op 29 kwam.

2.3 Procedure interviews

In de eerste fase van het onderzoek (april tot medio mei 2011) hebben we interviews afgenomen met een diverse groep van medewerkers in de verslavingszorg die betrokken zijn bij de organisatie of uitvoering van het hepatitis B-vaccinatieprogramma voor druggebruikers. Om de juiste medewerkers voor dit onderzoek te benaderen is gebruik gemaakt van de contacten van de GGD-coördinatoren van het programma en van de contacten van het Landelijk Netwerk Infectieziekten en Druggebruik. De betreffende verslavingszorgmedewerkers zijn vervolgens telefonisch benaderd met het verzoek tot deelname aan het onderzoek. Deelname hield in dat de onderzoeker(s) tijdens een werkbezoek een interview zou(de) houden met één of meerdere medewerkers. Door ook op locaties rond te kijken en daarover vragen te stellen is een duidelijk beeld ontstaan van de organisatie en uitvoering van het hepatitis B-vaccinatieprogramma.



Figuur 3. Werkgebieden verslavingszorg met daarin aan interviews deelnemende locaties.

Uiteindelijk hebben we bij negen van de elf instellingen een face-to-face interview tijdens een werkbezoek gehouden. Bij twee instellingen was het afleggen van een werkbezoek niet haalbaar, daar zijn de interviews telefonisch afgenomen. Bij twee instellingen is er naast een werkbezoek nog een telefonisch interview op een andere locatie afgenomen. In totaal hebben we veertien interviews (met één of meerdere personen) afgenomen onder zeventien medewerkers, waaronder artsen, coördinatoren, verpleegkundigen en aandachtverpleegkundigen infectieziekten (zie Tabel 1). Figuur 3 toont de werkgebieden van de verslavingszorginstellingen met daarin de locaties die hebben deelgenomen aan de interviews.

Voorafgaand aan de werkbezoeken is een aantal vragen opgesteld die als leidraad dienden voor het afnemen van de semigestructureerde interviews. Voor het opstellen van de vragen is gebruik gemaakt van de theoretische kaders afkomstig uit het 'Draaiboek Vaccinatieprogramma hepatitis B-risicogroepen (CIb, 2009) en de RIOB (Oliemeulen, Loth & De Jong, 2005). Hierin staan onderwerpen beschreven zoals uitvoering van de vaccinaties en de manier van registreren. De vragen zijn terug te vinden in Bijlage 3. Alle geïnterviewden hebben voorafgaand aan het onderzoek schriftelijke informatie over het onderzoeksdoel ontvangen. Daarbij zijn de vragen die tijdens het interview aan bod zouden komen meegestuurd zodat zij zich vooraf op het interview konden voorbereiden. Voor de telefonische interviews kregen de geïnterviewden de vragen toegestuurd om voorafgaand aan het interview in te vullen en terug te sturen. Tijdens het telefonisch interview is doorgevraagd op onduidelijke en/of onvolledige antwoorden.

Na toestemming van de geïnterviewden zijn alle interviews opgenomen (audio taped) en zijn zowel tijdens het interview als achteraf aantekeningen gemaakt. De gemiddelde duur van de interviews was anderhalf uur. Alle interviews zijn letterlijk uitgetypt. Twee onderzoekers hebben onafhankelijk van elkaar de teksten direct voorzien van een eerste ruwe codering. Vervolgens is over de coderingen gediscussieerd en zijn de codes eenduidig gemaakt, waarbij gebruik is gemaakt van de onderwerpen die in het 'Draaiboek Vaccinatieprogramma Hepatitis B-risicogroepen (CIb, 2009) worden beschreven. Op basis van dit proces is een codeboom ontstaan met de volgende hoofdcodes: doelgroep druggebruikers, locaties, vaccineren, bloedafname, registreren, succes factoren, belemmerende factoren en toekomst. Deze indeling is gebruikt om de resultaten te beschrijven. De interviews zijn geanalyseerd met behulp van het softwareprogramma MaxQDA (MaxQDA Tutorial, 2007) (Boeije, 2005). De resultaten van de interviews worden beschreven in hoofdstuk 3.

2.4 Procedure werkseminar

In de tweede fase van het onderzoek is er op 17 mei 2011 een werkseminar georganiseerd met als titel: *'Scenario-ontwikkeling: Hepatitis B-vaccinatieprogramma in de verslavingszorg'* Doel van dit werkseminar was tweeledig:

1. De voorlopige resultaten uit de interviews voorleggen aan professionals uit de verslavingszorg, en
2. Gezamenlijk nadenken over de voor- en nadelen van verschillende manieren waarop het vaccinatieaanbod binnen de verslavingszorg uitgevoerd kan worden.

De uitnodiging voor het seminar is per e-mail verstuurd aan medewerkers uit verschillende lagen in de verslavingszorg die zich in hun werk (onder andere) bezighouden met of verantwoordelijkheid dragen voor de somatische zorg aan druggebruikers, waaronder preventie en zorg gericht op infectieziekten. Het streven was om elk van de elf instellingen vertegenwoordigd te hebben met minimaal één persoon uit het (midden)management en minimaal één persoon 'van de werkvloer' (bijvoorbeeld verslavingsarts, verpleegkundige).

Uiteindelijk werd het werkseminar bijgewoond door 29 deelnemers. Daaronder bevonden zich 24 mensen afkomstig vanuit 10 van de 11 verslavingszorginstellingen (zie Tabel 1). Hiervan bekleedden drie personen een management- of beleidsfunctie. Vertegenwoordiging van het (midden)management van alle instellingen bleek helaas niet mogelijk. Vanuit een aantal instellingen werd aangegeven dat deelname van het management aan het uitwerken van scenario's voor 2012 te vroeg kwam, aangezien er nog geen duidelijkheid was over de precieze afspraken tussen het RIVM en de

verslavingszorg met betrekking tot de beleidswijziging om druggebruikers niet meer vanuit het programma te vaccineren. Verder werd het werkseminar bijgewoond door vijf verslavingsartsen en zestien verpleegkundigen. Een aantal van deze verpleegkundigen hebben binnen de eigen locatie of binnen de eigen regio organisatorische of aansturende taken op het gebied van hepatitis B. Tot slot waren er vijf aanwezigen van andere organisaties te weten Mainline, GGD Rotterdam-Rijnmond, Trimbos-instituut en de twee coördinatoren van het vaccinatieprogramma van het RIVM.

Op basis van de resultaten van de interviews hebben we vier mogelijke scenario's geschetst om het vaccinatieaanbod vanaf 2012 binnen de verslavingszorg vorm te geven, te weten:

Scenario 1: Niets doen

Scenario 2: Campagnematig vaccineren

Scenario 3: Vaccinatie binnen de intake en evaluatiemomenten van de RIOB

Scenario 4: Combinatie van scenario 2 (campagne) en 3 (intake)

Deze scenario's zijn tijdens het werkseminar met de aanwezigen verder geëxploreerd.

De vier scenario's en de resultaten van het werkseminar worden beschreven in hoofdstuk 4.

3 Resultaten interviews

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de werkbezoeken en de telefonische interviews besproken. Aan bod komen acht verschillende topics: welke druggebruikers gevaccineerd worden; waar druggebruikers gevaccineerd worden; door wie de eerste vaccinatie, de bloedafname en de registratie wordt gedaan; factoren die bijdragen aan het succes in de uitvoering van het programma; factoren die de uitvoering van het programma belemmeren en wat geïnterviewden belangrijk achten voor de toekomst van hepatitis B-vaccinatie voor druggebruikers.

Uit de verzamelde gegevens, afkomstig uit de interviews en het werkseminar, komt het algemene beeld naar voren dat bij vier van de elf instellingen het hepatitis B-vaccinatieprogramma op alle locaties, consequent en op een systematische wijze wordt uitgevoerd. Bij vier instellingen wordt het programma wel uitgevoerd maar blijkt er een versnippering te zijn in de uitvoering; hier wordt niet op alle locaties, al dan niet op een eenduidige manier, gevaccineerd óf het is onduidelijk of op alle locaties wordt gevaccineerd. Binnen drie instellingen wordt het programma ten tijde van het onderzoek niet of nauwelijks uitgevoerd.

3.1 Doelgroep druggebruikers

- Twee instellingen vaccineren uitsluitend (intraveneuze) harddruggebruikers zoals beschreven in de draaiboekdefinitie (zie kader hieronder).
- Vijf instellingen vaccineren alle druggebruikers die ingeschreven staan bij de verslavingszorg locaties en dag/nachtopvang.
- Twee instellingen vaccineren uitsluitend methadongebruikers.
- Twee instellingen vaccineren op het moment (nog) niet.
- Exacte vaccinatieaantallen zijn voor de meeste instellingen moeilijk te reproduceren.

Definitie doelgroep druggebruikers uit Draaiboek vaccinatieprogramma

Definitie doelgroep druggebruikers: Druggebruikers met huidig harddruggebruik of gebruik van harddrugs in het verleden (met name intraveneus druggebruik), die gebruikmaken van de laagdrempelige verslavingszorg en -opvang.

hepatitis B- risicogroepen, 2009

Draaiboekdefinitie

Op de vraag welke druggebruikers worden gevaccineerd antwoordden twee instellingen uitsluitend druggebruikers te vaccineren die binnen de definitie uit het draaiboek van het vaccinatieprogramma hepatitis B- risicogroepen vallen. 'Wij vaccineren volgens de richtlijnen, dus mensen die harddrugs gebruiken of dit in het verleden hebben gedaan.' [Project-/team-coördinator, instelling B].

Alle ingeschreven druggebruikers

Door vijf instellingen wordt aangegeven dat alle druggebruikers die bij de desbetreffende verslavingszorglocaties ingeschreven staan gevaccineerd worden. Hieronder vallen alle druggebruikers die gebruikmaken van verschillende typen locaties binnen de instelling, zoals de dag- en nachtopvang, gebruikersruimten en medische zorgunits. Dit kan betekenen dat van de draaiboekdefinitie wordt afgeweken en bijvoorbeeld ook softdrugverslaafden, GHB gebruikers en/of alcoholverslaafden gevaccineerd worden. 'Wij vaccineren alle druggebruikers die ingeschreven staan bij de instelling [...] GHB-gebruikers werden in eerste instantie

niet gevaccineerd maar na een gesprek met de GGD in 2008 worden ze nu wel gevaccineerd' [Verpleegkundige, instelling H]. 'Alle cliënten die ingeschreven staan bij de instelling worden gecounseld op het gebied van infectieziekten en dus ook rondom het programma' [Project-/team-coördinator, instelling E].

Methadongebruikers

Mensen met een opiaatafhankelijkheid (heroïneverslaving) komen in Nederland in aanmerking voor methadonbehandeling. Twee instellingen vaccineren uitsluitend druggebruikers die ingeschreven staan voor methadonbehandeling. De druggebruikers komen dagelijks of wekelijks naar de methadonposten om de methadon (vloeibaar of in tabletvorm) in ontvangst te nemen. Een verpleegkundige werkzaam binnen een van deze twee instellingen zei hierover het volgende: 'Met de verslaafde cliënt bedoel ik iedere cliënt binnen de methadonbehandeling [...] de dagen dat wij vaccineren zijn grotendeels voor cliënten binnen de methadonbehandeling' [Verpleegkundige, instelling K].

Doelgroep: aantallen

Naast de doelgroepdefinitie is in de interviews ook gevraagd naar de aantallen van gevaccineerde druggebruikers binnen de instelling. Enkele instellingen konden hier een specifiek getal noemen (vaak genoemd door een 'voortrekker' die de verantwoordelijkheid heeft over een of enkele locaties). Echter, voor het merendeel van de geïnterviewden was het moeilijk om exacte aantallen te reproduceren. Zes van de geïnterviewden konden een globale schatting geven. Deze globale schattingen liepen uit een van 20-80% gevaccineerde druggebruikers. De meeste schattingen lagen daarbij rond de 75%.

3.2 Locaties

De Nederlandse verslavingszorg telt elf instellingen. In totaal wordt op ruim 70 locaties gevaccineerd. Het is lastig een exact aantal locaties te noemen. Vaccinaties worden op verschillende typen locaties aangeboden.



Figuur 4. Verzorgingsgebieden verslavingszorg 2006 (bron: www.zorgatlas.nl)

Instellingen

De verslavingszorg in Nederland bestaat uit elf instellingen met elk een eigen verzorgingsgebied. Samen vormen zij het gehele werkveld van de reguliere verslavingszorg binnen Nederland. De begrenzing van deze werkgebieden komt niet geheel overeen met de werkgebieden van de GGD-regio's. Het komt regelmatig voor dat een verslavingszorgwerkgebied overlap heeft met meerdere GGD-werkgebieden. Dit houdt in dat de verslavingszorginstellingen met meerdere GGD'en hun hepatitis

B-beleid dienen af te stemmen. Dat maakt de samenwerking soms erg complex. Dit kan bijdragen aan het feit dat er in een aantal gevallen een instellingbreed hepatitis B-beleid ontbreekt.

Aantal locaties

Binnen een verslavingszorg werkgebied zijn meerdere locaties gevestigd. Op basis van de gegeven antwoorden op de vraag 'Hoeveel locaties telt uw instelling waar de doelgroep van het hepatitis B-vaccinatieprogramma te vinden is? En op hoeveel van deze locaties wordt de vaccinatie aangeboden?' is een globale schatting gemaakt van het aantal locaties waar druggebruikers gevaccineerd worden. Deze schatting komt uit op ruim 70 verschillende locaties binnen de verslavingszorg waar druggebruikers gevaccineerd worden, waarbij per instelling gemiddeld zes locaties geteld worden. Een exact aantal vaccinatielocaties bleek voor de geïnterviewden moeilijk te reproduceren.

Het type locaties waar druggebruikers gevaccineerd worden zijn:

- Methadonposten
- Gebruiksruimten
- Locaties voor spuitomruil
- Opname- en diagnoseafdelingen
- Afkickklinieken (detox)
- Dag- en nachtopvang
- Woon en leefgemeenschappen

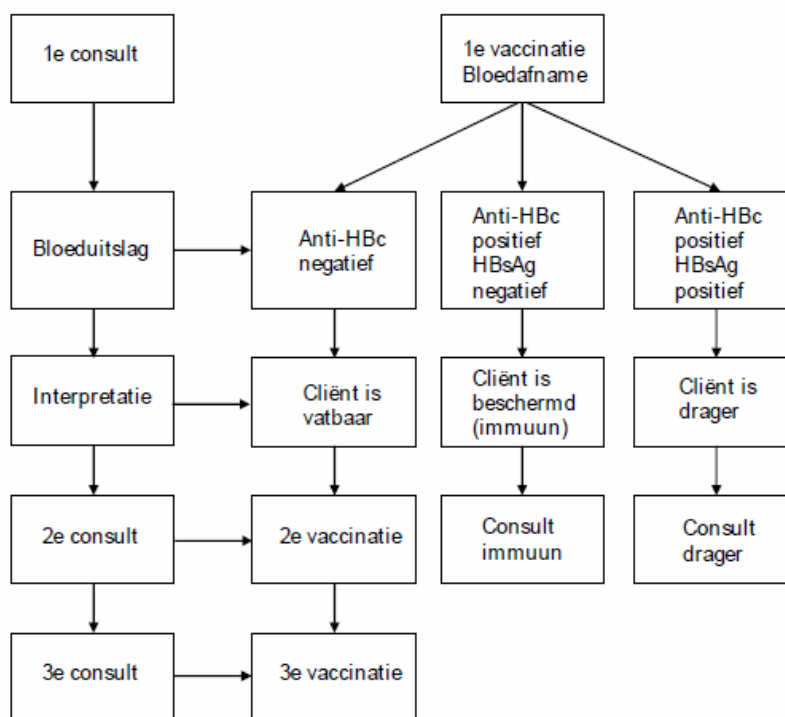
3.3

Vaccineren

- Zeven instellingen voeren de vaccinaties zelf uit.
- Eén instelling vaccineert sporadisch zelf.
- Bij één instelling wordt de eerste vaccinatie door de GGD uitgevoerd en de tweede en derde door de instelling zelf.
- Twee instellingen vaccineren op het moment (nog) niet.

Vaccineren door instelling zelf

Op de vraag wie de eerste vaccinatie zet geven acht instellingen aan dit zelf te doen. Drie instellingen zetten hierbij speciaal opgeleide vaccinatieteams in, bestaande uit een aantal verpleegkundigen die alle druggebruikers binnen het werkgebied of regio voorzien van hepatitis B- vaccinaties. '... Per locatie en per regio zijn vaccinatieteams ondergebracht. Per locatie zijn dit andere mensen. Dit zijn dus in totaal 35 BOA-SOA verpleegkundigen [...] ik vind het prachtig' [Verpleegkundige, instelling I]. Binnen de overige instellingen die zelfstandig vaccineren is één of zijn enkele verpleegkundige(n) en/of artsen verantwoordelijk voor het vaccineren van een geheel verzorgingsgebied. Een aantal van deze instellingen geeft aan onder deze omstandigheden te weinig tijd en/of een te hoge werkdruk te ervaren. Eén instellingsmedewerker geeft aan sporadisch een enkele druggebruiker te vaccineren.



