

Barrières versus motieven van actieve drugsgebruikers voor behandeling van chronische hepatitis-C: een kwalitatief onderzoek

Naam	: M.S. Vonk
Studentnummer	: 3104400
Status	: Definitief afstudeerwerkstuk
Datum	: 3 juli 2009
Universiteit	: Universiteit Utrecht
Opleiding	: Master Verplegingswetenschap
Begeleider	: dr. U. Davidovich
Blokdocent	: dr. C.J. Gamel
Naam onderzoeksinstelling	: Gemeente Gezondheidsdienst (GGD), Amsterdam
Beoogd tijdschrift	: Addiction
Referentiestijl	: Vancouver
Aantal woorden (excl. bijlagen & referentielijst)	: 6975
Aantal woorden samenvatting (NL)	: 339
Aantal woorden samenvatting (ENG)	: 375

Introductie

Naar schatting zijn wereldwijd 170 miljoen mensen besmet met het hepatitis-C virus (HCV) [1]. HCV is een via het bloed overdraagbaar virus dat de lever infecteert. In ruim 80% van de gevallen wordt dit virus overgedragen door grote of herhaalde directe percutane blootstelling aan besmet bloed. Wanneer HCV zich als chronische aandoening manifesteert, kan dit uiteindelijk cirrose (27%) en hepatocellulair carcinoom (HCC) (25%) tot gevolg hebben [7]. Drugsgebruikers (DG) die naalden of andere spuitattributen delen lopen een groot risico om besmet te raken, ook wanneer zij slechts eenmaal drugs gespoten hebben [2]. De prevalentie van HCV laat grote verschillen zien tussen de algemene populatie en zogenaamde hoogrisico patiëntengroepen. In de algemene populatie in Nederland wordt de prevalentie geschat op 0.1 tot 0.4%. Dit komt neer op ongeveer 16.000- 65.000 geïnfecteerde personen [3]. Binnen een hoogrisico patiëntengroep van DG wordt de prevalentie voor HCV geschat op 49-79% [4,5]. Naar schatting zijn er 24 tot 46 duizend drugsverslaafden in Nederland [6]. Van deze populatie zijn naar schatting 12 tot 37 duizend DG geïnfecteerd met HCV.

De behandeling van HCV is lang, gaat gepaard met veel bijwerkingen op zowel lichamelijk als psychisch vlak en vraagt om consistente en trouwe inname van medicatie. Contra-indicaties voor deze behandeling zijn onder andere ernstige levercirrose of significante comorbiditeiten zoals psychiatrische stoornissen [8, 9]. Dit betekent dat een groot deel van de DG niet behandeld kan worden, omdat bij deze populatie vaak psychiatrische comorbiditeiten meespeelt. Andere argumenten om actieve DG niet te behandelen voor een HCV infectie is de aanname dat therapietrouw laag zal zijn vanwege de complexe levensstijl van DG [10]. Echter, literatuur over de behandeling van het Humaan Immundeficiëntie virus (HIV) bij actieve drugsgebruikers toont aan dat behandeling mogelijk is wanneer het gat tussen de opvattingen van de populatie drugsgebruikers en de benadering van de hulpverleners gedicht wordt. Barrières voor therapietrouw binnen deze populatie konden met de juiste interventies overwonnen konden worden [11-14].

De grootste groep risicopatiënten voor HCV wordt op basis van negatieve aanbevelingen veelal uitgesloten van behandeling. Enerzijds kunnen dit geldige argumenten zijn zoals het aanwezig zijn van comorbiditeiten. Anderzijds kan een negatieve aanbeveling gebaseerd zijn op foutieve aannames over de populatie. De populatie DG staat over het algemeen bekend als een moeilijk benaderbare groep en zouden barrières kunnen hebben om mee te doen aan een behandeling voor HCV. Barrières worden in deze context gedefinieerd als aspecten die belemmering voor een behandeling kunnen vormen [25]. Onderzoek toont aan dat DG barrières ervaren om mee te doen aan een behandeling voor HCV [16, 17]. Dit onderzoek is echter gebaseerd op gestructureerde vragenlijsten. Omdat barrières voor deze populatie mogelijk niet voor de hand liggen, is het interessant een explorerend onderzoek te doen naar deze barrières.

Om de groep DG optimale behandelingsopties te kunnen verschaffen heeft de afdeling infectieziekten van de Gemeente Gezondheidsdienst (GGD) van Amsterdam het Drug Users Treatment for Chronic Hepatitis C (Dutch-C) project opgezet. Dit project bestaat uit een HCV screening en bij een chronische infectie kan behandeling aangeboden worden. In samenwerking met het Academisch Medisch Centrum (AMC) in Amsterdam is voor dit behandeltraject een multidisciplinair team samengesteld bestaande uit een leverspecialist vanuit het AMC, een arts werkzaam bij de GGD, verslavingsartsen en casemanagers vanuit de methadonklinieken en project verpleegkundigen. Extra aandacht werd geschonken aan het ontwikkelen van een behandelingsprotocol dat goed aangepast moest zijn aan de specifieke behoeften, maar ook valkuilen van een problematische doelgroep zoals DG.

De DG kwamen tijdens hun behandeling wekelijks op consult en werden begeleid door verpleegkundigen wanneer bezoek om medische redenen aan een locatie buiten de GGD nodig was. Wanneer DG niet op consult of aanvullend onderzoek verschenen, werden de DG door de project verpleegkundigen proactief benaderd met een probleemoplossende benadering. Daarnaast werd door het team een informele sfeer gecreëerd die gekenmerkt werd door een persoonlijke, individuele en vriendelijke benadering. Binnen dit cohort was de therapietrouw met betrekking tot komen op afspraken 95%. Dit artikel is nog niet gepubliceerd. Deze cijfers zijn vergelijkbaar met een reeds gepubliceerd onderzoek over de behandeling van actieve DG [16].

Probleemstelling en doel

Via het Dutch-C project zijn DG in de gelegenheid gesteld een behandeling te volgen voor een chronische HCV infectie. Een deel van de populatie DG die geschikt bevonden werd voor behandeling heeft echter de behandeling geweigerd. Het zou nuttig zijn inzicht te krijgen in de redenen waarom deze DG therapie hebben geweigerd. Kennis over deze barrières kan als basis dienen voor een interventie voor DG die deze barrières mogelijk kan helpen tegen te gaan. Mogelijk kunnen DG gemotiveerd worden om wel mee te doen aan de behandeling voor HCV.