Figuur 5. Samenvatting draaiboek vaccinatieprogramma hepatitis B-risicogroepen

Vaccineren door GGD

Eén instelling (instelling K) waarbinnen twee mensen op verschillende locaties zijn geïnterviewd, geeft aan dat de eerste vaccinatie door de GGD gezet wordt. Tevens is de GGD verantwoordelijk voor het eerste consult en de bloedafname. De tweede en derde vaccinatie worden echter wel door de instelling zelf gezet. De reden dat dit niet gebeurt, is dat de eerste vaccinatie gekoppeld is aan de bloedafname en het management van deze instelling bloedafname bij de doelgroep een groot risico voor de verpleegkundige vindt. Beide geïnterviewden geven echter aan ook graag de eerste vaccinatie zelf te willen zetten. 'De GGD doet de screening, neemt bloed af en zet de eerste vaccinatie op het zelfde moment. Wanneer een cliënt een positieve uitslag heeft dan gaat deze cliënt naar de GGD, zo niet dan doen wij de tweede en derde vaccinatie tijdens de methadonverstrekking' [Verpleegkundige, instelling K].

Geen uitvoering hepatitis B-vaccinatie

Binnen twee instellingen worden op het moment van het onderzoek door de verslavingszorginstelling (nog) geen hepatitis B-vaccinaties gezet. Verschillende redenen worden genoemd voor het niet vaccineren:

- Het grootse deel van de cliëntpopulatie is al gevaccineerd en daarbij wordt weinig nieuwe aanwas meer gezien (verzadiging).
- Organisatorische problemen op management- en/of GGD-niveau.
- Door een slechte vastlegging van de werkafspraken is vaccinatie tegen hepatitis B destijds steeds verder naar de achtergrond gezakt.

Deze instellingen geven echter wel aan dat ze bereid zijn om hepatitis B-vaccinaties weer op de kaart te zetten. De ene instelling lijkt daarin wat verder dan de andere instelling. '... We willen eigenlijk de infectieziekteverpleegkundigen die al aangesteld zijn zo snel mogelijk aan de slag laten gaan [...] Dus vandaar dat we ze elders laten meelopen en cursussen laten draaien...' [Project/team coördinator, instelling C].

3.4 Bloedafname prevaccinatiescreening

- Bij vijf instellingen nemen eigen medewerkers bloed af.
- Bij één instelling worden cliënten doorverwezen naar het regionale laboratorium.
- Bij drie instellingen nemen verschillende partijen bloed af.
- Twee instellingen vaccineren niet en nemen daarom geen bloed af in het kader van het hepatitis B-vaccinatieprogramma.
- Acht instellingen hebben weleens te maken met cliënten die bang zijn voor bloedprikken.

Bloedafnames, uit Draaiboek vaccinatieprogramma hepatitis B- risicogroepen, 2009

Tijdens het eerste consult wordt bloed afgenomen voor prevaccinatiescreening op anti-HBc. Tijdens het tweede consult wordt de uitslag van het bloedonderzoek besproken en wordt eventueel de tweede vaccinatie gegeven. Post-vaccinatiescreening is niet nodig.

Bloedafname door instellingen zelf

Op het gebied van bloedprikken blijken er tussen verslavingszorginstellingen heel wat verschillen in uitvoering te bestaan. Binnen vijf instellingen wordt door eigen verpleegkundigen en/of artsen bloed afgenomen. De meeste van deze instellingen hanteren de richtlijnen van het draaiboek waarin wordt aangegeven dat tijdens het eerste consult bloed afgenomen wordt en tevens de eerste vaccinatie gezet wordt (blind vaccineren). Bij andere instellingen wordt iets afgeweken van deze richtlijn. Hier wordt tijdens het eerste consult, intake of screening bloed afgenomen, en op basis van de resultaten afkomstig van het bloedonderzoek wordt al dan niet de eerste vaccinatie gezet.

Bloedafname door regionaal laboratorium/GGD

Bij één instelling verwijzen verslavingszorgmedewerkers druggebruikers uitsluitend door naar regionale laboratoria om bloed af te nemen. Binnen enkele instellingen bestaat er op het gebied van bloedprikken een taakverdeling tussen verschillende instanties. Eén instelling geeft hierbij aan dat zowel eigen medewerkers als het laboratorium bloed prikt. Binnen twee instellingen wordt zowel door het regionale laboratorium als door de GGD geprikt. Op de vraag waarom bloed prikken wordt uitbesteed worden de volgende redenen gegeven:

- Verpleegkundigen bezitten niet de juiste papieren; niet alle verpleegkundigen zijn bevoegd tot het afnemen van bloed.
- Verpleegkundigen durven geen bloed af te nemen bij de doelgroep. '... Enkele verpleegkundigen kunnen wel bloed afnemen maar hebben aangegeven dit niet bij de doelgroep te durven' [Verpleegkundige, instelling H].
- Verpleegkundigen mogen geen bloed afnemen bij de doelgroep. '... Mijn hoofd wil niet dat wij bloed afnemen. Zij vindt dat geen verpleegkundige taak en zij is bang dat er iets zou gebeuren' [Verpleegkundige, instelling K].
- Niet de juiste werkomgeving voor bloedafname; met name bij niet-somatisch ingerichte instellingen. '... We werken hier met ongeveer twaalf psychologen, van wie twee GZ-psychologen, twee GZ-psychologen in opleiding en verder basispsychologen, een aantal maatschappelijk werkers, SPW-ers en boven werkt reclassering. Het merendeel werkt met verslavingsproblematiek en een klein deel ook met psychiatrische ziekte beelden. Als hier infectieziekteproblematiek is, dan verwijzen we of naar de huisarts of naar de GGD [Verslavingsarts, instelling F].

Enkele uitzonderingen daargelaten geven de meeste instellingen aan dat het uitbesteden van de bloedafname niet de meest ideale situatie is. De doelgroep druggebruikers is niet altijd de gemakkelijkste doelgroep op het gebied van therapietrouw en de 'no-show' is hoog. Een verpleegkundige, werkzaam op een van de locaties binnen instelling K, geeft aan dit probleem te ondervangen door de GGD uit te nodigen om op locatie te komen prikken. De desbetreffende verpleegkundige zorgt voor een beschikbare ruimte en benodigde prikmaterialen en koppelt het GGD-bezoek aan de methadonverstrekking, waardoor de opkomst van druggebruikers hoog is. Een tweede oplossing om het 'no-show'-probleem te ondervangen komt van verslavingszorginstelling A, die de mogelijkheid onderzoekt om de bloedafname bij mensen thuis te laten plaatsvinden. Een derde oplossing om het probleem van een hoge 'no-show' te ondervangen komt van een andere verpleegkundige die op een locatie binnen instelling K werkzaam is. Hier bevindt de GGD zich op loopafstand van de instelling en menigmaal worden cliënten onder begeleiding van de verpleegkundige meegenomen worden naar de GGD voor de bloedafname.

Geen bloedafname

Binnen twee instellingen wordt er geen bloed afgenomen in het kader van het hepatitis B-vaccinatieprogramma. Uit de interviews blijkt dat hier echter wel om andere redenen bloed afgenomen wordt, bijvoorbeeld in verband met het screenen op andere infectieziekten zoals hepatitis C, HIV en soa's. In deze gevallen wordt bloedafname overgelaten aan het regionale laboratorium of aan de GGD.

Bange cliënten

Op de vraag of instellingen wel eens meemaken dat bloedprikken een drempel is voor druggebruikers antwoordden acht instellingen dat dit wel eens voorkomt. Veelal heeft dit te maken met de angst voor naalden en het feit dat gebruikers door slechte bloedvaten moeilijk te prikken zijn. Dit probleem werd door instellingen ondervangen door motiverende gesprekstechnieken toe te passen, door gebruik van babynaaldjes of het gebruik van tranquillizers. Een coördinator binnen instelling A zei hierover het volgende: '... Wat ik terug hoor van verpleegkundigen is dat patiënten het niet fijn vinden om geprikt te worden, ze zijn bang voor naalden [...] er zijn ook wel eens patiënten geweest die hebben gevraagd of ze zelf de naald in de arm mochten plaatsen [Project-/team-coördinator, instelling A].

3.5 Landelijke registratie van de vaccinaties

- Bij vijf instellingen wordt door eigen medewerkers geregistreerd.
- Bij één instelling wordt door GGD-medewerkers geregistreerd.
- Bij drie instellingen wordt zowel door eigen medewerkers als door GGD-medewerker geregistreerd.
- Bij twee instellingen wordt niet geregistreerd of is onduidelijk wie er registreert.
- Negen instellingen hanteren naast het landelijk systeem een eigen vorm van registreren (5x Excel, 1x Word, 1x Digibord, 7x patiëntendossier, 5x papieren versie).

Registratie door instelling zelf

Bijna alle instellingen maken gebruik van het landelijk registratiesysteem om de vaccinatiestatus van een cliënt te bekijken. Vijf instellingen zijn daarbij zelf verantwoordelijk voor het invoeren van de cliëntgegevens die betrekking hebben op de eerste, tweede en derde vaccinatie. Een verslavingsarts noemde als voordeel van landelijk registreren: 'Ik vind het wel heel fijn om te weten of een druggebruiker ergens anders, bijvoorbeeld in Groningen, wel zijn prik heeft gehad [Verslavingsarts, instelling F].

Registratie (ook) door GGD

Bij één instelling is uitsluitend de GGD verantwoordelijk voor het registreren van de gevaccineerde druggebruikers in het landelijk systeem. In dit geval beschikt de instelling wel over een eigen inlogcode waarmee de vaccinatiestatus van een cliënt in het landelijk systeem opgezocht kan worden. Binnen drie instellingen registreren zowel eigen medewerkers als de GGD in het landelijk systeem. De verschillende locaties die vallen binnen het verzorgingsgebied van de instelling maken daarbij individuele afspraken met de lokale GGD aangaande het registreren. Bij twee instellingen wordt door verslavingszorg medewerkers niet in het landelijk systeem geregistreerd. Dit betreft één instelling waarbij de hepatitis B-vaccinatie op dit moment niet wordt uitgevoerd en één instelling waarbij sporadisch wordt gevaccineerd en via een Worddocument met de GGD wordt gecommuniceerd over gevaccineerde druggebruikers. De geïnterviewde verslavingszorgmedewerker is zelf onbekend is met het landelijk registratiesysteem. Onduidelijk is echter of de GGD in dit geval wel landelijk registreert. 'Landelijk registratiesysteem, nee daar weet ik niets van af [Verpleegkundige, instelling J].

Eigen registratievormen

Alle instellingen die iets op vaccinatiegebied doen, gebruiken naast het landelijk registratiesysteem een eigen registratiesysteem om de vaccinatiestatus van cliënten te registreren. Het merendeel van de instellingen hanteert een vorm van een digitaal of elektronisch patiëntendossier, waaronder EPD (elektronisch patiëntendossier), Excel, Digibord of Wordbestand. Veel locaties hanteren naast een elektronische registratie tevens een papieren versie. Notities in de (team)agenda of een 'vaccinatiekaart' werden daarbij als voorbeelden genoemd. '... In de kaart hebben we een eigen lijst op alfabetische volgorde welke cliënten alle drie de vaccinaties gehad hebben. We hebben per maand tabbladen. Als een cliënt vandaag komt voor zijn eerste prik en hij moet over een maand de tweede dan doen we het formuliertje in de volgende maand. Komt hij voor de tweede keer, dan halen we het formuliertje eruit en dan doen we hem weer vijf maanden verder' [Verslavingsarts, instelling F].

Uit de interviews kwam naar voren dat de instellingen de verschillende, hiervoor genoemde registratiesystemen naast elkaar en door elkaar heen gebruiken, zoals een papieren registratie naast een elektronische patiëntendossier. Eén geïnterviewde vertelde dat registratie in het EPD als nadeel heeft dat een EPD omwille van vergoedingen wordt afgesloten nadat een cliënt meer dan drie maanden niet op de locatie verschenen was. Dit betekent dat de verpleegkundige op dat moment niet/moeilijk bij de hepatitis B-gegevens van een cliënt kon komen om de vaccinatiestatus te bekijken. '... Als het EPD gesloten is dan kun je die ook niet meer oproepen [...] Als iemand drie maanden geen contact heeft gehad met welke medewerker dan ook wordt het afgesloten omdat we dan vergoeding krijgen. Ik kan het EPD dus ook niet meer openen om te registreren dat er een prik geweest is...' [Verpleegkundige, instelling F].

3.6 Succesfactoren

- Zeven instellingen noemen een gemotiveerde en enthousiaste voortrekker.
- Zeven instellingen noemen een schriftelijke vastlegging van werkafspraken.
- Acht instellingen noemen specifiek een korte lijn met GGD.
- Acht instellingen noemen uitgebreide compliance- en wervingsactiviteiten.

Voor werving van personen uit de doelgroep kan onderscheid gemaakt worden in benadering via intermediairen of rechtstreeks op vindplaatsen. Daarnaast is een gerichte inzet van communicatiemiddelen van belang.

Werving, uit Draaiboek vaccinatie programma hepatitis B- risicogroepen, 2009

Voortrekker/coördinator

Een aantal factoren komen duidelijk naar voren als zijnde succesfactoren voor het slagen van het hepatitis B-vaccinatieprogramma binnen instellingen. Op de eerste plaats blijkt dat het programma bij een groot aantal instellingen succesvol is omdat er een gemotiveerde en enthousiaste voortrekker of coördinator is. Deze persoon heeft veelal het vaccinatiebeleid vanaf de werkvloer geïnitieerd en is sindsdien de drijvende kracht in de continuering ervan. Veelal heeft deze voortrekker/coördinator een centrale, aansturende en coördinerende functie. Een voorbeeld hiervan is het opzetten en aansturen van (zelfgeschoolde) verpleegkundige teams die ingezet worden over het gehele werkgebied, en onder de coördinatie van de voortrekker op verschillende locaties vaccineren. De voortrekker/coördinator werkt in een enkel geval instellingbreed, in andere gevallen zijn er verschillende voortrekkers/coördinatoren op de verschillende locaties.

Vastleggen werkafspraken

Zeven instellingen hebben belangrijke werkafspraken (maar ook richtlijnen, werkwijze, protocollen, en dergelijke) schriftelijk vastgelegd. Het gaat hierbij zowel om interne verslaglegging door het management, als ook om vastgelegde afspraken met de GGD. Instellingen geven daarbij aan dat schriftelijke vastlegging van belang is voor een succesvolle continuering van het programma. Mocht er bijvoorbeeld onverhoopt verloop van personeel en/of management zijn (en met name bij wegvallen van 'voortrekkers') dan kan het programma gemakkelijk door andere personen worden overgenomen.

Korte lijn met GGD

Volgens acht instellingen draagt een korte lijn met de GGD bij aan hun succes in de vaccinatie-uitvoering. Al deze instellingen onderhouden een goede band met de GGD'en binnen hun werkregio. Samenwerking op het gebied van vaccineren, leveren van materialen, bloedafname en registreren werden hier als voorbeelden genoemd. Soms lag het succes in het feit dat het GGD-contact letterlijk 'close' is omdat de GGD in hetzelfde of naastgelegen gebouw gehuisvest is als de verslavingszorginstelling. De sterkte lag hierbij vooral in het even gemakkelijk bij elkaar binnenlopen. 'Ik ga er ook wel eens een kopje koffie drinken, ik heb een goed contact met de GGD. Ze houden me op de hoogte [Verpleegkundige, instelling K].

Compliance- en wervingsactiviteiten

Tot slot wordt door verschillende instellingen aangegeven dat hun succes ligt bij het hanteren van uitgebreide activiteiten met betrekking tot het werven en voorlichten van de doelgroep druggebruikers. Activiteiten zoals cliëntenwerving gekoppeld aan de methadonverstrekking, gebruik van incentives, posters en folders en het geven van individuele en/of groepsvoorlichting worden daarbij het meest ingezet. 'Bij de methadonposten, locatie of kliniek komen medewerkers van preventie bij de verstrekkingen en spreken de populatie aan, eigenlijk zoals dat bij Mainline gebeurt. Daarbij wordt de mogelijkheid tot testen en vaccineren geboden en worden gadgets uitgedeeld [Project-/teamcoördinator, instelling E].

3.7 Belemmerende factoren

- Vijf instellingen noemen specifiek een gebrek aan uren en mankracht.
- Vijf instellingen noemen het ontbreken van instelling breed vaccinatiebeleid.
- Twee instelling noemen onvoldoende draagvlak onder andere vanuit het management.
- Twee instellingen noemen het niet op schrift vastleggen van werkafspraken.

Gebrek aan uren en mankracht

Een aantal factoren die tijdens de interviews genoemd zijn, kunnen geïdentificeerd worden als belemmerende factoren voor het niet of onvoldoende slagen van het programma. Het merendeel van de instellingen noemt een gebrek aan mankracht en/of beschikbare uren. De tijdinvestering van de verschillende handelingen is vastgelegd in een tabel (Bijlage 7).