Inzicht in de overwegingen van DG die tot behandeling hebben geleid zijn eveneens van belang. Deze overwegingen worden binnen dit onderzoek gedefinieerd als motieven. Kennis over motieven om mee te doen aan de behandeling kan leiden tot inzicht in de persoonlijk waargenomen winst die deze behandeling op kan leveren voor de DG. Kennis over deze motieven kunnen in de toekomst gebruikt worden in communicatie naar de groep 'zwevende' DG die overtuigd moeten worden om mee te doen aan de behandeling voor HCV.

Het volhouden van de behandeling van HCV is zwaar en het behandelteam van de GGD had scepsis over het al dan niet volhouden van de behandeling door DG. Inzicht in welke waargenomen ondersteunende componenten van het behandeltraject bij hebben gedragen aan het volhouden van de behandeling kan dienen als evaluatie. Doel van inzicht in deze componenten is dat deze kennis gebruikt kan worden bij het opzetten van behandelingsunits elders en het verbeteren van het bestaande programma.

Onderzoeksvraag

De volgende onderzoeksvragen stonden centraal:

- 1) Welke barrières hebben actieve drugsgebruikers weerhouden om mee te doen aan een behandeling voor chronische hepatitis-C?
- 2) Welke persoonlijke motieven van actieve drugsgebruikers liggen ten grondslag aan de beslissing om wel mee te doen aan de behandeling voor chronische hepatitis-C?
- 3) Welke factoren hebben bijgedragen aan succesvolle afronding van de behandeling voor hepatitis-C bij actieve drugsgebruikers?

Methoden

Het onderzoek werd uitgevoerd in de periode december 2008 tot april 2009. Er werd gebruik gemaakt van een kwalitatief onderzoeksdesign om te onderzoeken welke concepten en thema's aanwezig zijn binnen motieven en barrières van DG om mee te doen aan een behandeling voor HCV.

Werving en steekproef

Er werd gebruik gemaakt van een doelgerichte steekproef. In- en exclusiecriteria werden opgesteld zodat beide groepen op een aantal aspecten gelijk zouden zijn opdat concepten en thema's met elkaar in verband gebracht konden worden tijdens data-analyse. Om geïnccludeerd te kunnen worden moesten participanten (1) mee hebben

gedaan aan het Dutch-C project; (2) medisch goedgekeurd zijn voor behandeling en (3) zelf de keuze hebben gemaakt om behandeling te accepteren of weigeren na medische goedkeuring. De participanten stonden allen geregistreerd in een database en een overzicht uit deze database werd gebruikt om participanten te benaderen. Vervolgens werd de wijze van selectie van participanten geleid door beschikbaarheid en bereikbaarheid in verband met slechte bereikbaarheid van de populatie. Er werd gestreefd naar een steekproefgrootte van in totaal dertig participanten. Deze schatting is gebaseerd op een combinatie van ervaring van de onderzoeker en wetenschappelijke literatuur [26]. Binnen deze literatuur wordt gesteld dat saturatie van data optreedt na twaalf interviews en de basiselementen van de hoofdcategorieën na zes interviews optreedt.

Wanneer participanten voldeden aan de inclusiecriteria werden deze telefonisch benaderd door de onderzoeker of een verpleegkundige. Wanneer ingestemd werd met deelname, volgde een uitnodiging voor één-op-één diepte-interviews. Participanten kregen 12 euro voor deelname. Binnen de onderzoekspopulatie konden drie subgroepen onderscheiden worden: participanten die behandeling geweigerd hebben, participanten die behandeling afgemaakt hebben en participanten die behandeling voortijdig gestopt zijn. Er werd aan achtentwintig participanten gevraagd of zij interesse hadden in deelname. Een overzicht van inclusie staat vermeld in figuur 1.

Interview procedures

De opzet en uitvoering van de diepte-interviews werd gebaseerd op de Grounded Theory (GT) methode [18]. Met deze kunnen relaties tussen thema's en concepten in kaart gebracht worden en werd gebruikt zodat met de gegevens over deze relaties een werkende theorie gegenereerd of aanscherpt worden. In dit onderzoek werd de nadruk gelegd op het ontdekken van relaties tussen thema's en concepten. Er werd gekozen voor interviews zodat de participant de mogelijkheid kreeg om zelf thema's te formuleren die hebben meegespeeld tijdens de beslissing om te behandelen. De interviews waren semigestructureerd in opzet zodat bij iedere participant dezelfde thema's en concepten aan de orde komen. De interviews vonden plaats in kamers met privacy binnen de gezondheidsinstelling. Twee participanten werden thuis bezocht voor een interview, omdat zij niet in staat waren naar de onderzoekslocatie te komen. Voordat het interview begon werd het informed consent formulier doorgenomen en getekend, er werd een studienummer toegekend en de demografische gegevens werden na afloop van het interview verzameld. Voor aanvang van het interview werd tijd ingeruimd voor een informeel gesprek, een drankje en een introductie op het onderwerp om een band op te bouwen met de participant. De interviews werden opgenomen op band. De initiële vragen naar barrières en motieven werden gebruikt als opener voor gesprek en lieten opening voor doorvragen en discussie toe. Na vier interviews bleken niet alle categorieën gedekt te worden om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Na discussie met een collega werd besloten topics toe te voegen aan de topiclijst. Deze topics en de toevoegingen aan de topics staan genoemd in tabel 2.

Data-analyse

De interviews werden na opname getranscribeerd en geanalyseerd door de onderzoeker zelf. De analyse vond plaats middels codering en constante vergelijking, zoals beschreven binnen de GT-methode. Constante vergelijking betekent dat elke sectie van data met een andere sectie vergeleken wordt om overeenkomsten, verschillen en verbindingen te zoeken. Na transcriberen werden de interviews herhaaldelijk doorgelezen, zodat inzicht verkregen werd in de belevingswereld van de participant. Vervolgens werden de teksten opgedeeld in fragmenten van hetzelfde onderwerp, gebaseerd op de besproken topics. Binnen deze fragmenten werden de teksten (open) gecodeerd. Voor het coderen werd Winmax-software gebruikt [24]. Nadat er geen nieuwe codes bijkwamen werden de codes systematisch geëxploreerd op inhoud en waar mogelijk samengevoegd zodat concepten ontstonden. Vervolgens werd verband gelegd tussen de concepten om deze te verscherpen en te reduceren. Als laatste werden

de concepten afgezet tegen de wetenschappelijke literatuur om in context te plaatsen voor discussie. De uitkomsten van deze analyse werden geïnterpreteerd middels het Health Belief model [19]. Binnen dit model wordt aangenomen dat waargenomen vatbaarheid en ernst van de ziekte bijdragen aan de waargenomen (potentiële) bedreiging van de ziekte op het leven. De voordelen die patiënten toekennen aan behandeling, de mogelijke kosten die een behandeling met zich meebrengt en het ervaren vermogen om de behandeling vol te kunnen houden of geloof in eigen kunnen (self-efficacy) spelen mee bij het vormen van een persoonlijke afweging om mee te doen aan een behandeling (zie figuur 2). Een positieve balans tussen kosten en baten moet leiden tot keuze voor behandeling. Het Health Belief model is geschikt voor het bevorderen van gezondheidsgedrag van nieuw optredende ziektes of behandelingen. De behandeling van HCV bij DG is relatief nieuw en toepassing van dit model kan om deze reden gedrag met betrekking tot de behandeling interpreteren. De interpretatie van dit gedrag kan als basis dienen voor de beoogde interventie dat het gedrag met betrekking tot het laten behandelen van hepatitis-C zal stimuleren. Het model werd slechts als hulpmiddel gebruikt om de resultaten te kunnen interpreteren. Toetsing van validiteit van dit model was niet van toepassing binnen dit onderzoek.

Objectiveringstrategieën

Om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen werd een aantal strategieën toegepast. De onderzoeker heeft interviewtraining gehad om getraind te worden in interviewtechnieken. Gedurende het onderzoek werd een gedetailleerde weergave van de beslissingen en argumentatie van deze beslissingen bijgehouden. Daarnaast werden sommige data uit interviews meegenomen in volgende interviews met als doel uitspraken of interpretaties te controleren. Als laatste werden theoretische en reflectieve memo's bijgehouden. De theoretische memo's beschrijven het beslissingsproces van de onderzoeker en vormen argumenten voor een onderbouwing van beslissingen. Reflectieve memo's bevatten aspecten die niet vastgelegd kunnen worden op band zoals interacties tussen participant en onderzoeker en kunnen helpen om interpretaties tijdens de analyse te onderbouwen.

Ethische aspecten

Het onderzoek werd aan de Medisch Ethische Commissie voorgelegd ter beoordeling. De interviewvragen hoefden niet getoetst te worden.

Resultaten

De interviewtranscripten van 22 participanten zijn geanalyseerd. Deze groep bestond uit vier DG die behandeling geweigerd hebben, veertien DG die behandeld zijn en vier DG die behandeling gestopt zijn. De leeftijd varieerde van 42 tot 63 jaar (gemiddelde: 52 jaar). Voor demografische gegevens zie tabel 1.

De resultaten worden beschreven aan de hand van de concepten binnen de hoofdcategorieën barrières, motieven en redenen om de behandeling vol te houden. Achtereenvolgens zullen de redenen om de behandeling vroegtijdig te stoppen en de aspecten die als behulpzaam ervaren werden aan de benadering van de hulpverleners worden beschreven. Wanneer een concept meerdere thema's bevatte, zullen deze beschreven worden en zo nodig toegelicht worden met een voorbeeld. Tabel 3 bevat een overzicht van de categorieën, concepten, thema's en voorbeelden.

Barrières voor behandeling

Barrières voor behandeling worden verdeeld in barrières van DG die behandeling geweigerd hebben (N=4) en

vroegere barrières van behandelde DG die eerder behandeling aangeboden hebben gekregen (N=18).

Barrières van DG die behandeling geweigerd hebben

Binnen de groep DG die behandeling geweigerd hebben werden vijf concepten genoemd die hebben geleid tot weigeren van behandeling. De participanten noemden meerdere barrières die mogelijk samenhang met elkaar hadden. In onderstaande beschrijving worden de barrières apart van elkaar genoemd.

Verkeerde aannames

Het concept verkeerde aannames over de ziekte bestaat uit verschillende thema's. Een eerste thema was het afwijzen van behandeling door het afwezig zijn van symptomen van de ziekte. Er werden geen symptomen ervaren die konden duiden op het hebben van een HCV-infectie met als gevolg verslechtering van het lichaam. Aanvullend op dit thema is ongeloof over de ernst van de ziekte veroorzaakt door het afwezig zijn van symptomen. Participanten redeneerden dat wanneer er geen symptomen van de ziekte merkbaar zijn, de ziekte ook niet zo ernstig kan zijn dat een behandeling nodig is. Een laatste thema was het uitblijven van decompensatie van het lichaam ten gevolge van de ziekte. Decompensatie van het lichaam zou pas betekenen dat de ziekte ernstig zou zijn en interventie behoeft. Redenering hierachter was dat zonder deze decompensatie, behandeling (nog) niet nodig was.

Angst voor bijwerkingen

De barrière angst voor bijwerking kent verschillende thema's. Allereerst werd reële angst voor bijwerkingen genoemd, gebaseerd op kennis over het optreden van deze bijwerkingen. Participanten hadden adequate kennis over de bijwerkingen en dachten dat zij deze bijwerkingen, lichamelijk en geestelijk, niet aan zouden kunnen. Een tweede thema hield verhalen over de bijwerkingen van anderen in. De participanten namen deze verhalen als referentiekader en bleken gebaseerd op negatieve ervaringen met de behandeling van personen uit de nabije omgeving. Een laatste thema houdt de gevolgen van de bijwerkingen van de behandeling in. De grote (negatieve) invloed die bijwerkingen bleek een bezwaar tegen behandeling. Het continueren van deze dagelijkse activiteiten had meer dan de behandeling van de ziekte.

Twijfel over efficiëntie therapie

Twijfel over de efficiëntie van de huidige therapie heeft voor een aantal DG als barrière gediend. Aan deze twijfel lagen verschillende thema's ten grondslag. Enerzijds bestond de twijfel uit angst dat de kuur niet aan zou slaan. Anderzijds bestond er twijfel over het huidige slagingspercentage van de bestaande therapie voor HCV. Aanvullend werd genoemd dat zij wilden wachten op een therapie in de toekomst met een hoger slagingspercentage.

Geen geloof in medische interventies

Een reden om niet mee te doen met een behandeling was dat participanten geen geloof hadden in medische interventies zoals een behandeling. Deze participanten noemden dat zij op een andere manier naar de ziekte keken. Zij zagen het volgen van behandeling als 'opgeven' en vonden dat het volgen van een behandeling gelijk stond aan het bewandelen van de makkelijkste weg om de ziekte te elimineren. De opvatting bestond dat men de ziekte de baas kon zijn door niet te behandelen.

Frustratie over communicatie en coördinatie van zorg

Frustratie over tekortschietende communicatie tussen verschillende hulpverleners was voor een aantal

participanten een reden om niet aan de behandeling te beginnen. Vooral de onrust die deze bemoeilijkte communicatie met zich meebracht, werd als frustrerend gerapporteerd. Enerzijds betrof de communicatie en coördinatie het al dan niet willen of kunnen continueren van een bestaand zorgregime tijdens behandeling. Frustratie over het niet kunnen handhaven van dit regime, leidde tot afwijzing van behandeling. Een ander thema was het krijgen van tegenstrijdige voorlichting van hulpverleners, zonder dat zij hier samen over communiceren. Deze tegenstrijdige voorlichting maakte dat de participanten niet meer wisten wat zij moesten doen met hun behandelbeslissing.