Met name bij verpleegkundigen gaan de beschikbare uren vaak op in de dagelijkse werkzaamheden. 'Ja, ik vind zes mensen voldoende om alle werkzaamheden uit te voeren. We hebben meer last van te weinig tijd. Daar zit meer het probleem, we moeten daar gewoon meer tijd voor uittrekken maar we hebben ook een heleboel andere taken [Project-/teamcoördinator, instelling B]. Daarnaast worden problemen genoemd zoals verloop van personeel en het beschikken over onvoldoende personeel voor een (te) groot werkgebied. Ten slotte werd in een interview als reden gegeven dat er wel voldoende bekwaam personeel beschikbaar is, maar dat zij niet overal ingezet kunnen worden. 'Enkele verpleegkundigen kunnen wel bloed afnemen maar hebben aangegeven dit niet te durven bij deze doelgroep [Verpleegkundige, instelling H].

Geen instellingbreed vaccinatiebeleid

Vijf instellingen geven aan graag een instellingbreed hepatitis B- en infectieziekten beleid te willen zien om zodoende meer structuur en overzicht binnen de instelling te creëren. Binnen grote instellingen (grote geografische werkgebieden) worden verschillende locaties door verschillende managers aangestuurd. Daarbij komt dat locaties binnen dezelfde instelling onder verschillende GGD'en vallen. Deze verschillen in aansturing en coördinatie zorgen ervoor dat het hepatitis B-vaccinatieprogramma binnen één instelling op verschillende manieren wordt uitgevoerd. 'Andere sectoren hebben ook een andere directeur en dat is erg vervelend [...] anders was er wel vaker contact tussen locaties. Wij zijn allemaal kleine teams wat ons erg kwetsbaar maakt [Project-/teamcoördinator, instelling D] en 'Ik werk op een eilandje [Verpleegkundige, instelling G].

Onvoldoende draagvlak

Geïnterviewden vanuit twee instellingen geven aan onvoldoende tot geen draagvlak te voelen vanuit het hoger management. Een verpleegkundige zegt het volgende: 'Management moet het nut van het programma inzien [Verpleegkundige, instelling H]. Bij beide instellingen zijn de activiteiten rondom het hepatitis B-vaccinatieprogramma vanaf de werkvloer geïnitieerd ('bottom - up'), waardoor bij deze instellingen een instellingbreed beleid ontbreekt. Dit maakt dat de positie van het hepatitis B-vaccinatieprogramma binnen deze instelling een kwetsbare positie heeft.

Niet vastleggen werkafspraken

Het vastleggen van werkafspraken is door een aantal instellingen genoemd als succesfactor, het niet vastleggen van werkafspraken wordt door vier instellingen als een belemmerende factor bestempeld. Deze instellingen geven aan dat afspraken die betrekking hebben op de uitvoering, de organisatorische aspecten of de taakverdeling

met de GGD niet op schrift zijn vastgelegd wat daarmee de continuïteit kan belemmeren. '... Ik ben de enige. Als ik ziek ben dan is het over, dan gebeurt er niets [Verpleegkundige, instelling H]. Eén instelling gaf daarbij aan dat het niet vastleggen van werkafspraken mede de reden was voor het niet meer uitvoeren van het programma. 'Alle beschikbare informatie binnen de organisatie zijn we opnieuw weer aan het verzamelen. Die informatie was er wel, maar er zijn stukken weg [Project-/teamcoördinator, instelling C].

3.8 Toekomst

Zeven instellingen noemen een ondersteunende rol op regionaal niveau van de GGD in de praktische uitvoering van hepatitis B-vaccinatie.

Vier instellingen noemen specifiek het behoud van het landelijke registratiesysteem.

Alle instellingen noemen specifiek het behoud van landelijke informatievoorziening door GGD, RIVM, GGZ Nederland, en het Trimbos- Instituut.

'... de beleidswijziging om druggebruikers per 2012 niet meer binnen het vaccinatieprogramma te vaccineren is een grote verandering die in een kort tijdsbestek gerealiseerd moet worden ...'

Citaat uit de brief beleidswijziging vaccinatieprogramma hepatitis B-risicogroepen doelgroep druggebruikers (Bijlage 1)

Over zaken die betrekking hebben op de toekomst van het programma heerst een grote onzekerheid binnen de instellingen. Sommige instellingen zijn al bezig met het uitdenken van toekomstplannen, terwijl anderen een meer afwachtende houding aannemen. Wel hebben deze instellingen ideeën over het hepatitis B-vaccinatieaanbod voor druggebruikers vanaf 2012.

Regionale ondersteuning GGD

Op de vraag of en hoe instellingen in de toekomst een ondersteunende rol van de GGD zien geven zeven instellingen aan graag enige vorm van samenwerking te willen onderhouden: De meeste instellingen geven aan dat zij het liefst zien dat de GGD in de toekomst op regionaal niveau een informerende rol bekleedt. '[...] in de vorm van klinische lessen [...] de GGD is degene die de expertise in huis heeft, de ontwikkelingen volgen en up to date zijn' [Project-/teamcoördinator, instelling B]. Door vier instellingen wordt specifiek behoud van het landelijk registratiesysteem genoemd, waarmee inzicht kan worden behouden in de reeds gevaccineerde cliënten en de mogelijkheid bestaat voor het rappelleren voor vervolgvaccinaties. Ook wordt de continuering van de financiering en de levering van spullen als toekomstige taak voor de GGD genoemd. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om de levering van vaccinaties, prikmaterialen en incentive 'Nu gaat de GGD over de financiële kant en als we het zelf moeten doen moet er wel een financiering geregeld zijn. Samengevat, we hebben geld nodig om het uit te voeren...' [Verpleegkundige, instelling I].

Landelijke ondersteuning

Door alle instellingen wordt aangegeven dat enige vorm van landelijke ondersteuning door instellingen zoals RIVM, GGZ Nederland en het Trimbos-instituut gewenst is. Zaken als informatievoorziening, deskundigheidsbevordering en signalering worden hierbij als voorbeelden genoemd '[...] om op de hoogte te blijven van allerlei landelijke ontwikkelingen, maar ook scholing [...] want dat gebeurt wat mij betreft te weinig, dat er landelijk mensen elkaar informeren over hoe je het doet. Daardoor loop je ook de kans dat iedereen het wiel opnieuw gaat uitvinden ...' [Project-

/teamcoördinator, instelling C]. Tevens wordt de continuering van het Landelijk Netwerk Infectieziekten en Druggebruik genoemd als nuttige informatievoorziening.' [[...] het Landelijk Netwerk Infectieziekten en Druggebruikers wat we hebben vind ik echt heel erg nuttig. Zo'n netwerkvergadering waarin je samenkomt met andere verslavingszorginstellingen die bezig zijn met het zelfde beleid uitvoeren dat vind ik ontzettend leerzaam. Het is ook zeer inspirerend en handige tools en tips [Project-/teamcoördinator, instelling B].

4 Resultaten werkseminar

Op donderdag 17 mei 2011 is er een werkseminar georganiseerd met als titel: '*Scenario-ontwikkeling: Hepatitis B-vaccinatieprogramma in de verslavingszorg*'. In totaal namen 24 deelnemers vanuit verschillende lagen van 10 van de 11 verslavingszorginstellingen deel aan het werkseminar (zie Tabel 1). Daarnaast waren er vijf aanwezigen van andere organisaties, te weten Mainline, GGD Rotterdam-Rijnmond, Trimbos-instituut en de twee coördinatoren van het vaccinatieprogramma van het RIVM.

Hoewel het onderzoek zich primair richt op het in kaart brengen van hoe het vaccinatieprogramma op dit moment wordt uitgevoerd binnen de verslavingszorg, is tijdens dit werkseminar met de aanwezigen ook gekeken naar de toekomst. Uit de interviews werd al snel duidelijk dat er veel verschillende manieren zijn waarop de uitvoering van het vaccinatieprogramma wordt vormgegeven. Daarmee kwam de vraag naar voren of op basis hiervan een scenario te vormen valt van de meest optimale manier om het vaccinatieaanbod binnen de verslavingszorg vorm te geven.

Ter voorbereiding op het werkseminar zijn de deelnemers in vier groepen ingedeeld en op basis van de resultaten van de interviews hebben we vier mogelijke scenario's geschetst om het vaccinatieaanbod vanaf 2012 binnen de verslavingszorg vorm te geven:

Scenario 1: Niets doen

Scenario 2: Campagnematig vaccineren

Scenario 3: Vaccinatie binnen de intake en evaluatiemomenten van de RIOB

Scenario 4: Combinatie van scenario 2 (campagne) en 3 (intake)

Tijdens het seminar kreeg elke groep één scenario om te bespreken aan de hand van een aantal vragen (Bijlage 4). De opdracht was om de belangrijkste voor- en nadelen van het betreffende scenario te beschrijven. Daarbij is uitgegaan van de situatie per 1 januari 2012, op het moment dat de verantwoordelijkheid voor uitvoering en inrichting van dit aanbod bij de verslavingszorg ligt.

Parallel aan dit onderzoek waren er gesprekken tussen het CIB en het Netwerk Verslavingszorg van GGZ Nederland over de overgang van een collectief vaccinatieprogramma van het CIB naar een individueel vaccinatieaanbod voor druggebruikers binnen de verslavingszorg. In deze gesprekken is vlak voor het seminar geadviseerd om vanaf 2012 hepatitis B-vaccinatie in ieder geval aan injecterende druggebruikers aan te bieden. Deze (sterke) versmalling van de doelgroepdefinitie ten opzichte van de definitie binnen het vaccinatieprogramma (zie kader hieronder) heeft implicaties voor de uitwerking van de verschillende scenario's. Daarom is dit punt tijdens het werkseminar meegenomen binnen de vragen aan de hand waarvan de scenario's besproken werden. Hieronder volgt een beschrijving van de vier scenario's, met per scenario de belangrijkste bevindingen vanuit het werkseminar.

4.1 Scenario 1: Niets doen

Het eerste scenario beschrijft de situatie dat de verslavingszorg de vaccinatie tegen hepatitis B niet aan druggebruikers zal aanbieden of verzorgen. In de brief van het RIVM staat weliswaar beschreven dat vaccinatie van (nieuwe aanwas) druggebruikers door de verslavingszorg wenselijk is. Echter, de verslavingszorg is geenszins verplicht om hieraan gehoor te geven. Het stoppen van het vaccinatieaanbod voor

druggebruikers is als gevolg van deze gang van zaken een reële optie geworden. Vandaar dat bespreking van de implicaties van dit scenario tijdens het werkseminar relevant en noodzakelijk was.

Het scenario is als volgt omschreven:

- Er is geen specifieke of extra aandacht voor hepatitis B binnen de verslavingszorg.
- De standaard intakevragen uit de RIOB in het kader van infectieziekten (Bijlage 5) worden gesteld.
- Binnen de eigen instelling wordt geen bloed afgenomen en niet gevaccineerd.
- Bij signalering van risicogedrag of klachten die op hepatitis B wijzen wordt doorverwezen naar de GGD, huisarts of het ziekenhuis voor screening en eventueel vaccinatie.

De deelnemers die dit scenario bespraken hebben een onderscheid gemaakt tussen de implicaties van dit scenario voor de cliënt en de implicaties voor de instelling. De deelnemers hebben voorafgaand aan bespreking van dit scenario niet hun voorkeur voor één van de vier scenario's uitgesproken.

	Voordelen	Nadelen
Cliënt	Minder confrontatie risicogedrag Minder 'gedoe' (geen bloedafname en afspraken nakomen)	Screeningsmoment valt weg Minder informatie status infectieziekten Kosten zijn voor de cliënt zelf
Instelling	Minder werk en kosten Duidelijk beleid	Schiet tekort in zorgverlening Contact GGD verwatert Mogelijk hogere ziektelast als hepatitis B weer opkomt

Voordelen en nadelen voor de cliënt

De belangrijkste genoemde voordelen van dit scenario voor de cliënt zijn dat hij niet of minder geconfronteerd zal worden met (vragen over) zijn risicogedrag en het is 'minder gedoe'. Cliënten worden niet lastiggevallen met bloedprikken en het nakomen van afspraken voor vaccinaties.

De nadelen van dit scenario voor de cliënt hebben vooral te maken met de aandacht die er is voor screening op infectieziekten en daarmee gepaard gaande zorg. Ten eerste valt er een screeningsmoment weg, waarmee mogelijk ook screening op HIV en HCV minder zal worden uitgevoerd. Dit omdat de hepatitis B-vaccinatie in instellingen een aanjager is (geweest) voor andere infectieziekten screening. In deze gevallen wordt het testen op HIV en HCV gekoppeld aan de bloedafname in het kader van de vaccinatie. Het is niet zeker of dit testaanbod blijft bestaan als het contactmoment van het vaccinatieprogramma verdwijnt.

Ten tweede is er minder zicht op de situatie met betrekking tot infectieziekten van de cliënt. Dit kan nadelige gevolgen hebben als risicogedrag niet voldoende gesignaleerd wordt en als een infectie met hepatitis B onopgemerkt blijft.

Tot slot het nadeel voor de cliënt dat, als er binnen dit scenario wel gevaccineerd wordt, de kosten voor de cliënt zijn. Uit ervaring blijkt dat dit reden kan zijn voor cliënten om zich niet te laten vaccineren, ook al lopen ze wel een reëel risico.

Voordelen en nadelen voor de instelling

De voordelen van dit scenario voor de instelling zijn duidelijk en vrij simpel. Ten eerste kost het de instelling minder werk en daarmee minder kosten als dit aanbod verdwijnt. En ten tweede is het te voeren beleid op hepatitis B erg duidelijk: niet screenen en geen bloedafname, tenzij daar een directe aanleiding voor is. In dat geval doorverwijzen.

De nadelen van dit scenario voor de instelling is dat er geen compleet pakket meer wordt aangeboden in de zorgverlening met betrekking tot infectieziekten. Druggebruikers die om verschillende redenen risico lopen op besmetting met hepatitis B (bijvoorbeeld door injecterend gebruik), krijgen geen aanbod om zich tegen deze ziekte te beschermen.

Een tweede nadeel is dat het contact met de GGD dat nu bestaat in het kader van het vaccinatieprogramma zal verwateren. Dit zal hoogstwaarschijnlijk ook negatieve gevolgen hebben voor eventuele samenwerking op het gebied van andere ziekten. Er bestaat (nog) geen vergelijkbaar intensief contact tussen de GGD en de verslavingszorg naast het contact met betrekking tot het hepatitis B-vaccinatieprogramma. Wanneer gebruikers niet meer gevaccineerd worden, dan is er de kans dat het hepatitis B-virus zich kan verspreiden onder cliënten. Een stijging in het aantal druggebruikers met hepatitis B, betekent een stijging van de ziektelast wat samengaat met een toename aan kosten voor zorg, begeleiding en behandeling.

Overige opmerkingen

Opgemerkt wordt dat het waarschijnlijk lastig is om binnen de verslavingszorg te gaan herkennen wanneer hepatitis B weer zal circuleren, mocht het weer opkomen. De klachten van acute of chronische hepatitis B zijn vaag en algemeen en zullen veelal worden toegeschreven aan de leefstijl van de cliënt. Wanneer leverfuncties bepaald worden zal er wellicht snel verwezen worden naar alcoholgebruik. Al met al is het moeilijk om cliënten met hepatitis B eruit te pikken. Daarbij komt dat wanneer het vaccinatieaanbod niet meer bestaat het moeilijk zal zijn om het weer opnieuw op te starten.

4.2 Scenario 2: Alleen campagnematig

Tijdens de werkbezoeken bleek dat een aantal instellingen vaccinatie voor hepatitis B niet opgenomen had in de reguliere werkprocessen, maar de vaccinatie wel aan gebruikers aanbod middels een soort campagnes. Twee verschillende manieren waarop een dergelijke campagne vormgegeven kan worden, gebaseerd op informatie uit de interviews, zijn:

- de verpleegkundige gaat met de benodigde materialen alle locaties langs (outreaching) of
- de verpleegkundige besteedt tijdens de campagne(week) extra aandacht aan hepatitis B in contact met cliënten en benadert alle cliënten van de eigen locatie met een test- en vaccinatieaanbod. Op dit moment worden campagnes ofwel door verpleegkundigen van de verslavingszorginstelling zelf, ofwel door de GGD op locatie uitgevoerd. Dit scenario is op het werkseminar besproken om erachter te komen of deze aanpak wenselijk is wanneer de verantwoordelijkheid voor organisatie en uitvoering van het vaccinatieaanbod bij de verslavingszorg zelf ligt.

Het scenario is als volgt omschreven:

- Een aantal keer per jaar is er een campagne om aandacht te vragen voor hepatitis B.
- Binnen de campagne worden cliënten gevaccineerd door de (infectieziekte)verpleegkundige.
- De verpleegkundige neemt zelf bloed af tijdens de eerste vaccinatie.
- Verpleegkundigen zetten de vervolgvaccinatie tijdens een volgende campagne of individuele gebruikers worden gerappelleerd door de verpleegkundige.

Aan het begin van het bespreken van dit scenario gaven alle deelnemers aan dit groepje aan geen voorkeur te hebben voor dit scenario. Voorkeuren gingen voornamelijk uit naar scenario's 3 en 4. Daarnaast is kort stilgestaan bij de twee voorbeelden van campagnes (zie kader). De meesten hadden een voorkeur voor voorbeeld B. Een outreachende campagne is zeer kostbaar en zou alleen haalbaar zijn als de organisatie waar de outreachende activiteiten plaatsvinden een vergoeding kan leveren voor de uitgevoerde activiteiten. Dat betekent dat de kans groot is dat druggebruikers op andere plaatsen, zoals maatschappelijke opvang, geen vaccinatie meer krijgen aangeboden.