Vroegere barrières

DG die behandeld zijn (N=14) en DG die behandeling gestopt zijn (N=4) rapporteerden vijf concepten die in het verleden hebben geleid tot weigeren van de behandeling.

Kennistekort

Het concept kennistekort werd door veel participanten gerapporteerd als vroegere barrière. Participanten wisten niet dat de behandeling bestond of hadden weinig of geen kennis over de behandeling. Tevens werd gerapporteerd dat participanten weinig tot geen voorlichting kregen van de hulpverleners of tijdens consulten werd er niet gesproken over de mogelijkheden van behandeling.

Verkeerde aannames over ziekte en behandeling

Een aantal participanten bleek in het verleden verkeerde aannames over de ziekte en behandeling te hebben. Verkeerde aannames over de ziekte werden enerzijds geleid door de overtuiging dat de ziekte niet schadelijk zou zijn voor de lever of de rest van het lichaam. Hieraan lag ten grondslag dat het lichaam nog niet decompenseerde. Een tweede thema hield in dat participanten zich neergelegd hadden bij het lot van het hebben van HCV. Redenen om zich neer te leggen bij dit lot bleek voort te komen uit de aanname dat zij dachten dat er niets aan de ziekte te doen was. Een laatste thema hield het controle over het kunnen beëindigen van de behandeling op verzoek van de participant in. Participanten dachten dat zij de therapie niet zelf konden beëindigen wanneer het te zwaar werd of dat zij immuun zouden kunnen worden wanneer eerder gestopt zou worden met behandeling.

Ziekte ontkenning

Sommige participanten waren ervan overtuigd dat hun lichaam niet geïnfecteerd was met HCV, ondanks dat dit aangetoond was in bloedonderzoek. Zij rapporteerden dat ongeloof ten opzichte van de hulpverleners of verkeerde aannames over de ziekte uit het verleden hieraan ten grondslag lagen. De reden dat men behandeling weigerde was de redenering dat wanneer men niet geïnfecteerd was, er ook geen behandeling hoefde te volgen.

Angst voor bijwerkingen

Angst voor bijwerkingen werd als vroegere barrière gerapporteerd. Deze angst voor bijwerkingen werd gevoed door (ramp) verhalen van anderen en kennis over de sterkte van de medicijnen in het verleden. De rampverhalen kwamen vooral vanuit ervaringen van mensen uit de persoonlijke omgeving van de participant. Daarnaast bleek de kennis over medicatie die in het verleden werd gebruikt niet van toepassing op de medicatie die momenteel gebruikt wordt voor de behandeling van HCV. De aannames die met deze kennis gepaard gaan, waren niet of in mindere mate van toepassing op de medicatie van tegenwoordig. Deze medicatie kent minder bijwerkingen dan de medicatie die vroeger werd gebruikt en werd om deze reden gerapporteerd als verkeerde aanname.

Afwijzing door hulpverleningsinstantie

Verschillende participanten rapporteerden dat een afwijzing van een hulpverleningsinstantie in het verleden een barrière heeft gevormd. Zij rapporteerden dat zij uit eigen initiatief hulp hebben gezocht om behandeld te worden. Zij werden echter afgewezen door een hulpverleningsinstantie omdat zij op dat moment actief drugs gebruikten en om deze reden bij voorbaat niet in aanmerking zouden komen voor behandeling.

Motieven en condities om behandeling te beginnen

De participanten rapporteerden een drietal condities die aanwezig moesten zijn om de behandeling te kunnen beginnen. Daarnaast werd een zestal motieven ofwel beweegredenen achter het starten van de behandeling beschreven.

Controle over eigen behandeling

Eigen controle over de behandeling was voor een aantal participanten een conditie om de behandeling te kunnen beginnen. Men moest zelf de controle kunnen houden over het eigen behandeltraject. Vooral kennis over de mogelijkheid dat men zelf kon beslissen op basis van lichamelijk of psychisch functioneren om te stoppen was voor participanten een conditie die aanzet tot behandeling gaf.

Zorg voor persoonlijke omgeving

Participanten rapporteerden als conditie dat zorg voor de persoonlijke omgeving overgenomen moest kunnen worden. Zij hadden iemand om voor te zorgen en de continuïteit van deze zorg moest voordat de behandeling begon veilig gesteld worden. Op basis van de kennis van de bijwerkingen werd gerapporteerd dat zij mogelijk niet in de gelegenheid zouden zijn deze zorg zelf te continueren.

Vertrouwen in organisatie

Vertrouwen in de organisatie werd gerapporteerd als zowel een conditie als een motief om te starten met behandeling. Een eerste thema binnen dit concept was dat het team in staat was om het vertrouwen van de participant te winnen. Het vertrouwen werd op verschillende manieren gewonnen. Enerzijds vormde de professionaliteit van het medisch team een basis voor vertrouwen. Anderzijds kon de benadering van de hulpverleners als basis dienen voor dit vertrouwen. Dit vertrouwen was voor een aantal participanten een conditie die aanwezig moest zijn om de behandeling te beginnen. Voor een ander deel van de participanten gold het vertrouwen in de organisatie als motief om de behandeling te beginnen. Een tweede thema binnen het vertrouwen in de organisatie was dat een aantal participanten op basis van goede voorlichting over de behandeling en de gevolgen van deze behandeling hebben besloten mee te doen aan de behandeling. Volgens participanten wekte deze voorlichting vertrouwen in de organisatie op en om deze reden doorslaggevend te zijn in de beslissing om mee te doen aan de behandeling. Een derde thema binnen vertrouwen in de organisatie was het gegeven dat sommige participanten de hulpverleners goed kenden. Het vertrouwen binnen de bestaande relatie bleek mee te spelen bij het vormen voor motieven van de behandeling.

Vermijden van negatieve consequenties

Bijna alle participanten die behandeling begonnen zijn rapporteren het vermijden van de negatieve lichamelijke consequenties van HCV die op kunnen treden wanneer men niet behandeld als motief voor behandeling. Een eerste thema binnen dit motief is kennis over de latere gevolgen van HCV. Kennis over de negatieve gevolgen voor het lichaam en het toekomstperspectief dat hierbij hoorde maakte dat men behandeld wilden worden. Een tweede

thema kwam voort uit een bepaalde vanzelfsprekendheid onder de participanten. Wanneer er een ziekte geconstateerd werd en voor deze ziekte een mogelijkheid bestond om de ziekte te behandelen, dan werd deze mogelijkheid als vanzelfsprekend aangegrepen. Een derde thema binnen het vermijden van de negatieve consequenties was een bepaalde angst van DG die getuige waren geweest van het ziek zijn of overlijden van personen in hun omgeving. Deze ervaring heeft voor een aantal DG ertoe geleid dat zij angst voor doodgaan hebben ontwikkeld en de consequenties van de ziekte wilden voorkomen. Een vierde thema binnen het vermijden van negatieve consequenties van de ziekte was gebaseerd op de beperkingen die de ziekte met zich meebrengt. Om de functie van de lever te waarborgen golden er een aantal leefregels. Een aantal DG probeerde zich momenteel aan deze leefregels te houden om de negatieve consequenties te beperken. Genezing van de ziekte zou betekenen dat de leefregels zouden verdwijnen. Een voorbeeld in tabel 3 illustreert dat het drinken van alcohol weer kan na genezing met minder negatieve consequenties voor de lever.

Beter willen voelen

Participanten wilden zich beter wilden voelen en dachten dat zij dit konden bereiken door de behandeling te volgen. Een eerste thema binnen dit concept houdt in dat de participanten dachten dat zij symptomen hadden die het gevolg waren van HCV. Om van deze symptomen af te komen, moest er behandeld worden. Het tweede thema werd omschreven door participanten als het 'weer goed willen functioneren'. Participanten rapporteerden dat het idee dat er een ziekte aanwezig was belemmerend kon werken. Wanneer de ziekte behandeld werd, dacht men beter te kunnen functioneren. Dit beter kunnen functioneren gold voor een aantal participanten als motief voor behandeling.

Behandeling is kans

Een aantal participanten zag het kunnen volgen van de behandeling als kans. Het ziek zijn en de kans om van de ziekte af te komen werd als motief gezien en doorslaggevend hierbij was dat de participanten op dat moment een behandeling aangeboden werd. Het aannemen van de behandeling werd binnen dit concept omschreven als het aangrijpen van een kans. Redenen dat participanten deze behandeling als kans zagen was omdat zij in het verleden om uiteenlopende redenen niet in aanmerking kwamen voor een behandeling. Voor sommige participanten was het fysiek niet mogelijk een behandeling te volgen. Voor een aantal participanten waren er geen behandelingsmogelijkheden in bijvoorbeeld hun verblijfplaats in het buitenland. Het verblijf in Nederland heeft behandeling mogelijk gemaakt. Een laatste reden om de behandeling als kans te zien kon volgens de participanten voortkomen uit het feit dat sommige participanten op eigen initiatief naar het ziekenhuis zijn gegaan voor een behandeling, maar hier geweigerd zijn ten gevolge van hun drugsgebruik. Het feit dat de participanten nu wel behandeld konden worden, maakte dat zij het kunnen volgen van de behandeling als kans zagen.

Successen van anderen

Successen van anderen was voor een aantal participanten reden om met de behandeling te beginnen. Allereerst rapporteerden participanten dat succesverhalen van anderen, verteld door de hulpverleners invloed hadden op hun beslissing om mee te doen aan de behandeling. Als tweede werd gerapporteerd dat participanten in de voorbereidingsperiode van de behandeling andere DG in de wachtkamer ontmoet hebben, die bezig waren met de behandeling. Deze DG werden als voorbeeld gezien en diende als motief. Een derde thema hield succesverhalen van andere DG in. Deze participanten hadden verhalen van andere DG over de behandeling gehoord. Deze succesverhalen van anderen bleek voor een aantal participanten een motief om mee te doen aan de behandeling.

Leven op de rails

Sommige participanten hadden als motief voor behandeling dat zij hun leven op de rails willen krijgen. De participanten zagen de behandeling als begin of middel om het leven weer op de rails te krijgen. Het eerste thema houdt het willen stoppen met drugs in als begin van iets goed. Het stoppen met drugs zien de participanten als begin van een betere tijd en direct als motivatie voor behandeling. Het begin hebben ze al zelf gemaakt. Het repareren van het lichaam werd gerapporteerd als tweede thema. Participanten rapporteren dat zij de behandeling zien als begin van het repareren van het lichaam. Zij noemen dat zij het lichaam een lange tijd hebben verwaarloosd en willen, met behulp van de behandeling, het lichaam weer 'repareren'. Het derde gerapporteerde thema is het leven op orde krijgen. Sommige participanten rapporteren dat zij al een aantal zaken op orde hebben en de behandeling voor HCV is een aanvulling op het op orde maken van het leven. Veelal werd genoemd dat de omstandigheden steeds beter worden en het feit dat het leven op orde raakt geldt als motief voor behandeling.

Behandeling- en ziektegerelateerde kenmerken

Een aantal participanten hadden motieven gerelateerd aan kenmerken van de ziekte of behandeling. Allereerst speelde het type HCV mee voor sommige participanten. Zij hadden een type HCV dat een goede kans van slagen had en dit was een motief voor behandeling. Een tweede thema binnen het concept behandeling- en ziektegerelateerde kenmerken was de duur van de behandeling. Sommige participanten vonden dat de behandeling relatief kort was en zagen dit als motief om de behandeling te starten.

Motieven en condities om behandeling vol te houden

Participanten die de behandeling afgemaakt hebben (N=14) rapporteerden vier concepten die hebben bijgedragen aan het volhouden van de behandeling.

Vanzelfsprekendheid

Een zekere vanzelfsprekendheid lag ten grondslag aan het volhouden van de behandeling. Participanten legden uit dat zij vonden dat wanneer zij aan een behandeling beginnen, dat deze als vanzelfsprekend afgemaakt moet worden.

"Goed doen"

Een aantal participanten rapporteerde de wil om iets te bereiken in het leven als reden om de behandeling vol te houden. Allereerst bestond er de wil om iets af te maken in het leven. Deze wil was voeding voor de wilskracht om de behandeling vol te houden. Een tweede thema was het goed willen doen in het leven. DG zagen het volhouden van de behandeling als een middel om een slechte tijd af te sluiten of om een andere, goede kant van zichzelf te laten zien. Deze wil om iets goed te doen was een reden was om de behandeling vol te houden.