Voordelen	Nadelen
Infectieziekten worden op de kaart gezet Groot bereik (bij lage vaccinatiëgraad) Administratief overzichtelijk	Niet iedereen wordt bereikt Personele inzet/kosten Niet meest cliëntvriendelijke scenario

Voordelen

Doordat er een aantal keer per jaar extra aandacht is voor hepatitis B, kunnen infectieziekten tijdens de campagnes goed op de kaart worden gezet. Wanneer vaccinatie constant wordt aangeboden, kan de aandacht hiervoor verslappen met als gevolg dat vervolgvaccinaties mogelijk vergeten worden. Medewerkers, ook degenen die zich niet direct met het vaccineren bezighouden, en cliënten worden binnen dit scenario standaard een aantal keer per jaar herinnerd aan het belang van zorg voor infectieziekten bij deze doelgroep.

Wanneer de vaccinatiëgraad op een bepaalde locatie laag is, kan een campagne zorgen voor een groot bereik in zeer korte tijd. Tegenhanger is dat de investering in een campagne waarschijnlijk te weinig oplevert op een locatie waar de vaccinatiëgraad hoog is.

Een derde voordeel van campagnematig werken is dat de administratie (registratie van gevaccineerde cliënten) in één keer kan worden afgehandeld tijdens of direct na de campagne. De kans dat registratie wordt vergeten is klein. Daarbij komt dat rappelleren van cliënten ook voor een grotere groep in één keer kan worden gedaan. Dat maakt het gemakkelijker om bij te houden.

Nadelen

Alleen campagnematig werken heeft als nadeel dat cliënten alleen gevaccineerd worden als ze op het moment van de campagne op de betreffende locatie aanwezig zijn. Deels kan dit ondervangen worden door de vaccinatie op de tijden van de methadonverstrekking aan te bieden en ervoor te zorgen dat alle cliënten tijdens de campagne voor methadon moeten komen. Toch zal ook dan het bereik niet volledig zijn. Er zullen altijd cliënten tussenzitten die ten tijde van de campagne niet gevaccineerd willen worden. Er is bij campagnematig werken dan weinig ruimte om er later nog eens op terug te komen.

Voor het organiseren en uitvoeren van een campagne zijn voldoende middelen en voldoende mankracht nodig. Hoe groter de locatie en hoe meer cliënten er in korte tijd gevaccineerd moeten worden, hoe meer personele inzet er tijdens de campagne nodig is. Zeker voor grotere locaties/organisaties kan dit scenario daarom een kostbare optie zijn. Deelnemers van een kleine locatie geven aan dat juist campagnematig werken goed werkbaar is, omdat je dan de tijd die je anders steeds tussendoor eraan besteedt meer kunt concentreren/bundelen.

Het laatstgenoemde nadeel is dat dit scenario niet het meest cliëntvriendelijke scenario is. Er komt tijdens de campagne opeens veel op hun af en het benaderen van cliënten als een te vaccineren groep heeft als risico dat de benadering als te weinig persoonlijk ervaren wordt.

Overige opmerkingen

Naast de belangrijkste voor- en nadelen is er nog een aantal andere punten aan bod gekomen tijdens de discussie over dit scenario. Zo werden als randvoorwaarden genoemd dat meerdere medewerkers in staat moeten zijn om bloed te prikken, zeker bij grote locaties. Tevens is extra scholing van medewerkers nodig op het gebied van hepatitis B, vaccinatie en bloedprikken. Deelnemers van drie verschillende instellingen voor verslavingszorg geven aan geen expertise in huis te hebben om bloed te prikken. Bloedprikken zou dan via het laboratorium moeten lopen, wat voor een aantal gebruikers een grote drempel is.

Binnen dit scenario wordt geen rol meer gezien voor de GGD. Alleen hulp bij bloedafname zou gewenst zijn, maar de kans dat de GGD dit op individuele basis zal verzorgen wordt zeer klein ingeschat. Positieve uitslagen krijgt de GGD direct door vanuit het laboratorium, dus ook daarvoor hoeft de samenwerking niet meer te blijven bestaan. Het contact/de samenwerking met de GGD zal binnen dit scenario hoogstwaarschijnlijk verdwijnen.

Bij versmalling van de doelgroep naar alleen injecterend druggebruikers is dit scenario niet uitvoerbaar. Deelnemers geven aan dat het aantal keer dat dan bloed afgenomen zou moeten worden te laag is voor voldoende prikervaring om prikbevoegd te kunnen blijven. Op locaties waar alle gebruikers een totaal testaanbod krijgen zal dit minder problemen opleveren. Maar dit is nog (lang) niet de situatie binnen alle instellingen en locaties in Nederland.

4.3 Scenario 3: Alleen binnen de intake

Het derde scenario werd als optie door het RIVM genoemd in de brief waarin de beleidswijziging werd medegedeeld (Bijlage 1). Binnen dit scenario krijgt vaccinatie voor hepatitis B een plek binnen de bestaande zorgstructuren in de verslavingszorg, namelijk de Richtlijn Opiatonderhoudsbehandeling (RIOB).

Het scenario is als volgt omschreven:

- De standaard intakevragen uit de RIOB in het kader van infectieziekten (Bijlage 5) worden gesteld.
- In geval van risicogedrag (of behorend tot de doelgroep) wordt door de verpleegkundige direct bloed afgenomen en de eerste vaccinatie gezet.
- Vervolgvaccinaties worden bijgehouden door de infectieziekteverpleegkundige.
- Het geven van vervolgvaccinaties kan door meerdere verpleegkundigen worden uitgevoerd.

Aan het begin van het bespreken van dit scenario gaven twee deelnemers uit dit groepje aan de voorkeur te hebben voor dit scenario. De rest had de voorkeur voor scenario 4.

Voordelen	Nadelen
Creëert structuur Niet persoonsgebonden	Verlies van cliënten die niet binnen zorg vallen RIOB wordt vaak niet nageleefd Geen landelijke registratie binnen VZ

Voordelen

Binnen dit scenario wordt een duidelijke structuur binnen het beleid gecreëerd, door aan te sluiten op bestaande structuren. Vaccinatie heeft een duidelijke plek binnen de zorgverlening en staat niet meer als aparte activiteit op zichzelf. Dit zorgt voor een optimale borging.

Het tweede voordeel aan dit scenario is dat de uitvoering niet persoonsgebonden is. Elke verpleegkundige die betrokken is bij de uitvoering van de RIOB moet in staat zijn om handelingen rondom de hepatitis B-vaccinatie uit te voeren, zodat inderdaad direct tijdens de intake of evaluatiemomenten gevaccineerd kan worden. Er is niet één persoon verantwoordelijk voor vaccinatie. Als iemand wegvalt, dan heeft dat in principe geen consequenties voor de zorg op het gebied van hepatitis B.

Nadelen

Een nadeel van dit scenario is dat de doelgroep versmald wordt. Vaccinatie wordt binnen een structuur ondergebracht waar alleen cliënten onder vallen die in de methadonverstrekking zitten. Druggebruikers die geen methadon krijgen maar mogelijk wel in aanmerking komen voor vaccinatie zullen niet meer gevaccineerd worden. Dit zijn bijvoorbeeld druggebruikers die voornamelijk op straat of in de maatschappelijke opvang te vinden zijn. Of cliënten zonder registratie of zonder verblijfsvergunning. Overigens is dit risico ook aanwezig bij de andere scenario's, omdat de kans zeer klein is dat de verslavingszorg vaccinatie aan niet-clieënten zal kunnen bekostigen.

Een tweede nadeel heeft te maken met de praktische haalbaarheid van dit scenario. Borging binnen de RIOB lijkt een goede manier om uitvoering van vaccinatie voor hepatitis B te garanderen. Echter, het probleem hiermee is dat de RIOB nog lang niet binnen alle instellingen, of op alle locaties, volledig nageleefd wordt. Met name de vragen uit de intake en bij evaluatiemomenten zoals gesteld in de RIOB worden niet structureel en eenduidig uitgevraagd. Wanneer de RIOB niet of onvolledig wordt uitgevoerd, zal borging binnen deze structuur er niet automatisch voor zorgen dat vaccinatie ook zal worden uitgevoerd.

Een laatste nadeel van dit scenario is dat registratie van de gegeven hepatitis B-vaccinaties via de persoonlijke cliëntendossiers zal lopen. Binnen de verslavingszorg is er geen sprake van landelijke registratie. Druggebruikers zijn een mobiele groep, die niet altijd is gebonden aan een bepaalde locatie of regio. Daarmee lopen ze het risico meerdere keren gevaccineerd te worden als bij een bepaalde locatie niet bekend is of opgezocht kan worden of de druggebruiker in kwestie al ergens anders vaccinaties heeft ontvangen. Ook dit is een punt dat hoogstwaarschijnlijk ook bij de andere scenario's een rol zal spelen, omdat ook bij campagnematig werken elke instelling haar eigen registratie erop na zal houden en er geen landelijke afstemming hierin zal plaatsvinden.

4.4 Scenario 4: Binnen de intake & campagnematig

Omdat er zowel bij het tweede scenario (campagnematig) als bij het derde scenario (binnen de RIOB) druggebruikers zijn die gemist worden bij het vaccineren is gekozen voor nog een laatste scenario waarbinnen deze twee gecombineerd worden. Dit is het meest complete pakket aan activiteiten die de verslavingszorg zou kunnen inzetten om hepatitis B-vaccinatie van druggebruikers te organiseren.

Het scenario is als volgt omschreven:

- De standaard intakevragen uit de RIOB in het kader van infectieziekten (Bijlage 5) worden gesteld.
- In geval van risicogedrag (of behorend tot de doelgroep) wordt door de verpleegkundige direct bloed afgenomen en de eerste vaccinatie gezet.
- Vervolgvaccinaties worden bijgehouden door de infectieziekteverpleegkundige.
- Het geven van vervolgvaccinaties kan door meerdere verpleegkundigen worden uitgevoerd.
- Daarnaast worden bestaande cliënten (en niet-clieënten?) middels 'campagnes' benaderd voor bloedafname, eerste vaccinatie en vervolgvaccinaties (zie ook scenario 2).

Dit scenario is een samenvoeging van twee al besproken scenario's en de genoemde voor- en nadelen komen daarom vrijwel geheel overeen met de genoemde voor- en nadelen bij scenario's 2 en 3. Omdat deze voor- en nadelen al uitgebreid zijn beschreven, zal hier volstaan worden met slechts puntsgewijze herhaling van de voor- en nadelen die op dit laatste scenario van toepassing zijn.

Voordelen	Nadelen
Infectieziekten worden op de kaart gezet Groot bereik (bij lage vaccinatiegraad) Administratief overzichtelijk	Niet iedereen wordt bereikt Personele inzet/kosten Niet meest cliëntvriendelijk scenario
Creëert structuur Niet persoonsgebonden	Verlies van cliënten die niet binnen zorg vallen RIOB wordt vaak niet nageleefd Geen landelijke registratie binnen VZ

4.5 Over de doelgroep(definitie)

Zoals aan het begin van dit hoofdstuk genoemd is, zijn het RIVM en GGZ Nederland tot overeenstemming gekomen dat per 1 januari 2012 in ieder geval (ooit) injecterend druggebruikers in aanmerking zouden moeten komen voor vaccinatie tegen hepatitis B. Omdat deze doelgroepdefinitie (alleen injecterend druggebruikers) afwijkt van de doelgroep zoals omschreven in het draaiboek van het programma (druggebruikers met huidig harddruggebruik of gebruik van harddrugs in het verleden (met name intraveneus druggebruik), die gebruikmaken van de laagdrempelige verslavingszorg en -opvang), is in de discussie ook gesproken over de te vaccineren doelgroep.

In één van de subgroepen hebben de deelnemers expliciet aangegeven welke doelgroep zij zouden willen hanteren. De meesten willen de doelgroep vanuit preventief oogpunt zo breed mogelijk houden, omdat druggebruikers niet altijd toegeven te spuiten of te hebben gespoten. Een aantal waren voor het vaccineren van druggebruikers die risicogedrag vertonen, waarbij risicogedrag breder gedefinieerd wordt dan alleen spuiten. Eén deelnemer met de voorkeur voor scenario 1 zou helemaal geen druggebruikers meer vaccineren per 2012. In de bredere

discussie over de doelgroepdefinitie met alle deelnemers leken de voorkeuren hierin ongeveer gelijk verdeeld te zijn. De meesten leken te neigen naar het continueren en opzetten van vaccinatieaanbod voor een brede doelgroep.

Tijdens het werkseminar kwam nog een ander argument naar voren voor continuering van het vaccinatieaanbod voor een brede doelgroep. Er werden namelijk sterke signalen geuit van een mogelijke toename van populariteit van spuiten. Omdat druggebruikers die ook basecoke gebruiken steeds meer longklachten krijgen, is het roken van drugs (basen of chinezen) niet altijd meer mogelijk. Druggebruikers gaan in dat geval op zoek naar alternatieve manieren om het gebruik voort te kunnen zetten. Overstappen naar injecteren van drugs is dan een voor de hand liggende optie. Hoewel er signalen vanuit de werkvloer komen dat sommige gebruikers inderdaad voor deze optie kiezen, zijn er nog geen cijfers bekend die deze signalen kunnen onderbouwen.

Daarbij komt dat het gebruik steeds vaker bij mensen thuis plaatsvindt. In tegenstelling tot gebruiksruimten, is er bij de mensen thuis geen toezicht op het delen van naalden en ander risicogedrag. Toename van injecterend druggebruik en risicogedrag, met een bijkomende toenemende kans op overdracht van hepatitis B is daarmee geen ondenkbaar scenario voor de (nabije) toekomst. Door het hepatitis B-vaccinatieaanbod nu sterk terug te draaien, kan dit ertoe leiden dat het straks weer op grotere schaal moeten opzetten van dit aanbod achter zal lopen op een mogelijke stijging in de incidentie.

Ten slotte werd opgemerkt dat het nieuwe beleid als risico heeft dat randgroepen worden gemist. Druggebruikers zijn een mobiele groep, die niet altijd een continu contact met de verslavingszorg hebben. Druggebruikers die wel in aanmerking komen voor (een vervolg)vaccinatie zullen met dit beleid worden gemist als zij op dat moment niet staan ingeschreven bij een instelling voor verslavingszorg. Niet-ingeschreven druggebruikers kunnen nu nog via het programma en het landelijke registratiesysteem door outreach-activiteiten van de GGD (bijvoorbeeld bij de maatschappelijke opvang) gevaccineerd en gerappelleerd worden voor vervolgvaccinatie.

Tijdens het werkseminar werd de vraag gesteld welke ketenpartners hierin een rol zouden kunnen of moeten spelen? Bij wie ligt de verantwoordelijkheid van bereik en (vervolg)vaccinatie van deze druggebruikers? Vragen die mogelijk beantwoord kunnen worden in de werkgroep die zich buigt over de overdracht van het vaccinatieprogramma van het CIb naar de verslavingszorg.

4.6 Overige opmerkingen

Binnen de discussie die volgde op de terugkoppeling van de belangrijkste voor- en nadelen van de scenario's aan de gehele groep, werden nog twee relevante opmerkingen gemaakt die we hier willen noemen.

Ten eerste werd door een verslavingsarts opgemerkt dat hij een scenario miste. Dat scenario is om eerst in kaart te brengen wie van de cliënten nog niet is gevaccineerd. Deze cliënten kunnen dan, op basis van hun risicogedrag, gericht benaderd worden met het vaccinatieaanbod. Er was helaas onvoldoende tijd om ook dit scenario nog aan een discussie over de voor- en nadelen te onderwerpen. Dit scenario hoeft in principe de andere scenario's niet uit te sluiten. Het beschrijft een werkwijze die als aanvulling binnen de verschillende scenario's toegepast zou kunnen worden.

Ten tweede maakte een van de deelnemers een opmerking over opname van het hepatitis B-vaccin in het Rijksvaccinatieprogramma. Dat betekent namelijk dat de overheid van mening is dat alle inwoners van Nederland gevaccineerd zouden moeten worden tegen hepatitis B, ongeacht het risicoprofiel. In dit licht is het eigenlijk vreemd dat een doelgroep waarbinnen het percentage dragers en immunen hoger ligt dan binnen de algemene bevolking, niet meer vanzelfsprekend in aanmerking komt voor vaccinatie.

Scenariovoorkeur van deelnemers

Vlak voor afsluiting van het werkseminar is alle deelnemers gevraagd om, met de besproken voor- en nadelen in het achterhoofd, aan te geven naar welk scenario hun voorkeur uitgaat voor de uitvoering van de hepatitis B-vaccinaties binnen de verslavingszorg per 1 januari 2012.