Steun

Binnen het concept steun werden verschillende thema's gerapporteerd door de participanten. Deze steun kreeg men vanuit verschillende hoeken. Allereerst was steun van de hulpverleners van de GGD een reden om de behandeling vol te houden. Deze steun kon persoonlijk of praktisch van aard zijn. Het contact met de hulpverleners werd als steun gezien en deze persoonlijke steun was een reden om de behandeling vol te houden. Praktische steun in de vorm van wekelijks moeten komen of contact hebben met de GGD, bleek ook voor sommigen een reden om door te blijven gaan. Steun van de persoonlijke omgeving werd eveneens als reden gezien om de behandeling vol te houden. De persoonlijke omgeving kon uit mensen, maar ook uit huisdieren bestaan. Deze steun

kon bestaan uit motivatie maar in sommige gevallen ook uit bestaan uit het kunnen nemen van een rustmoment, doordat personen uit de persoonlijke omgeving van de participant dingen uit handen konden nemen. Steun vanuit hulporganisaties buiten de GGD bleek ook een reden om de behandeling vol te kunnen houden. Hulporganisaties buiten de GGD hielden vooral buddy's en personeel vanuit de verblijfplaatsen van de DG. Sommige participanten rapporteerden dat het zien van mensen in de wachtkamer tijdens de wekelijkse bezoeken een reden was om door te gaan. Het kunnen delen van verhalen met mensen die hetzelfde meemaken gaven reden om de behandeling vol te houden.

Goed nieuws over behandeling

Goed nieuws betreffende het effect van de behandeling op de virusdaling werd door een aantal participanten als mijlpaal gezien. Deze mijlpaal had een positieve invloed op de motivatie van de participant om de behandeling te continueren.

Redenen om behandeling vroegtijdig te stoppen

De participanten die behandeling voortijdig gestopt zijn (N=4) noemden vijf concepten en veelal lag niet slechts één duidelijke reden ten grondslag aan deze beslissing. De concepten worden als afzonderlijke redenen weergegeven.

Bijwerkingen

De bijwerkingen van de medicatie waren voor sommige participanten reden om de behandeling te stoppen. Het hebben van de bijwerkingen had een zodanige negatieve invloed op geest en lichaam, dat de beperkingen die deze bijwerkingen meebrachten reden waren om de behandeling te stoppen.

Ziekte ontkenning

Ontkenning van de ziekte was een reden om de behandeling te stoppen, omdat men niet geloofde dat er een HCV-infectie was. Men was zo overtuigd van het feit dat er geen HCV was, dat er geen reden was om de behandeling af te maken.

Eigen interpretatie virusresultaten

Eigen interpretatie van de virusresultaten in combinatie met kennis van internet was een reden om behandeling te stoppen. De conclusie van deze interpretatie was een kansberekening van het wegblijven van het virus vanuit de participant. Deze kansberekening van het wegblijven van het virus was genoeg doorslaggevend om de behandeling zelf te stoppen.

Genezing geen prioriteit

Voor sommige participanten bleek genezing bij nader inzien geen prioriteit te hebben. Allereerst werd gerapporteerd dat participanten de leefregels die gepaard gingen met de behandeling niet wilden of konden volgen. De prioriteit lag in deze gevallen bij het volgen van het leven zoals dit was voor de behandeling. De participanten konden of wilden het tijdelijk volgen van de leefregels met als resultaat genezing van HCV niet als prioriteit zien. Een tweede thema was het opgeven van dagelijkse bezigheden. Onder dagelijkse bezigheden kon werk en inkomen bedoeld worden, maar ook het wekelijks komen naar de behandelplek. De behandeling vormde een te grote beperking van het dagelijkse leven dat dit reden was om te stoppen.

Verstoorde behandelrelatie

Een verstoorde behandelrelatie tussen participant en hulpverlener vanuit het oogpunt van de participant was reden om te stoppen. Deze relatie liep volgens de participant niet goed en dit was voor hem een groot obstakel en reden om te stoppen.

Benadering van hulpverleners

De participanten die de behandeling begonnen zijn (N=18) noemden in totaal drie concepten die zij als behulpzaam ervaren hebben aan de hulpverlening.

Persoonlijke bejegening

De persoonlijke bejegening van de hulpverleners werd door alle participanten als behulpzaam ervaren. Allereerst noemden de participanten dat de vriendelijke houding van de hulpverleners behulpzaam was. Ook de betrokkenheid van de hulpverleners was behulpzaam, omdat zij het gevoel hadden dat de hulpverleners daadwerkelijk geïnteresseerd waren in hun problemen en/of persoonlijke leven, ook buiten de behandeling om. Een derde thema binnen de persoonlijke bejegening is de menselijke houding van de hulpverleners. Deze houding gaf men het gevoel mens te zijn in plaats van een nummer. Ook geduld en gastvrijheid vanuit de hulpverleners werd gewaardeerd. Een aantal participanten vond dat zij geduld nodig hadden door hun gedrag, zoals bijvoorbeeld te laat komen. De gastvrijheid kwam vooral tot uiting in simpele dingen zoals het aanbieden van een kopje koffie.

Vangnet

Het gevoel dat er een vangnet aanwezig was werd door participanten als behulpzaam ervaren. Dit vangnet werd allereerst gekenmerkt door het laagdrempelig kunnen bellen bij problemen. Dit laagdrempelig kunnen bellen gaf een gevoel van zekerheid. Dit gevoel werd versterkt door het krijgen van noodtelefoonnummers voor in het weekend en de avonduren. Een derde thema dat gerapporteerd werd door de participanten was dat de hulpverleners snel actie ondernamen bij problemen. Dit konden lichamelijke of psychische problemen zijn die met de behandeling te maken hadden, maar ook problemen die niet direct in verbinding stonden met de behandeling werden aangepakt. Als laatste werd de (psychologische) begeleiding van de hulpverleners tijdens de behandeling als behulpzaam ervaren.

Professionele opzet programma

Participanten waardeerden de professionele opzet van het programma tijdens behandeling. De korte wachttijden in de wachtkamer werden gewaardeerd. Daarnaast werden de participanten begeleidt naar locaties buiten de behandellocatie door een verpleegkundige. Dit werd als behulpzaam ervaren, omdat de participanten op deze manier hun afspraken niet vergaten of te laat zouden komen. Tevens werden openbaar vervoer kaarten betaald door de begeleider. Een aantal participanten rapporteerde dat de hulpverleners adequaat waren in het bloedprikken. Het bloed afnemen werd vaak als lastig ervaren, door de prikklittekens die zij tijdens actief spuiten van drugs hebben opgelopen. Als laatste werd de flexibiliteit van de hulpverleners met betrekking tot het nakomen van afspraken en op tijd komen als behulpzaam ervaren. Wanneer de participanten niet konden komen of te laat waren, hadden de hulpverleners een flexibele instelling en werd er naar een oplossing gezocht.

Discussie

Om de resultaten een plaats te kunnen geven, relaties te exploreren tussen deze resultaten en om deze resultaten te kunnen gebruiken in een communicatieve interventie worden de resultaten geïnterpreteerd met behulp van het

Health Belief model (zie figuur 2). Daarnaast zullen de resultaten kritisch besproken worden in het licht van de bestaande literatuur.