De meerderheid van de deelnemers had de voorkeur voor scenario 4 (veertien deelnemers) of scenario 3 (elf deelnemers). Eén deelnemer, van een locatie waar op dit moment niets wordt gedaan op het gebied van hepatitis B of andere infectieziekten, sprak de voorkeur uit voor scenario 1. De overige deelnemers hebben geen duidelijke voorkeur uitgesproken. Inbedding binnen de intake en evaluatiemomenten op basis van de RIOB wordt daarmee door de overgrote meerderheid gedragen.

5 Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk geven we in paragraaf 6.1 antwoord op de onderzoeksvragen en trekken we conclusies uit de resultaten. Een korte discussie over het onderzoek volgt in paragraaf 6.2.

5.1 Conclusie

Op basis van de bevindingen die verkregen zijn uit de interviews en het werkseminar geven we hier antwoord op de onderzoeksvraag: *'Hoe is het hepatitis B-vaccinatieprogramma voor de risicogroep druggebruikers, in 2011, in de verslavingszorg georganiseerd, en hoe wordt het uitgevoerd?'*

Uit de verzamelde gegevens, afkomstig uit de interviews en het werkseminar, komt naar voren dat bij vier van de elf instellingen het hepatitis B-vaccinatieprogramma op alle locaties, consequent en op een systematische wijze wordt uitgevoerd. Bij vier instellingen wordt het programma wel uitgevoerd maar blijkt er een versnippering te zijn in de uitvoering; hier wordt niet op alle locaties, al dan niet op een eenduidige manier, gevaccineerd óf het is onduidelijk of op alle locaties wordt gevaccineerd. Binnen drie instellingen wordt het programma ten tijde van het onderzoek niet of nauwelijks uitgevoerd. Zij zijn echter wel bekend met het vaccinatieprogramma; beide instellingen hebben in het verleden al dan niet actief gevaccineerd.

Op basis van de resultaten van de interviews concluderen we dat er naast een aantal overeenkomsten vooral verschillen bestaan in de uitvoering van het hepatitis B-vaccinatieprogramma voor druggebruikers tussen verslavingszorginstellingen. Daarbij kunnen we vaststellen dat het één niet beter werkt dan het ander of dat er binnen 'verslavingsland' een sterke voorkeur voor het een of het ander wordt gedeeld. Wat werkt is afhankelijk van de specifieke regionale of lokale situatie en de interne structuren van een instelling. Daarnaast hanteren geen twee instellingen een exact zelfde uitvoering van het vaccinatieprogramma. In alle aspecten van het vaccinatieprogramma vinden we verschillen.

Het belangrijkste verschil werd gevonden in de taakverdeling tussen de instellingen en de GGD, aangaande zaken als vaccineren, bloedafname en registreren. Bij het merendeel van de instellingen zijn er expliciete afspraken gemaakt over de verdeling van de uit te voeren taken met betrekking tot hepatitis B-vaccinatie. De mate waarin de GGD taken uitvoert verschilt sterk tussen verslavingszorginstellingen. Hoewel binnen veel instellingen zelf wordt gevaccineerd, geregistreerd en bloed wordt afgenomen, speelt de GGD bijna overal een belangrijke rol in de ondersteuning. Bij een enkele instelling speelt de GGD hierin een minimale tot geen rol.

Daarnaast bestaan er verschillen op het gebied van de te vaccineren doelgroep druggebruikers. Het merendeel van de instellingen hanteert de definitie zoals die door het draaiboek van het vaccinatieprogramma gesteld is: 'Druggebruikers met huidig harddruggebruik of gebruik van harddrugs in het verleden (met name intraveneus druggebruik), die gebruikmaken van de laagdrempelige verslavingszorg en -opvang.' Het verschil tussen instellingen zit vooral in de 'groep' druggebruikers op welke de definitie wordt toegepast. Zo vaccineert de ene instelling alleen de druggebruikers die vallen binnen de methadonverstrekking, terwijl andere instellingen alle ingeschreven druggebruikers vaccineren die gebruikmaken van de verschillende locaties. Hieronder vallen onder andere druggebruikers die gebruikmaken van methadonposten, gebruikersruimten, klinieken en

leefgemeenschappen. Enkele instellingen vaccineren daarbij ook GHB-gebruikers en sporadisch softdrug- en alcoholgebruikers. Op basis hiervan kunnen we concluderen dat de omvang van de te vaccineren doelgroep per instelling wordt bepaald door hoe breed/smal de doelgroepdefinitie wordt toegepast.

Naast verschillen tussen instellingen blijken er ook grote verschillen binnen instellingen te bestaan in de uitvoering van het programma. Het blijkt dat het werken onder dezelfde instellingsnaam niet automatisch inhoudt dat er binnen de gehele instelling een eenduidige uitvoering van het hepatitis B-vaccinatieaanbod bestaat. Vooral binnen geografisch grote instellingen met diverse locaties en diverse GGD-regio's zijn er locaties die als 'eilandjes' opereren. Onder de geïnterviewden wordt dit als een groot knelpunt ervaren; zij zien liever een instellingbreed vaccinatiebeleid.

Door instellingen te vragen naar de succes- en belemmerende factoren in de uitvoering van het programma binnen de verslavingszorg hebben we een mooie balans op kunnen maken bij welke instellingen het programma goed loopt en welke instellingen op dit gebied wat achterblijven. Naast het feit dat deze inzichten de mogelijkheid bieden instellingen met elkaar te vergelijken, hebben we door het inventariseren van deze factoren aanknopingspunten gevonden om een aantal actiepunten te beschrijven die de kans op een optimale uitvoering van het hepatitis B-vaccinatieaanbod binnen de verslavingszorg in 2012 vergroten (hoofdstuk 7). Deze actiepunten zijn verder aangescherpt en bijgesteld op basis van de scenariobespreking op het werkseminar.

Tijdens het werkseminar zijn met verschillende medewerkers uit de verslavingszorg vier scenario's besproken om het vaccinatieaanbod voor hepatitis B vanaf 2012 vorm te geven binnen de verslavingszorg, te weten:

Scenario 1: Niets doen

Scenario 2: Campagnematig vaccineren

Scenario 3: Vaccinatie binnen de intake en evaluatiemomenten van de RIOB

Scenario 4: Combinatie van scenario 2 (campagne) en 3 (intake)

Op basis van de besproken voor en nadelen spraken de meeste aanwezigen de voorkeur uit voor scenario 4 en scenario 3. Dat betekent dat inbedding van vaccinatie voor hepatitis B binnen de intake en evaluatiemomenten van de RIOB door de overgrote meerderheid wordt gedragen. Daarbij moet wel de kanttekening worden gemaakt dat de RIOB lang niet binnen alle instellingen, of op alle locaties, volledig nageleefd wordt. Wanneer de RIOB niet of onvolledig wordt uitgevoerd, zal borging binnen deze structuur er niet automatisch voor zorgen dat vaccinatie ook zal worden uitgevoerd. De haalbaarheid en wenselijkheid van een campagnematige aanpak hing samen met de grootte van een locatie of instelling. Deze aanpak lijkt meer aangewezen bij kleinere locaties/instellingen.

Vanuit het werkseminar is de voorkeur uitgesproken om de doelgroep voor vaccinatie breed te houden, met als absoluut minimumdefinitie 'druggebruikers die risicogedrag vertonen' (spuiten, maar bijvoorbeeld ook onveilige seks). Omdat gebruikswijzen en risicogedrag niet altijd een stabiel verloop laten zien en omdat gebruikers niet altijd open zijn over hun risicogedrag, gaf een meerderheid van de deelnemers aan het seminar aan het liefst een zo brede groep preventief te blijven vaccineren. Daarbij werden tevens signalen geuit van een licht toenemende populariteit van spuiten onder gebruikers die steeds meer longklachten krijgen door het roken van drugs.

Een laatste aandachtspunt vanuit zowel de interviews als het werkseminar is de mobiliteit van de doelgroep. Druggebruikers zijn een mobiele groep, die niet altijd gebonden is aan een bepaalde locatie of regio en die niet altijd een continu contact

met de verslavingszorg heeft. Deze mobiliteit, in combinatie met het ontbreken van een landelijke registratie binnen de verslavingszorg, maakt het lastig om goed overzicht te houden of iemand wel of niet gevaccineerd is en wie wanneer in aanmerking komt voor vervolgvaccinatie. Met als risico dat druggebruikers meerdere keren gevaccineerd worden of het risico dat druggebruikers die in aanmerking komen voor (een vervolg)vaccinatie worden gemist wanneer zij op dat moment niet staan ingeschreven bij een instelling voor verslavingszorg. Dit knelpunt kwam ook naar voren tijdens de interviews in het feit dat geïnterviewden vaak niet in staat waren om aan te geven hoeveel of welk percentage druggebruikers binnen hun regio gevaccineerd zijn (op basis van de eigen registratie). De cijfers afkomstig uit het landelijk registratiesysteem blijken de meest betrouwbare en recente te zijn wanneer het gaat om vaccinatiegegevens. De actiepunten die zijn geformuleerd naar aanleiding van de resultaten uit de interviews en het werkseminar worden beschreven in hoofdstuk 7.

5.2 Discussie

Met dit onderzoek is getracht de stand van zaken van het huidige hepatitis B-vaccinatieprogramma binnen de verslavingszorg in kaart te brengen. Daarvoor zijn interviews uitgevoerd, zowel tijdens werkbezoeken als telefonisch, met verslavingszorgmedewerkers die betrokken zijn bij de uitvoering en organisatie van het hepatitis B-vaccinatieprogramma voor de doelgroep druggebruikers. Door voornamelijk de GGD-coördinatoren van het programma te vragen naar hun contacten binnen de verslavingszorg, is het gelukt om binnen korte tijd de juiste personen binnen de verslavingszorginstellingen te lokaliseren voor de interviews.

Deze werkwijze was nodig, omdat de structuren en taakverdeling op het gebied van infectieziektepreventie niet altijd even helder zijn binnen instellingen voor verslavingszorg. Zeker waar het de grote(re) organisaties betreft, met veel verschillende afdelingen, divisies, locaties en/of zorgaanbod, is het lastig om via het (hogere) management de juiste mensen op de werkvloer in kaart te brengen. Op een aantal instellingen na is er vaak geen instellingbreed beleid, met een heldere werkwijze en taakverdeling, aanwezig voor hepatitis B-vaccinatie. Het wel of niet aanwezig zijn van een duidelijk beleid of een heldere werkwijze heeft een rol gespeeld in het feit dat het in kaart brengen van de organisatie en uitvoering van hepatitis B-vaccinatie binnen de ene instelling gemakkelijker te realiseren was dan bij de andere instelling.

Het ontbreken van een instelling breed vaccinatiebeleid heeft mogelijk als oorzaak dat coördinatie en verantwoordelijkheid voor de uitvoering tot nu toe bij de GGD lag en niet bij de verslavingszorg. Vaccinatieactiviteiten zijn zodoende binnen de meeste verslavingszorginstellingen met name 'bottom up' ontstaan op basis van het initiatief van ofwel de GGD ofwel een enthousiaste verpleegkundige binnen de verslavingszorg. In deze situatie is het sterk afhankelijk van het management of dergelijke activiteiten worden opgepakt en tot een instellingbreed niveau worden getrokken. Het verschil tussen instellingen in het wel of niet oppakken van nieuwe activiteiten kan mogelijk verklaard worden door de innovatietheorie van Rogers (Nutbeam, 2009). Deze theorie stelt dat er altijd enkele instellingen zijn die voorlopen op het aannemen van 'nieuwe' activiteiten, in dit geval de vaccinatieactiviteiten, terwijl andere instellingen hierin een meer afwachtende rol aannemen. Bij een aantal instellingen waar het wel is opgepakt zijn interne netwerken van verpleegkundigen geïnstalleerd die binnen een aantal taken op het gebied van infectieziekten ook de hepatitis B-vaccinatie voor druggebruikers verzorgen. Bij andere instellingen is het tot nog toe gebleven bij locatiegebonden activiteiten, al dan niet met sterke ondersteuning van de GGD.

Hoewel de coördinatie van het programma bij de GGD ligt, hebben we er in dit onderzoek voor gekozen ons alleen te richten op de verslavingszorg. De GGD-coördinatoren zijn zelf niet geïnterviewd. Het primaire doel van het onderzoek was om te kijken wat er specifiek binnen de verslavingszorginstellingen wordt gedaan met betrekking tot het hepatitis B-vaccinatieprogramma. Echter, het is niet uitgesloten dat we niet alle contacten van de GGD-coördinatoren boven water hebben gekregen. Daarnaast is het mogelijk dat er informatie is die wel bij de GGD bekend is, maar niet bij de medewerkers van de verslavingszorg. Bijvoorbeeld over werkwijzen uit het verleden of over andere locaties in de regio waar druggebruikers worden gevaccineerd (bijvoorbeeld maatschappelijke opvang, hostels enzovoort). Dit onderzoek geeft daarmee geen compleet beeld van het hepatitis B-vaccinatieprogramma voor druggebruikers, maar beperkt zich tot de activiteiten en kennis die bij de verslavingszorg aanwezig zijn.

De keuze voor de focus op de verslavingszorg hangt samen met de aanleiding van dit onderzoek. Het CIB heeft het Trimbos-instituut gevraagd dit onderzoek uit te voeren naar aanleiding van de beleidswijziging om druggebruikers per 1 januari 2012 niet meer binnen het vaccinatieprogramma hepatitis B-risicogroepen te vaccineren. Het wel of niet vaccineren van druggebruikers op basis van risicogedrag wordt daarmee de verantwoordelijkheid van de verslavingszorg. De resultaten uit dit onderzoek kunnen als uitgangspunt worden gebruikt bij het bepalen van wat er (nog) moet gebeuren wil de verslavingszorg het vaccinatieaanbod geheel zelfstandig uitvoeren. Daarom hebben we tijdens het onderzoek niet alleen naar het heden en (recente) verleden gekeken, maar hebben we ook in een werkseminar met verschillende mensen uit de verslavingszorg alvast een vooruitblik genomen op hoe het vaccinatieaanbod er in de toekomst uit zou kunnen zien.

6 Slotwoord

De bestuurders van de instellingen voor verslavingszorg hebben inmiddels, naar aanleiding van gesprekken met het CIB, de verantwoordelijkheid op zich genomen om hepatitis B-vaccinatie als individuele zorg voor injecterende druggebruikers op te nemen in het zorgaanbod van de verslavingszorginstellingen. Dit betekent dat de verslavingszorg stappen zal moeten ondernemen om hepatitis B-vaccinatie vanaf 2012 zelfstandig aan te bieden aan cliënten die hiervoor in aanmerking komen. Gezien de uitkomsten van dit onderzoek zal dat voor de ene instelling betekenen om de huidige werkwijze met kleine aanpassingen voort te zetten. Voor andere instellingen, waar nog geen eenduidig beleid of werkwijze aanwezig is, betekent dit het ondernemen van een aantal stappen om te komen tot borging van het vaccinatieaanbod binnen de instelling. Met de uitkomsten van dit onderzoek en met name de actiepunten die staan beschreven in hoofdstuk 7 hopen we de instellingen hierbij te kunnen ondersteunen en een positieve bijdrage te leveren in de overgang van een collectief vaccinatieprogramma van het RIVM naar een individueel vaccinatieaanbod voor druggebruikers binnen de verslavingszorg.

Eind januari 2011 communiceerde het CIB haar besluit om druggebruikers vanaf 2012 niet meer als risicogroep in aanmerking te laten komen voor de gratis hepatitis B-vaccinatie. Dat besluit was genomen op basis van het feit dat het aantal vaccinaties terugliep en acute hepatitis B onder druggebruikers al jaren niet tot nauwelijks voorkwam. Ook speelde mee dat injecterend druggebruik al jarenlang afneemt. Het CIB stelde in haar brief voor om vaccinatie wel op individueel niveau voor bepaalde druggebruikers op te nemen in de individuele verslavingszorg voor druggebruikers.

Tijdens de expertmeeting van september 2010 is inderdaad aangegeven dat het logisch en wenselijk is dat hepatitis B-vaccinatie in de intake bij de verslavingszorg geïmplementeerd zou worden; bij de risicogroep zoals die in het draaiboek van het hepatitis B-vaccinatieprogramma is geformuleerd. Echter, in de expertmeeting is ook aangegeven dat de overgang naar de verslavingszorg geleidelijk zou moeten verlopen, juist omdat – en de resultaten van het huidige onderzoek bevestigen dat – de verslavingszorg regionaal en zelfs lokaal verschillend omgaat met de hepatitis B-vaccinatie. Op de werkvloer bestaat de reële angst dat met de snelle overdracht de hepatitis B-vaccinatie zal verdwijnen voor druggebruikers. Het hepatitis B-vaccinatieprogramma heeft in de afgelopen tien jaar bijgedragen aan de agendering van infectieziektebestrijding in de verslavingszorg, aan kennis rondom druggebruik(ers) bij GGD'en en aan de uitvoering van infectieziektebestrijding in het algemeen bij de risicogroep druggebruikers. Conclusie is wel dat infectieziektebestrijding nog niet in alle instellingen voor verslavingszorg de plaats heeft die het verdient.

Wat brengt de toekomst? In mei 2011 zijn het CIB en het Netwerk Verslavingszorg van GGZ Nederland tot overeenstemming gekomen om (ooit) injecterende druggebruikers in aanmerking te laten komen voor hepatitis B-vaccinatie in de verslavingszorg op basis van individuele zorgverlening. Inmiddels – begin juli 2011 – heeft het Netwerk Verslavingszorg besloten dat de hepatitis B-vaccinatie voor nieuwe heroïnespuiters onder de zorgplicht van instellingen voor verslavingszorg valt. Nog steeds is onduidelijk hoe de verslavingszorg de vaccinatie zou kunnen financieren, al hebben de bestuurders toegezegd contact te zullen zoeken met zorgverzekeraars.

Gedurende het onderzoek zijn zowel door geïnterviewden als door deelnemers op het werkseminar zorgen geuit over de huidige gang van zaken en deze nieuwe doelgroepdefinitie (nieuwe heroïnespuiters). De vraag rijst wanneer een gebruiker een 'nieuwe spuiters' is. Gaat het hier om nieuwe cliënten die injecteren, of ook om bestaande cliënten die (opnieuw) beginnen met injecteren? Op het werkseminar werden signalen uitgesproken over toenemend injecterend middelengebruik. Reden daarvoor zijn de longproblemen die vele druggebruikers hebben. Wat te doen als er onverhoopt een hepatitis B-uitbraak is onder gebruikers? Zal dit nieuwe beleid van de verslavingszorg dan voldoende zijn om een dergelijke uitbraak op tijd te signaleren en adequaat te reageren?

Op de werkvloer bestaat tevens twijfel over de haalbaarheid van het vaccineren van (ooit) injecterende druggebruikers. Immers, veel gebruikers zullen in een intake niet aangeven dat zij spuiten (of gespoten hebben). En ook de mobiliteit van de groep baart de werkers zorgen; zij vragen zich af hoe een gestarte vaccinatierreeks afgemaakt kan worden bij deze mobiele groep. En wat te doen met de vele gebruikers die in detentie één van de drie vaccinaties krijgen?

Dit zijn vragen en kwesties die een antwoord verdienen en die het komende halfjaar beantwoord zullen moeten worden door het RIVM en GGZ Nederland in samenspraak met het werkveld.

7 Actiepunten

Zoals inmiddels duidelijk is geworden uit de resultaten van de interviews en werkbezoeken zijn er grote verschillen in de organisatie en uitvoering van het programma tussen en binnen de instellingen. Vandaar dat het niet mogelijk is om 'de gouden standaard' te beschrijven die bij landelijke toepassing een optimale uitvoering van het aanbod garandeert. Wat wel mogelijk is, is op basis van alle verzamelde gegevens een aantal actiepunten te beschrijven, die de kans op een optimale uitvoering kunnen vergroten. Hoe deze actiepunten worden uitgewerkt in de praktijk kan elke instelling afstemmen op de eigen situatie. Hieronder beschrijven we deze actiepunten. Daarbij moet worden opgemerkt dat de actiepunten vooral in samenhang met elkaar voor een optimale uitvoering en borging van het vaccinatieaanbod zullen zorgen.

7.1 Wijs een voortrekker/coördinator aan

Zowel uit de theorie als uit de praktijk blijkt dat de aansturing vanuit een centraal punt, en met name door een voortrekker, werkt in het versterken van de positie van het vaccinatieaanbod binnen de instelling. De 'voortrekker' is daarbij competent in het uitvoeren van het vaccinatiebeleid, en daarnaast ook toegewijd om het hepatitis B-vaccinatieaanbod binnen de instelling op de kaart te zetten en te behouden. Deze voortrekker/coördinator:

- Fungeert als contactpersoon tussen hoger management en werkvloer.
- Stelt een team aan van (aandachts)verpleegkundigen.
- Onderhoudt contacten met externe actoren zoals GGD en laboratorium.
- Heeft een voorbeeldfunctie voor verpleegkundigen en hij/zij is tevens een persoon binnen de organisatie waar collega's bij terecht kunnen voor advies (vraagbaak).
- Hoeft niet per se instellingbreed te werken, ook een aantal verschillende voortrekkers op diverse locaties blijkt te werken (Grol & Wensing, 2006).

7.2 Leg de uitvoering van hepatitis B-werkprocessen vast in een beleidsplan/werkplan

Voor de continuering van vaccinatieactiviteiten is borging uiterst belangrijk. Een van de manieren om het hepatitis B-vaccinatieaanbod binnen de verslavingszorg te borgen, is te zorgen voor een heldere structuur, taakverdeling en duidelijk afspraken hierover die op papier zijn vastgelegd. Dit betekent opname van hepatitis B-vaccinatie in de beleidsplannen, maar ook zorgen dat de benodigde taken en bevoegdheden in de functieomschrijving van medewerkers zijn beschreven. Vastlegging geeft een grotere garantie van continuering van het aanbod bij verloop van personeel.

Over de volgende aspecten moeten afspraken gemaakt worden en op papier worden vastgelegd:

- Taakverdeling met betrekking tot bloedafname, vaccinatie en registreren.
- Opnemen van deze taken in de functieomschrijving van medewerkers.
- Afspraken met laboratorium over hoe en wanneer bloedsuitslagen worden gecommuniceerd.
- De bestelling, levering en het bewaren van vaccins.
- Informatievoorziening aan en scholing van eigen medewerkers.
- Voorlichting aan druggebruikers over hepatitis B en het vaccinatieaanbod.

Vanaf 2012 is de GGD niet meer betrokken bij de uitvoering of organisatie van het hepatitis B-vaccinatieaanbod in de verslavingszorg vanuit het vaccinatieprogramma. Het staat instellingen echter vrij om zelf samenwerking met de GGD hierin te zoeken. In dat geval is het advies om afspraken en taakverdeling met de GGD zo duidelijk mogelijk op papier te omschrijven.

7.3 Leg het aantal beschikbare uren vast die specifiek aan hepatitis B-vaccinatie besteed kunnen worden

Een andere belangrijke randvoorwaarde voor een optimale borging van het vaccinatieaanbod is dat er voldoende beschikbare uren vrij worden gemaakt binnen de normale werkzaamheden om het vaccinatieaanbod uit te voeren. De tijdsinvestering zoals omschreven in het draaiboek van het hepatitis B-vaccinatieprogramma kan hiervoor als richtlijn worden gebruikt (Bijlage 7). Voor de volgende taken moeten uren vrijgemaakt en vastgelegd worden:

- Administratie waaronder registreren van gevaccineerde druggebruikers.
- Geven van voorlichting.
- Uitvragen van relevante anamnese gegevens.
- Eerste, tweede en derde vaccinatie zetten.
- Bloedafname voor pre- en/of postvaccinatiescreening.
- Consult dragerschap.
- Rappelleren van druggebruikers.
- Werven van nieuwe druggebruikers.

7.4 Bied vaccinatie aan binnen breder infectieziekten-/somatiek aanbod

Een manier om de tijdsinvestering voor hepatitis B-vaccinaties beheersbaar te houden is om het in te bedden binnen een breder aanbod op het gebied van infectieziekten en somatiek. Druggebruikers zijn een risicogroep niet alleen voor hepatitis B, maar ze hebben ook een verhoogde kans op hepatitis C, HIV en TBC. Het komt de efficiëntie ten goede om het aanbod van testen en vaccineren voor de verschillende infectieziekten integraal aan te bieden. Voordelen van een breed aanbod op het gebied van infectieziekten zijn:

- Minder tijdrovend voor verpleegkundige.
- Prettiger voor cliënt om maar een keer geprikt te hoeven worden.
- Vaccinatieaanbieden binnen een breder aanbod draagt bij aan een goede borging.

Het test- en vaccinatieaanbod is vervolgens weer onder te brengen binnen een breder somatisch aanbod. Ook voor het genereren van bekendheid met het vaccinatieaanbod onder cliënten en medewerkers is het zinvol het vaccinatieaanbod in te bedden binnen (bestaande) voorlichting op het gebied van infectieziekten en somatiek.

Denk bij een breed infectieziekteaanbod bijvoorbeeld aan het volgende:

- Neem het uitvragen van (risico op) infectieziekten standaard mee in de intake, evaluatiemomenten en eventueel ook artsconsulten.
- Brede voorlichting over infectieziekten, hygiëne en gezondheidsbevordering.
- Counselinggesprekken om druggebruikers te motiveren tot testen en vaccineren.
- SOA-sprekuren.
- Biedt bij een test altijd het totale pakket aan (HIV, hepatitis B en C, SOA en vaccinatie).
- Zorg voor laagdrempelige testmogelijkheden.
- Actieve ondersteuning en nazorg bij behandeling voor HIV en/of hepatitis C.

Tijdens al deze contacten kan het uitvragen van (risico op) infectieziekten en indien nodig het aanbod van hepatitis B-vaccinatie als standaard onderdeel worden opgenomen. Het is van belang om dit duidelijk in protocollen, intakeformulieren, voorlichtingsmodules enzovoort op te nemen en te beschrijven. Voor het slagen van een dergelijke werkwijze is het daarnaast van belang om de verpleegkundige voldoende te scholen op het gebied van infectieziekten, zowel in kennis als in uitvoering.

Een tip: om te zorgen dat alle infectieziekten voldoende aandacht krijgen, kun je de aandachtsgebieden (HIV, hepatitis B, hepatitis C, TBC, SOA) verdelen onder een aantal verpleegkundigen. Deze verpleegkundigen kunnen dan in de gaten houden of de betreffende infectieziekte voldoende aandacht krijgt binnen de bestaande werkprocessen.

7.5 Voer het hepatitis B-vaccinatieaanbod uit met meerdere personen

Zowel vanuit de interviews als uit het werkseminar kwam dit punt duidelijk naar voren. Het vaccinatieaanbod voor hepatitis B is erg kwetsbaar als deze gedragen en uitgevoerd wordt door slechts één persoon. Wanneer deze persoon wegvalt, om welke reden dan ook, zal het vaccinatieaanbod hoogstwaarschijnlijk ook verdwijnen. Om continuering van dit aanbod te waarborgen is het aan te raden meerdere medewerkers in staat te stellen de vaccinatie tegen hepatitis B te verzorgen. Hierbij is het tweede actiepunt, het vastleggen van de vaccinatie binnen werkprocessen, van belang zodat elke medewerker die deze taken toegewezen krijgt heldere werkinstructies hierover kan terugvinden.

Ten slotte is het belangrijk om een aantal medewerkers eigenaarschap of verantwoordelijkheid toe te schrijven voor een adequate organisatie en uitvoering van het vaccinatieaanbod. Wanneer niet duidelijk is wie waarvoor verantwoordelijkheid draagt is de kans groot dat taken en verantwoordelijkheden gemakkelijk worden afgeschoven en vervolgens blijven liggen. Voor de uitvoering van het vaccinatieaanbod door meerdere personen zijn de volgende punten van belang:

- Scholing van (nieuwe) medewerkers.
- Maak duidelijk wie waarvoor verantwoordelijkheid is en schrijf een aantal medewerkers eigenaarschap toe.
- Leg taakomschrijvingen vast (zie tweede actiepunt; vastleggen in werkplan).
- Maak voor medewerkers voldoende tijd vrij om vaccinatietaken uit te voeren.
- Houd intervsiemomenten zodat medewerkers van elkaar kunnen leren.

7.6 Zorg voor een heldere, transparante registratie

Om het werk overzichtelijk en beheersbaar te houden is een transparante en heldere registratie onmisbaar. Bij het verdwijnen van de doelgroep druggebruikers uit het vaccinatieprogramma zal het landelijk registratiesysteem niet langer beschikbaar zijn voor medewerkers van de verslavingszorg om gevaccineerde druggebruikers te registreren en op te zoeken. Transparante en heldere registratie van gevaccineerde druggebruikers blijft echter van belang om snel na te kunnen kijken of druggebruikers wel of niet al gevaccineerd zijn, en bij te houden welke druggebruikers toe zijn aan hun tweede of derde vaccinatie.

Vanuit de interviews is duidelijk geworden dat er op verschillende locaties binnen de verslavingszorg al eigen registratiemethoden worden toegepast. In sommige gevallen gaat het om een methode die binnen de hele instelling wordt gehanteerd, maar vaker gaat het om een methode die op één specifieke locatie wordt gebruikt. Elke instelling voor verslavingszorg zal haar eigen manier van registreren moeten ontwikkelen of optimaliseren. Gezien de mobiliteit van de doelgroep heeft het de voorkeur om een

eenduidige manier van registreren te hanteren binnen de hele instelling. In het ideale geval wordt hierin ook afstemming gezocht tussen de verschillende instellingen voor verslavingszorg.

- Zorg voor een heldere en eenduidige wijze van registreren van gevaccineerde druggebruikers binnen de instelling.
- Train medewerkers in het gebruik van dit systeem.
- Maak helder wie toegang heeft tot het systeem en met welke rechten (inzage, invoer van gegevens enzovoort)
- Waar mogelijk stem deze registratie af met andere verslavingszorg instellingen.
- Zorg voor goede afspraken/afstemming met andere organisaties die mogelijk druggebruikers vaccineren (GGD, DJI).

Literatuur

Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Amsterdam: Boom Onderwijs.

Cib (2009). *Draaiboek Vaccinatieprogramma Hepatitis B-risicogroepen*. Landelijk Coördinatieteam Infectieziektebestrijding. Bilthoven: Cib/RIVM. Available from: http://www.rivm.nl/cib/binaries/Draaiboek%20HBV%20vaccinatieprogramma%2010-09_tcm92-63768.pdf

Özgül Tarimci (2009). *Draaiboek Uitvoering Landelijke Vaccinatieprogramma Hepatitis B-risicogroepen binnen DJI*. Den Haag: DJI.

Gervais, A., P. Longuet, C. Leport (2008). A success story: Universal vaccination in Italy - What has to be done to eradicate residual acute hepatitis B? *Clinical Infectious Diseases*. 46(6): p. 876-877.

Gezondheidsraad (1996). *Bescherming tegen hepatitis B*. Rijswijk: Gezondheidsraad.

Gezondheidsraad (2009). *Algemene vaccinatie tegen hepatitis B herbeoordeeld*. Den Haag: Gezondheidsraad.

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

Isken, L.D., H.L. Zaaijer, J.E. van Steenberg (2009). De beschermingsduur na hepatitis B-vaccinatie: revaccinatie bij risicolopers voorlopig niet nodig. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*.153:A415.

Klink, A. (2009). *Advies Gezondheidsraad met betrekking tot hepatitis B vaccinatie*. Kamerstuk. PG/CI-2942290. 01-10-2009.

MaxQDA (2007). *Tutorial*. VERBI Software GmbH. Available from: <http://www.maxqda.com/>

Nutbeam, N., E. Harris (2009). *Theory in a nutshell: A guide to health promotion theory*. Sydney: McGraw-Hill Book Company.

Oliemeulen, L., C. Loth, C. de Jong (2005). *Richtlijn Opiatonderhoudsbehandeling; RIOB*. Utrecht: GGZ Nederland/Resultaten Scoren.

RIVM (2006). *Werkgebieden (ambulante) verslavingszorg*. Available from: <http://www.zorgatlas.nl/thema-s/gebiedsindelingen-en-topografie/gebiedsindelingen/werkgebieden-ambulante-verslavingszorg-2006/>

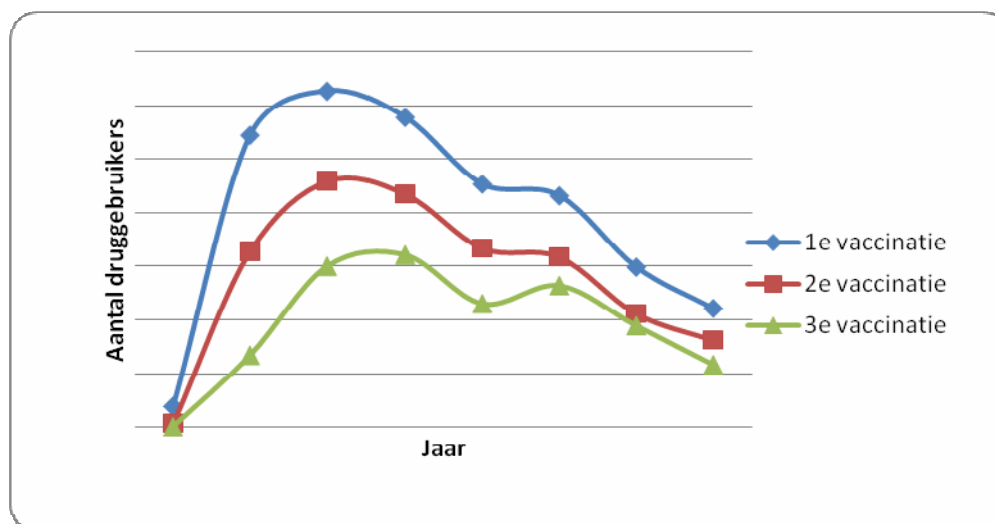
Bijlage 1: Brief Beleidswijziging vaccinatieprogramma hepatitis B-risicogroepen doelgroep druggebruikers d.d. 26 januari 2011

Het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) is sinds 1 januari 2009 verantwoordelijk voor de landelijke coördinatie van het vaccinatieprogramma hepatitis B-risicogroepen. De huidige risicogroepen die binnen het vaccinatieprogramma in aanmerking komen voor een gratis hepatitis B-vaccinatie zijn mannen die seks hebben met mannen (MSM), sekswerkers en druggebruikers. Eén van de belangrijkste taken van het CIb is het bijsturen van het vaccinatieprogramma.