Een veelgerapporteerde barrière van DG die behandeling geweigerd hebben blijkt verkeerde aannames over de ziekte. Het thema afwezig zijn van symptomen die ten grondslag kunnen liggen aan HCV wordt ook in andere studies [16, 17] gerapporteerd. Hierin bleek respectievelijk 19,6 % en 56,7% van de DG behandeling te weigeren in verband met afwezigheid van negatieve symptomen van HCV. In het licht van het Health Belief model (zie figuur 3) kan gesteld worden dat verkeerde aannames over de ziekte leiden tot een lage waargenomen bedreiging van de ziekte. Het niet hebben van symptomen en/of afwezig zijn van decompensatie van het lichaam leidt tot twijfel over de hoogte van de ernst van de ziekte. Binnen deze groep lijkt het dat de participanten pas actie ondernemen wanneer de ernst als hoog ervaren wordt. Concreet betekent dit voor de praktijk dat men de waargenomen bedreiging van de ziekte moet verhogen, om tot een beslissing om te behandelen te komen.

De verwachtingen van de uitkomst van de behandeling zijn van invloed op de beslissing om wel of niet te behandelen. Binnen het Health Belief model kunnen deze verwachtingen worden beschreven in kosten en winst die de behandeling oplevert. Binnen de groep participanten die behandeling geweigerd heeft, lijken de kosten in de vorm van bijwerkingen en de invloed van deze bijwerkingen te hoog voor de gezondheidswinst die deze behandeling op kan leveren. Wanneer de participanten relatief meer kosten dan gezondheidswinst ervaren, leidt deze afweging tot weigeren van de behandeling. De barrière angst voor bijwerkingen wordt ondersteund door literatuur [16, 17]. Om participanten die hoge kosten en weinig voordelen ervaren te kunnen overtuigen van het nut van behandelen, moet de nadruk van een interventie liggen op het bekrachtigen van de voordelen en het ontkrachten van de hoge prijs van de kosten ofwel bijwerkingen.

Kennistekort blijkt een veel gerapporteerde barrière genoemd door DG die behandeling begonnen zijn. Dit kennistekort kan enerzijds leiden tot een lage waargenomen bedreiging van de ziekte en anderzijds tot een mogelijk verkeerd beeld van de verwachtingen van de behandeling. Wanneer participanten een gebrek aan kennis hebben, kunnen zij niet goed oordelen over de ernst of vatbaarheid van de ziekte. Wanneer men een lage waargenomen bedreiging ervaart zou de redenering kunnen zijn dat de participant geen voordeel en hoge kosten ervaart. Dit kan leiden tot de beslissing om niet te behandelen. Wanneer kennistekort opgeheven werd binnen deze groep, bleek een groot aantal participanten het voorkomen van negatieve consequenties als motief voor behandeling te zien. Waarom dit kennistekort is ontstaan is niet duidelijk. Sommige studies verklaren dit tekort aan kennis onder DG over de behandeling voor HCV vanuit de terughoudendheid van zorgverleners om de populatie DG te behandelen [20, 21] en dus voor te lichten over mogelijkheden tot behandeling. Afwijzing door hulpverlenende instantie werd binnen dit onderzoek eveneens als vroegere barrière voor behandeling gerapporteerd. Deze barrière wordt ondersteund in de literatuur [17]. Voor de praktijk zijn bij deze barrières twee aspecten van belang. Allereerst moeten DG ongeacht hun drugsgebruik adequate voorlichting krijgen om kennis over de ziekte en behandeling te krijgen. Daarnaast blijkt dat het verkrijgen van deze kennis kan leiden tot het verhogen van de waargenomen bedreiging en daarmee betere verwachtingen van de behandeling in de vorm van lage kosten en hoge baten. Voor praktijk geldt dat het investeren van tijd in het verhogen van het kennisniveau van de DG kan leiden tot beslissing om mee te doen aan de behandeling.

Vertrouwen in de organisatie speelde een belangrijke rol bij de beslissing om te participeren in een behandeling.

Eenzijds vond een aantal participanten het vertrouwen in de organisatie een conditie om de behandeling te beginnen. Anderzijds was het vertrouwen in de organisatie een belangrijk motief dat bijgedragen heeft om behandeling te beginnen. Uit literatuur blijkt dat een individuele begeleiding voor barrières en therapietrouw en een vertrouwde relatie tussen hulpverlener en patiënt noodzakelijke ingrediënten zijn bij behandeling van HCV bij DG [22]. Verklaring in het licht van het Health Belief model kan gezocht worden in mogelijke bevordering van het geloof in eigen kunnen (self-efficacy) van de participanten door opzet van de organisatie en het vertrouwen in de organisatie en haar medewerkers. Advies luidt dan ook dat in de praktijk grote nadruk gelegd moet worden op het creëren van een vertrouwensband tussen DG en de organisatie en haar hulpverleners.

Bijna alle participanten rapporteren het vermijden van negatieve consequenties van HCV als motief om de behandeling te beginnen. Hieruit blijkt dat wanneer kennistekort opgeheven wordt, de waargenomen bedreiging en ernst als hoger ervaren wordt. Dit motief bevestigt in ruime zin eerder genoemde aanbeveling dat het zinvol is het kennisniveau van DG te verhogen. Wanneer het kennistekort bij DG opgeheven wordt, kan dit leiden tot overweging van behandeling. Aanvullend kan genoemd worden dat het motief dat DG zich beter willen voelen met behulp van of na de behandeling werd gerapporteerd in onderzoek naar de bereidheid van DG om mee te doen aan een behandeling van HCV [16, 17]. Dit onderzoek bevestigt dat dit gegeven ook als leidend motief kon gelden bij een aantal DG die behandeling daadwerkelijk begonnen zijn. Het motief dat DG zich beter willen voelen in het licht van het Health Belief model kan duiden op hoge waargenomen bedreiging en hoge waargenomen voordelen. Belangrijk is om tijdens voorlichting aan DG de mogelijkheid om zich beter te gaan voelen te benadrukken als mogelijke uitkomst van de behandeling. Op deze manier kunnen de voordelen van de behandeling verhoogd worden.