Conform het advies van de expertmeeting 'vaccinatiestrategie druggebruikers' op 7 september 2010 en mede op basis van de beschikbare epidemiologische gegevens van hepatitis B onder druggebruikers heb ik besloten om vanaf 1 januari 2012 de hepatitis B-vaccinatie van druggebruikers niet meer binnen het vaccinatieprogramma hepatitis B-risicogroepen te financieren. Dit betekent dat de uitvoering en financiering van het vaccinatieprogramma de verantwoordelijkheid van de verslavingszorg wordt, zodat inbedding van het hepatitis B-vaccinatieaanbod in de verslavingszorg gerealiseerd kan worden. In deze brief wordt u geïnformeerd over de totstandkoming van deze beleidswijziging en de veranderingen in de nabije toekomst.

Onderzoek vaccinatiebeleid druggebruikers

In 2010 onderzocht het CIb in samenwerking met het Trimbos-instituut of het hepatitis B-vaccinatiebeleid van druggebruikers nog voldeed. Ieder jaar worden namelijk steeds minder druggebruikers tegen hepatitis B gevaccineerd en de vraag rees of de vaccinatiestrategie aangepast moest worden (zie figuur 1).



Figuur 1 Ontwikkeling van het aantal 1^e, 2^e en 3^e vaccinaties aan druggebruikers sinds de start van het vaccinatieprogramma (bron: HBV-registratiesysteem)

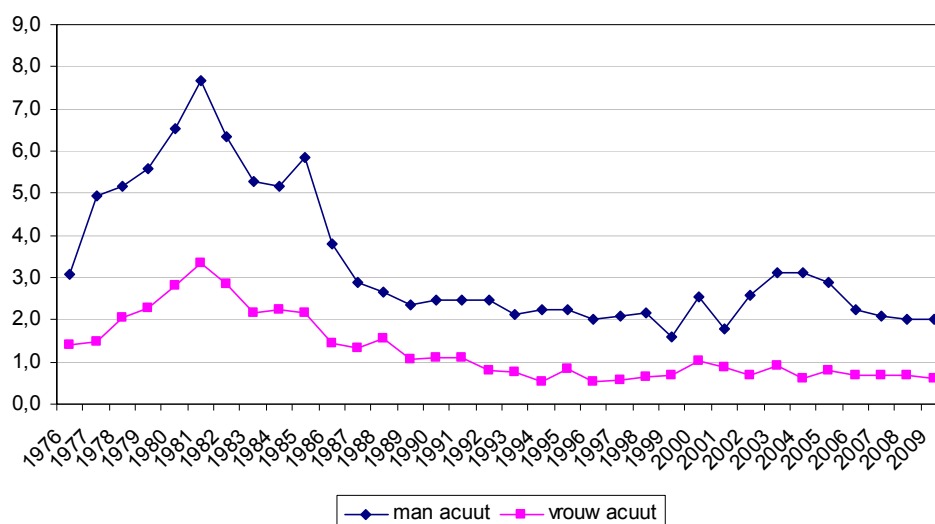
De onderzoeksresultaten zijn met deskundigen uit het veld tijdens de expertmeeting op 7 september 2010 besproken. Deze resultaten en de epidemiologie vormen het besluit waarover u hieronder verder wordt geïnformeerd.

Druggebruikers en een verandering in methoden van druggebruik

Druggebruikers hebben vooral een verhoogd risico om besmet te raken met het hepatitis B-virus door onveilig injecterend druggebruik, zoals het delen van gebruikte naalden en spuiten. Uit het onderzoek van het CIB en het Trimbos-instituut blijkt onder andere dat er een verschuiving in de methoden van het druggebruik heeft plaatsgevonden. Steeds minder druggebruikers injecteren drugs, waardoor de kans op een hepatitis B-besmetting veel kleiner is geworden. Daarnaast lijkt ook het aantal harddruggebruikers, inclusief de nieuwe aanwas (het aantal nieuwe mensen dat harddrugs gebruikt) af te nemen en is het injecterende druggebruik drastisch afgenomen.

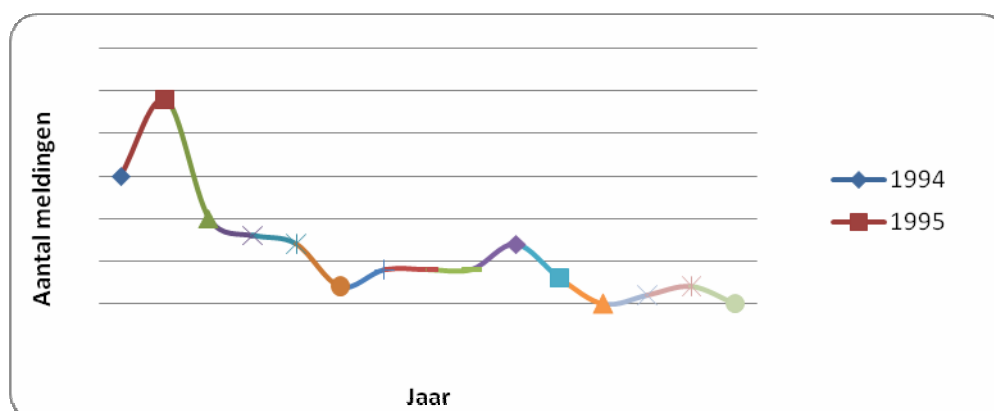
Epidemiologie hepatitis B in Nederland en druggebruikers

Hepatitis B is een meldingsplichtige infectieziekte. GGD-en melden via een *online* registratiesysteem (Osiris) acute hepatitis B-infecties aan het RIVM. Sinds 1981 neemt de incidentie van acute hepatitis B-infecties in Nederland af (zie figuur 2).



Figuur 2 Incidentie van acute hepatitis B-meldingen per 100.000 inwoners naar geslacht per jaar, Nederland, 1976-2009 (bron: Osiris) (Koedijk et. al., *Infectieziekten Bulletin* 2010)

Het aantal acute hepatitis B-infecties door injecterend druggebruik gemeld in Osiris is de laatste jaren nagenoeg gelijk aan nul. In Osiris wordt sinds 2007, naast 'de meest waarschijnlijke transmissieroute' (met injecterend druggebruik als antwoord optie), ook gevraagd of harddrugs zijn gebruikt, zowel injecterend als niet injecterend. Gezien de cijfers van de meldingsplicht lijken druggebruikers nauwelijks een rol te spelen in de transmissie van acute hepatitis B. Besmettingen door het injecteren van drugs komen de laatste jaren, bijna niet meer voor (zie figuur 3) en besmettingen door overig harddruggebruik lijken amper een rol te spelen.



Figuur 3 Aantal meldingen van acute hepatitis B met injecterend druggebruik als meest waarschijnlijke transmissie route (Haverkate et. al. Intern adviesrapport Hepatitis B-vaccinatie bij druggebruikers)

De cijfers zijn waarschijnlijk een onderschatting van het echte aantal hepatitis B-infecties onder druggebruikers. Niet alle druggebruikers met klachten die wijzen op een hepatitis B-infectie zullen naar een arts gaan of het ziek zijn wordt door de effecten van drugs gemaskeerd. Verder is per jaar bij ongeveer 25-30% van de meldingen van acute hepatitis B de transmissieroute onbekend (Koedijk et. al., *Infectieziekten Bulletin* 2010). Uit de onderzoeksresultaten van Van Houdt blijkt dat in de groep 'transmissieroute onbekend' injecterend druggebruik nagenoeg geen rol speelt. Onder druggebruikers in Nederland circuleerde tot 1998 hepatitis B-virus subgenotype D3, serotype ayw3 (Van Houdt et al., *J. Med. Virol.* 2009). Dit geldt voor zowel injecterende als niet injecterende druggebruikers. Na 1998 komt dit subgenotype niet meer voor onder patiënten waarbij een acute hepatitis B-infectie wordt geconstateerd (Van Houdt et al., *Vaccine* 2007). Dit subtype circuleert ook niet onder de andere risicogroepen (MSM en sekswerkers) en er is momenteel geen *spill-over* naar andere doelgroepen. Vòòr 1998 was er regelmatig *spill-over* naar voornamelijk de heteroseksuele populatie. Het betrof dan voornamelijk klanten van heroïneprostituees. Deze *spill-over* is hoogst waarschijnlijk verdwenen, omdat in Nederland bijna geen drugs meer worden gespoten. Daarnaast komen er ook bijna geen nieuwe injecterende druggebruikers meer bij en diegenen die nog wel injecteren zijn vaak al immuun of drager.

Het besluit om druggebruikers niet meer als aparte risicogroep binnen het vaccinatieprogramma te vaccineren is gebaseerd op het ontbreken van acute hepatitis B-infecties onder druggebruikers en een vermindering van de kans om besmet te raken door verandering in het druggebruik. Er wordt steeds minder drugs geïnjecteerd. Het CIB is echter wel van mening dat het vaccineren van de nieuwe aanwas, namelijk een individuele druggebruiker, wenselijk is. Goede somatische zorg, waaronder zorg gericht op infectieziekten, maakt een belangrijk onderdeel uit van zorg aan druggebruikers. De verslavingszorg als verantwoordelijke organisatie voor druggebruikers zou daarom het hepatitis B-vaccinatieaanbod binnen het zorgaanbod moeten implementeren. Integratie van de hepatitis B-vaccinatie sluit bijvoorbeeld goed aan bij de implementatie van de richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB), aangezien aandacht voor infectieziekten hierin is opgenomen.

Plan van aanpak

De beleidswijziging om druggebruikers per 1 januari 2012 niet meer binnen het vaccinatieprogramma te vaccineren is een grote verandering die in een kort tijdsbestek gerealiseerd moet worden. Het CIB ziet 2011 daarom vooral als een overgangsjaar, waarbij de GGD de vaccinatie van druggebruikers overdraagt aan de verslavingszorg.

Het CIB en het Trimbos-instituut zullen de komende periode nauw samenwerken om deze overgang zo goed mogelijk te faciliteren. De zorg voor druggebruikers in Nederland is echter zeer divers georganiseerd. Uit het onderzoek naar het hepatitis B-vaccinatiebeleid van druggebruikers blijkt dat het vaccinatieprogramma zeer verschillend wordt uitgevoerd. Het vaccinatieprogramma is nog lang niet bij alle uitvoerende instanties geïntegreerd in het dagelijkse werk. Het CIB en het Trimbos-instituut doen daarom begin 2011 onderzoek naar *best practices* op uitvoerings- en managementniveau. De resultaten van dit onderzoek zijn hopelijk een handreiking voor de GGD en de verslavingszorg om de hepatitis B-vaccinatie van druggebruikers binnen de verslavingszorg succesvol te implementeren. Daarnaast zal een werkgroep met deskundigen uit het veld zich verder buigen over de te nemen stappen om de beleidswijziging goed door te voeren.

GGZ Nederland is schriftelijk geïnformeerd over deze beleidswijziging. Het landelijke netwerk verslavingszorg van GGZ Nederland zal deze brief op de vergadering van 11 februari 2011 bespreken.

Rol van het CIB, Trimbos-instituut en GGD vanaf 1 januari 2012

Het CIB en het Trimbos-instituut blijven samenwerkingspartners binnen het vaccinatieprogramma. De landelijke coördinatie en het gebruik van het registratiesysteem blijft in handen van het CIB. De rol die het CIB voor de GGD ziet weggelegd vanaf 1 januari 2012 zal vergelijkbaar zijn met de coördinatietaak van de GGD in de justitiële inrichtingen (zie bijlage). De nadere invulling zal in de werkgroep besproken worden.

Ik hoop u hierbij voldoende geïnformeerd te hebben. Mocht u vragen hebben dan kunt u contact opnemen met de coördinator van het vaccinatieprogramma mevrouw Iris van Ouwkerk via 030-2747000 of hbvprogramma@rivm.nl.

Hoogachtend, Prof. dr. R.A. Coutinho
Directeur Centrum Infectieziektebestrijding

Coördinatietaak GGD in justitiële inrichtingen (JI's)

De onderstaande taken horende bij de coördinatietaak van de GGD in de justitiële inrichtingen per 1 januari 2011 zijn tot stand gekomen in het overleg van 7 oktober 2010 met medewerkers van de GGD en de JI's. Deze informatie is in een brief met kenmerk 696/10 CIB/LCI IvO/ivo aan het veld gecommuniceerd.

Coördinatietaak GGD in de JI:

- Benoemen van 1 contactpersoon bij JI/JJI en GGD;
- Vaccindistributie en voorraadbeheer;
- Leveren van voorlichtingsmaterialen;
- Helpdeskfunctie;
- Maken en vastleggen van samenwerkingsafspraken, inclusief een afspraak over de frequentie van het evalueren van het vaccinatieprogramma in de JI/JJI;
- Aanmaken en beheer van inlogaccounts voor medewerkers van de medische dienst (administratief of medisch recht);
- Monitoring van het programma; toezicht op de juiste uitvoering van het vaccinatieprogramma, zoals gegevens en doelgroep registratie;
- Deskundigheidsbevordering;
- Informeren en rapporteren over de resultaten van het vaccinatieprogramma in de JI/JJI.

Bijlage 2: Brief aan GGD-coördinatoren Beleidswijziging druggebruikers – stand van zaken d.d. 7 juni 2011

Beste coördinator,

In januari bent u middels een brief (kenmerk 0052/2011/LCI/RC/io) op de hoogte gebracht van de beleidswijziging die plaats gaat vinden aangaande de druggebruikers binnen het vaccinatieprogramma hepatitis B-risicogroepen. In deze brief willen we u op de hoogte brengen van de ontwikkelingen aangaande deze beleidswijziging.

1. Ten eerste zal de procedure van het tot stand komen van dit beleid uitgelegd worden.

In de expertmeeting van september 2010 is besproken of de vaccinatiestrategie voor druggebruikers nog voldeed, aangezien de afgelopen jaren het aantal acute infecties onder druggebruikers was gedaald. De discussie concentreerde zich rondom de epidemiologie van HBV onder druggebruikers en de ontwikkelingen met betrekking tot de doelgroep (bijvoorbeeld het dalende aantal intraveneuze druggebruikers). De deelnemers van de expertmeeting hebben geadviseerd dat druggebruikers nog steeds een theoretisch verhoogd risico op hepatitis B lopen, waardoor zij in aanmerking moeten blijven komen voor een gratis hepatitis B-vaccinatie. Een verschuiving van de uitvoering van het programma van de GGD naar de verslavingszorg vond de expertmeeting een logische en wenselijke stap. De uitkomsten van de expertmeeting zijn teruggekoppeld binnen het CIB. Zowel de uitkomsten van de expertmeeting als nieuwe gegevens vanuit de moleculaire epidemiologie (die lieten zien dat onder druggebruikers in Nederland het hepatitis B-virus subgenotype D3, serotype ayw3 niet meer circuleert), waren aanleiding voor het CIB om te besluiten dat druggebruikers niet meer vanuit een collectief programma gevaccineerd hoeven worden. De druggebruiker loopt namelijk geen verhoogd risico meer op hepatitis B, omdat het virus niet meer circuleert binnen de groep druggebruikers. Vaccinatie van de druggebruiker valt hiermee binnen individuele zorgverlening. De functie van een expertmeeting is het CIB te adviseren over het programma. De aanwezigen van de expertmeeting zijn aan het einde van de expertmeeting geïnformeerd dat het CIB uiteindelijk het besluit neemt op basis van het advies en eventuele andere gegevens.

2. In dit vervolg wordt ingegaan op de gevolgen van deze beleidswijziging voor de toekomst.

Dhr. Coutinho heeft op 13 mei de beleidswijziging toegelicht aan de voorzitter van het netwerk verslavingszorg van GGZ Nederland, dhr. Rutten. In dit overleg is het RIVM en GGZ Nederland overeen gekomen dat hepatitis B-vaccinatie van druggebruikers gezien de epidemiologische situatie individuele zorgverlening is geworden.

Nu besloten is dat de vaccinatie van druggebruikers uitsluitend individuele zorg is, zullen ook geen gelden vanuit het vaccinatieprogramma beschikbaar zijn voor een eventuele coördinatietaak van de GGD. Dit is in tegenstelling tot de informatie in de vorige brief, waarin het RIVM mogelijk nog wel een rol voor de GGD zag weggelegd. Dit neemt niet weg dat de samenwerking en het opgebouwde netwerk tussen GGD en de verslavingszorg in het kader van screening op bijvoorbeeld TBC, hiv en HCV waardevol is te behouden.

3. Samengevat, het beleid vanaf 1-1-2012:

Het vaccinatieprogramma hepatitis B-risicogroepen zal doorgang vinden voor de groepen MSM en sekswerkers;
Druggebruikers worden vanaf 1-1-2012 niet meer vanuit een collectief programma gevaccineerd;
Druggebruikers die vóór 1-1-2012 met een vaccinatieserie gestart zijn, kunnen de vaccinatieserie binnen en op kosten van het programma afmaken;
Er is geen coördinatietaak voor de GGD weggelegd.

GGZ Nederland beraadt zich op dit moment hoe het individuele hepatitis B-vaccinatieaanbod aan druggebruikers binnen de verslavingszorg kan worden aangeboden. Zij onderzoekt of de vergoeding van het vaccin en screening op HBV binnen een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) kan worden opgenomen. GGZ Nederland zal dit traject verder oppakken. Ook heroverweegt GGZ Nederland de indicatie voor vaccinatie; welke druggebruikers zouden in aanmerking moeten komen voor een hepatitis B-vaccinatie.

Het komende halfjaar zal worden uitgedacht welke praktische zaken er verder tussen verslavingszorg en GGD'en geregeld moeten worden. Hoe wordt bijvoorbeeld omgegaan met druggebruikers die hun serie na 1-1-2012 gaan afmaken? Deze praktische vragen zullen in een werkgroep worden besproken. Deze werkgroep zal voor de zomer voor het eerst bijeen komen. Daarnaast is het Trimbos-instituut bezig de best practices binnen de verslavingszorg te beschrijven. Dit rapport wordt in juni verwacht en zal aan het RIVM en GGZ Nederland worden aangeboden.

4. Actiepunten 2e helft 2011:

Een werkgroep buigt zich over de praktische afhandeling van het programma bij de GGD en de overdracht naar de verslavingszorg;
GGZ Nederland levert een plan aan hoe de individuele vaccinatie van druggebruikers binnen de verslavingszorg kan worden aangeboden;
Het Trimbos-instituut presenteert een rapport waarin de best practices van het programma binnen de verslavingszorg worden beschreven.

In de afgelopen maanden hebben verschillende betrokkenen van de GGD'en hun zorg geuit over de beleidswijziging. De somatische kant van de zorgverlening voor de druggebruiker heeft mede door de invoering van het programma meer aandacht gekregen binnen de verslavingszorg. Dit is een direct gevolg van de inspanningen van de GGD die dit programma bij de verslavingszorg op de kaart heeft weten te zetten. De zorg dat deze inspanning mogelijk voor niets zijn geweest is een begrijpelijk. We zullen vanuit het RIVM deze zorg kenbaar maken aan de GGZ Nederland.

De komende maanden zullen we u zo goed mogelijk blijven informeren over de ontwikkelingen die volgen. Hebt u vragen over deze brief, dan kunt u contact opnemen met Marlies van Dam, coördinator van het vaccinatieprogramma hepatitis B-risicogroepen.

Met vriendelijke groet,
Mw. Dr. Aura Timen Hoofd afdeling LCI, RIVM

Bijlage 3: Vragen interviews

Organisatie

- a. Sinds wanneer heeft u/uw instelling contact met de GGD over het hepatitis B-vaccinatieprogramma voor druggebruikers?
- b. I. Welke afspraken zijn er gemaakt tussen de GGD en uw instelling m.b.t. dit vaccinatieprogramma?
II. Wat is de taakverdeling tussen GGD en uw instelling?
III. Zijn deze afspraken op schrift vastgelegd?
- c. I. Sinds wanneer vaccineert u actief druggebruikers?
II. Sinds wanneer worden druggebruikers binnen uw instelling gevaccineerd?
- d. Hebben er door de tijd veranderingen plaatsgevonden in het aantal gevaccineerde druggebruikers? Zo ja, waar lag dit aan?
- e. I. Kunt u een schatting maken hoeveel van de totale populatie druggebruikers binnen uw werkgebied er nog niet gevaccineerd zijn?
II. Hoeveel nieuwe gebruikers (nieuwe aanwas) heeft u momenteel in uw werkregio?
III. Waar vindt u deze nieuwe aanwas?
- f. I. Hoeveel locaties* telt uw instelling waar de doelgroep van het hepatitis B-vaccinatieprogramma te vinden is?
II. Op hoeveel van deze locaties* wordt de vaccinatie aangeboden?
III. Indien niet op alle locaties vaccinatie wordt aangeboden, wat is daarvoor de reden?
IV. Hebben er door de tijd veranderingen plaatsgevonden in het aantal locaties waar vaccinatie wordt aangeboden? Zo ja, waar lag dit aan?
**Onder locatie verstaan wij een fysieke locatie/adres waar een deel van de door uw instelling verleende diensten/zorg wordt aangeboden.*
- g. I. Hoeveel en welke medewerkers (functie) zijn er betrokken bij de vaccinaties?
II. Hoe is de taakverdeling binnen uw instelling?
III. Is dit aantal voldoende om het vaccinatieprogramma volledig uit te voeren? Zo nee, waarom niet / wat zou wel voldoende zijn?
- h. Wat doet u om bekendheid met het programma onder medewerkers binnen de instelling te stimuleren?
- i. Wat doet u om bekendheid met het programma onder cliënten binnen de instelling te stimuleren?
- j. Is er trainings- of voorlichtingsaanbod op het gebied van hepatitis B aanwezig (voor medewerkers en/of cliënten)? Zo ja wat, hoe, waar, etc.?
- k. I. Wat zijn volgens u succesfactoren in de uitvoering van het vaccinatieprogramma binnen uw eigen instelling/locatie? (denkt u bijvoorbeeld aan medewerkers, management, prioriteiten, tijd/werkdruk, financiële middelen)
II. Verschilt dit per locatie?
- l. I. Wat zijn volgens u verbeterpunten in de uitvoering van het vaccinatieprogramma binnen uw eigen instelling/locatie? (denkt u bijvoorbeeld aan medewerkers, management, prioriteiten, tijd/werkdruk, financiële middelen)
II. Verschilt dit per locatie?

- m. Wat doet u op het gebied van:
- HIV
 - Hepatitis C
 - TBC
 - Soa's
 - Algemene aandacht voor somatiek
- n. I. Hoe is de screening en preventie van infectieziekten georganiseerd?
II. Waar zijn deze activiteiten ondergebracht?
III. Wie is hiervoor eindverantwoordelijke?
- o. Waar ziet u mogelijkheden om de vaccinatie en/of screening op infectieziekten in onder te brengen?
- p. Past hepatitis B-vaccinatie en/of screening op infectieziekten binnen de intake?
- q. I. Wat is er nodig om hepatitis B-vaccinatie te implementeren / zelfstandig uit te voeren?
II. Is daarbij nog behoefte aan ondersteuning door de GGD, en zo ja op welke manier?
III. Is er behoefte aan ondersteuning door GGZ Nederland, Trimbos, RIVM?
Zo ja, op welke manier?

Uitvoering

- a. I. Welke praktische afspraken zijn er gemaakt tussen de GGD en uw instelling m.b.t. dit vaccinatieprogramma?
II. Wat is de taakverdeling tussen GGD en uw instelling?
- b. I. Hoe worden de druggebruikers gerekruteerd? Waar, door wie en hoe vaak?
II. Welke druggebruikers worden benaderd/gerecruteerd voor vaccinatie? (bv. methadoncliënten, kliniek, niet-cliënten, alleen spuiters of ook basers/chinezers)
- c. I. Wie vaccineert de druggebruiker (GGD of VZ-medewerker)?
II. Wordt er door één of door meerdere personen gevaccineerd?
- d. Wie neemt bloed af om de hepatitis B- status te controleren? (GGD, lab of uzelf).
- e. Denkt u dat bloedafname een drempel is voor druggebruikers om deel te nemen aan het programma?
- f. I. Wanneer en waar krijgen druggebruikers de eerste vaccinatie?
II. Wanneer en waar krijgen druggebruikers de tweede en derde vaccinatie?
- g. I. Waar worden de vaccinaties geregistreerd (eigen registratiesysteem, registratiesysteem van programma, anders)? En door wie?
II. Hoe houdt u bij wanneer een gebruiker de vervolgvaccinatie moet krijgen?
- h. Wat doet u om de compliance te verhogen en/of te behouden? (bv. Incentives, rappelleren, sms)
- i. Hoe wordt de Cold Chain richtlijn gehanteerd/uitgevoerd?
- j. I. Wat zijn volgens u succesfactoren in de uitvoering van het vaccinatieprogramma binnen uw eigen instelling/locatie? (denkt u bijvoorbeeld aan medewerkers, management, prioriteiten, tijd/werkdruk, financiële middelen)
II. Verschilt dit per locatie?
- k. I. Wat zijn volgens u verbeterpunten in de uitvoering van het vaccinatieprogramma binnen uw eigen instelling/locatie? (denkt u bijvoorbeeld aan medewerkers, management, prioriteiten, tijd/werkdruk, financiële middelen)
II. Verschilt dit per locatie?

- l. Wat doet u om bekendheid met het programma onder medewerkers binnen de instelling te stimuleren?
- m. Wat doet u om bekendheid met het programma onder cliënten binnen de instelling te stimuleren?
- n. Is er trainings- of voorlichtingsaanbod op het gebied van hepatitis B aanwezig (voor medewerkers en/of cliënten)? Zo ja wat, hoe, waar, etc.?
- o. Wat doet u op het gebied van:
 - HIV
 - Hepatitis C
 - TBC
 - Soa's
 - Algemene aandacht voor somatiek
- p. I. Hoe is de screening en preventie van infectieziekten georganiseerd?
II. Waar zijn deze activiteiten ondergebracht?
III. Wie is hiervoor eindverantwoordelijke?
- q. Waar ziet u mogelijkheden om de hepatitis B-vaccinatie en/of screening op infectieziekten in onder te brengen?
- r. Past hepatitis B-vaccinatie en/of screening op infectieziekten binnen de intake?
- s. Wat is er nodig om hepatitis B-vaccinatie te implementeren / zelfstandig uit te voeren?
II. Is daarbij nog behoefte aan ondersteuning door de GGD, en zo ja op welke manier?
III. Is er behoefte aan ondersteuning door GGZ Nederland, Trimbos, RIVM? Zo ja, op welke manier?

Bijlage 4: Resultaten in tabel

Onderstaande tabellen geven een overzicht van een deel van de resultaten uit hoofdstuk 4 die verkregen zijn uit de interviews. De resultaten aangaande locaties, succesfactoren, belemmerende factoren en de toekomst zijn wegens hun beschrijvende karakter niet in deze tabellen opgenomen.

Tabel A toont een overzicht van de taakverdeling voor een aantal handelingen binnen het hepatitis B-vaccinatieprogramma, te weten het zetten van de eerste vaccinatie, bloedafname voor de prevaccinatiescreening en het registreren in het landelijke registratiesysteem.

Tabel B heeft betrekking op de negen instellingen die actief zijn in de uitvoering van het hepatitis B-vaccinatieprogramma. Het eerste deel van tabel B geeft de verschillen tussen instellingen weer, aangaande de te vaccineren doelgroep. In het tweede deel van tabel B staan de verschillende vormen van eigen registratiesystemen weergegeven. De meeste instellingen gebruiken meerdere vormen van eigen registratie naast elkaar. Dit verklaart het totaal aantal van meer dan negen.

Tabel A (N=11)

	Door instelling zelf	Door GGD	Lab/anders	Combinatie	Programma niet uitgevoerd
Eerste vaccinatie	8 ¹	1	-	-	2
Bloedafname	5	-	1	3 ²	2 ³
Landelijke registratie	5	1	-	3 ⁴	2

Tabel B (N=9)

Doelgroep vaccinatie		Eigen registratiesysteem	
Draaiboek definitie	2	Patiëntendossier	7
Allen ⁵	5	Excel / Word	6
Methadongebruikers	2	Papier	5

¹ Één van deze instellingen vaccineert sporadisch een enkele druggebruiker.

² Bij één instelling wordt bloedafname zowel door de instelling zelf als door het lab gedaan. Bij twee instellingen wordt bloedafname zowel door de GGD als door het lab gedaan.

³ Binnen deze twee instellingen wordt geen bloed afgenomen in het kader van het hepatitis B-vaccinatieprogramma. Indien om andere redenen bloed wordt afgenomen, wordt dit overgelaten aan het regionale laboratorium of aan de GGD.

⁴ Bij deze drie instellingen wordt zowel door de instelling zelf als door de GGD geregistreerd in het landelijk systeem.

⁵ Onder 'allen' vallen alle druggebruikers die ingeschreven staan bij de verslavingszorg locaties en dag-/nachttopvang.

Bijlage 5: Vragen bij bespreking scenario's

- Wat is je eerste gedachte over dit scenario?
- Wat is er nodig om het op deze manier uit te voeren (randvoorwaarden)?
- Welke doelgroepdefinitie zou je hanteren (binnen dit scenario)?
- Zit er verschil in de uitvoering of organisatie wanneer alle harddruggebruikers op deze manier gevaccineerd worden of wanneer alleen de (ex-)sputers gevaccineerd worden? (*alleen gevraagd bij scenario 2, 3 en 4*)
- Bij implementatie van dit scenario, wat wordt er gewonnen, wat levert het op?
- Bij implementatie van dit scenario, wat gaat er verloren?
 - o Wat zijn de consequenties voor de druggebruikers?
- Welke rol heeft de GGD (of eventueel andere regionale of landelijke partners) bij uitvoering / implementatie van dit scenario?
 - o Wat zijn de consequenties voor de relatie GGD - Verslavingszorg? (*alleen gevraagd bij scenario 1*)
- Indien hepatitis B weer 'oplaait' binnen de groep druggebruikers - zal dat herkend worden? Hoe en door wie? (*alleen gevraagd bij scenario 1*)

Bijlage 6: Vragen uit de RIOB in het kader van infectieziekten

Voor infectieziekten relevante vragen uit de Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB)

Hoofdstuk 3 Gegevensverzameling, zorgtoewijzing en behandelingsplan Bijlage 3 Verdiepende diagnostische vragen

Vragen uit onderdeel Verslaving

Prostitutie

- > Verdient de patiënt het geld voor de drugs met het zich prostitueren? ja/nee
- > Zo ja, condoomgebruik? ja/nee

Injecteren van drugs

- > Ooit middelen gespoten ja/nee
- > Heeft de patiënt de naald van de spuit ooit met anderen gedeeld? ja/nee
- > Gebruikt de patiënt citroenzuur als oplossingsmiddel? ja/nee
- > Deelt de patiënt zijn naald en spuit wel eens met anderen? ja/nee
- > Ruilt de patiënt de gebruikte spuiten om voor schone? ja/nee
- > Heeft de patiënt water en andere toebehoren bij het injecteren met anderen gedeeld? ja/nee
- > Heeft patiënt basepijpjes etc. samen met anderen gebruikt? ja/nee

Vragen uit onderdeel Lichamelijke anamnese

Aanvullende gegevens

- > Longonderzoek verricht?
- > Thoraxfoto?
- > Mantoux geplaatst?
- > Laboratoriumonderzoek ...
- > Indicatie bloedonderzoek op evt. SOA's, HIV, Hep. e.a.?
- > Zijn er contacten geweest met de GGD (TBC, vaccinaties e.d.) of met de ARBO dienst?

Bijlage 7: Tijdsinvestering hepatitis B-vaccinatie handelingen

1. Standaardtraject

Traject cliënt	Handeling	Minuten	Discipline
Instroom	Administratie	5	1
1^e consult	Intake	5	2
	Voorlichting		
	1 ^e vaccinatie	4	2
	Bloedafname	6	2
	Consult registreren	5	2
	Achterwacht arts	2	3
Uitnodiging 2 ^e consult	Rappelbrief	5	1
Totaal 1^e consult		32	
2^e consult	Administratie	5	1
	Voorlichting	3	2
	2 ^e vaccinatie	4	2
	Consult registreren	5	2
	Achterwacht arts	2	3
Uitnodiging 3 ^e consult	Rappelbrief	5	1
Totaal 2^e consult		24	
3^e consult	Administratie	3	1
	Voorlichting	3	2
	3 ^e vaccinatie	4	2
	Consult registratie	5	2
	Achterwacht arts	1	3
Totaal 3^e consult		16	
Volledig gevaccineerd		72	

Discipline:

1 = doktersassistent (salarisschaal 5)

2 = verpleegkundige (salarisschaal 8)

3 = arts (salarisschaal 12)

Tijdsinvestering

23 minuten

44 minuten

5 minuten

2. Traject bij positieve Anti-HBc uitslag Beschermd

Traject cliënt	Handeling	Minuten	Discipline
2 ^e consult	Administratie	5	1
	Uitslag pos. Anti-HBc (beschermd)	10	2
	Consult registreren	5	2
	Achterwacht arts	2	3
Totaal bij uitslag beschermd		22	

a. Totaal per discipline/per cliënt (beschermd):

1 = 5 min

2 = 15 min

3 = 2 min

3. Traject bij positieve Anti-HBc uitslag Drager/chronisch geïnfecteerd

Traject cliënt	Handeling	Minuten	Discipline
2 ^e consult	Administratie	5	1
	Uitslag en councensing drager	30	2
	Consult registreren	5	2
	Achterwacht arts	2	3
Totaal bij uitslag drager		42	

Totaal per discipline/per cliënt (drager):

1 = 5 min

2 = 35 min

3 = 2 min

.....

Auteur: Femke de Vries

.....

RIVM Rapport 205061001/2011

Dit een samenwerking van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

Trimbos-instituut
Postbus 725 | 3500 AS Utrecht
www.trimbos.nl

november 2011