Veel participanten rapporteerden een zekere vanzelfsprekendheid als motief om de behandeling vol te houden. Deze constatering is niet verschillend van resultaten uit onderzoek naar de behandeling van HCV binnen de algemene populatie [23]. Echter, door de algemene aanname dat therapietrouw laag zou zijn bij actieve DG kan dit resultaat als opvallend geïnterpreteerd worden. Dit resultaat is echter een aanvulling op de bestaande literatuur over goede therapietrouw bij actieve DG [11-14, 16]. Steun was eveneens een belangrijke reden om de behandeling vol te houden. Steun kon zowel komen vanuit de persoonlijke alsmede de professionele omgeving. Belangrijk te noemen is dat ondersteuning vanuit de hulpverleners of de organisatie zowel golden als conditie en motief om de behandeling te beginnen, alsmede als reden om de behandeling vol te houden. Participanten rapporteerden dat vooral de persoonlijke, menselijke bejegening en het vertrouwen dat gecreëerd werd tussen DG en hulpverleners gedurende behandeling als behulpzaam en belangrijk ervaren werd. Deze kenmerken blijken in de literatuur te worden beschouwd als inhoud van effectieve strategieën voor therapietrouw bij actieve DG tijdens behandeling voor HCV [20, 22]. Vanuit het Health Belief model valt de benadering van de hulpverleners en het vertrouwen in de organisatie onder secundaire prikkels. Geconstateerd kan worden dat de benadering van de hulpverleners geldt als een vorm van persoonlijke invloed. Deze persoonlijke invloed lijkt bij de voorbereiding voor behandeling en tijdens de behandeling een belangrijk aspect, waar men in de praktijk goed rekening mee moet houden. Dit gegeven wordt ondersteund door participanten die als reden om behandeling te stoppen een verstoorde behandelrelatie rapporteerden.

Redenen om de behandeling voortijdig te beëindigen kunnen enerzijds verklaard worden vanuit een lage waargenomen bedreiging. Ziekte ontkenning, eigen interpretatie van virusresultaten en het feit dat genezing geen

prioriteit had duid op een lage waargenomen ernst en vatbaarheid. Anderzijds bleek het hebben van veel bijwerkingen tot (te) hoge kosten te leiden. Wanneer deze situaties zich voordoen in de praktijk kan men in het geval van lage waargenomen bedreiging DG proberen te overtuigen van de ernst en vatbaarheid voor de ziekte. In het geval van het ervaren van hoge kosten, zouden de voordelen die de behandeling met zich meebrengt uiteengezet moeten worden.

Dit onderzoek heeft een aantal methodologische beperkingen. De analyse van dit onderzoek is door slechts één onderzoeker uitgevoerd. Om deze redenen kan de subjectiviteit groter zijn en zouden mogelijk de resultaten en de interpretatie hiervan vertekend kunnen zijn. Deze beperking heeft de onderzoeker voor een deel proberen te ondervangen door de codes en concepten steekproefsgewijs door peer's te laten lezen om te beoordelen of concept en inhoud van de codes overeen kwamen. De groep DG die behandeling geweigerd hebben is erg klein en om deze reden heeft geen saturatie van data op kunnen treden. Voor aanvang van dit onderzoek werd verwacht dat deze subgroep moeilijk te bereiken zou zijn. Deze beperking heeft de onderzoeker geprobeerd te ondervangen door bij de DG die behandeld zijn te vragen naar vroegere barrières voor behandeling, om toch een compleet beeld te krijgen van barrières die meespelen in het beslissingsproces rondom de behandeling van HCV. Een laatste beperking kan de motivatie van DG voor deelname aan dit onderzoek zijn: de deelnemers kregen een kleine vergoeding voor deelname aan dit onderzoek. Deze vergoeding werd beschikbaar gesteld om de participatie in dit onderzoek te vergemakkelijken, maar kan mogelijk de resultaten vertekenen.

De resultaten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden voor een communicatieve interventie bij het werven van actieve DG voor behandeling van HCV. De resultaten zijn geldig voor de populatie DG in Nederland, maar kunnen met enige voorzichtigheid ook gebruikt worden in Europese landen waar de situatie met betrekking tot DG vergelijkbaar is met Nederland.

Concluderend kan gesteld worden dat een lage waargenomen bedreiging van de ziekte en behandeling de basis vormt voor een groot deel van de gerapporteerde (vroegere) barrières die weigeren van de behandeling tot gevolg gehad hebben. Deze lage waargenomen bedreiging werd gebaseerd op verkeerde aannames over de ziekte en behandeling, ziekte ontkenning of kennistekort. Daarnaast worden de kosten van de behandeling in de vorm van bijwerkingen proportioneel hoog ervaren afgezet tegen de ervaren voordelen.

Wanneer motieven voor behandeling afgezet worden tegen de vroegere barrières is opvallend dat veel participanten het vermijden van negatieve consequenties als motief te rapporteren. Hieruit kan geconcludeerd worden dat deze participanten kennis hebben van de gevolgen van de ziekte. Mogelijk is door het opheffen van verkeerde aannames en/of kennistekort de waarneming van de vatbaarheid voor en de ernst van de ziekte verhoogd. Dit is een belangrijke bouwsteen voor de beoogde toekomstige interventie om DG te werven voor behandeling van HCV.

Het vertrouwen tussen hulpverleners/ organisatie en de participanten bleek een belangrijk concept bij zowel de condities die aanwezig moesten zijn om de behandeling te beginnen, het motief om de behandeling te beginnen en een reden om de behandeling vol te houden. Conclusie die hieruit getrokken kan worden is dat de persoonlijke, menselijke bejegening van de hulpverleners en het vertrouwen tussen de hulpverleners/ organisatie en DG een belangrijk, zo niet onmisbaar ingrediënt zijn voor het traject voor en gedurende behandeling van DG met HCV.

Gegevens over barrières en redenen tot weigeren van HCV behandeling kunnen bijdragen aan toekomstige

interventies die gebruikt kunnen worden bij de voorlichting over de ziekte en behandeling. Gegevens over motieven en factoren die hebben bijgedragen aan het volhouden van de behandeling kunnen gebruikt worden als argument voor toekomstige DG die behandeld moeten worden. Deze argumenten geven inhoud aan interventies om argumenten te ontwikkelen om DG te motiveren voor behandeling. Tevens kan deze kennis als wetenschappelijke fundering dienen voor het overtuigen van critici ten opzichte van de behandeling van HCV. De uitkomsten van dit onderzoek over motieven, barrières en factoren die bij kunnen dragen aan het volhouden van de behandeling kunnen dienen als wetenschappelijke basis voor kwantitatieve vragenlijsten. Waar dit onderzoek een uiteenzetting is van ervaringen, kan in kwantitatief onderzoek ook daadwerkelijk correlatie tussen barrières en de keuze tot wel of niet behandelen aangetoond worden. Er dient om deze reden aanvullend, kwantitatief onderzoek gedaan te worden naar de motieven en barrières van DG voor de behandeling van HCV.

Aanbevelingen voor de praktijk zijn vooral gericht op het belang van een goede relatie tussen hulpverlener en DG. Dit blijkt bij sommige DG mee te spelen als motief, maar ook om te behandeling vol te houden blijkt deze relatie belangrijk. Wanneer rekening gehouden wordt met dit relatieaspect in de praktijk, kan dit bijdragen aan het motiveren voor behandeling, maar ook het volhouden van therapie gedurende de behandeling.

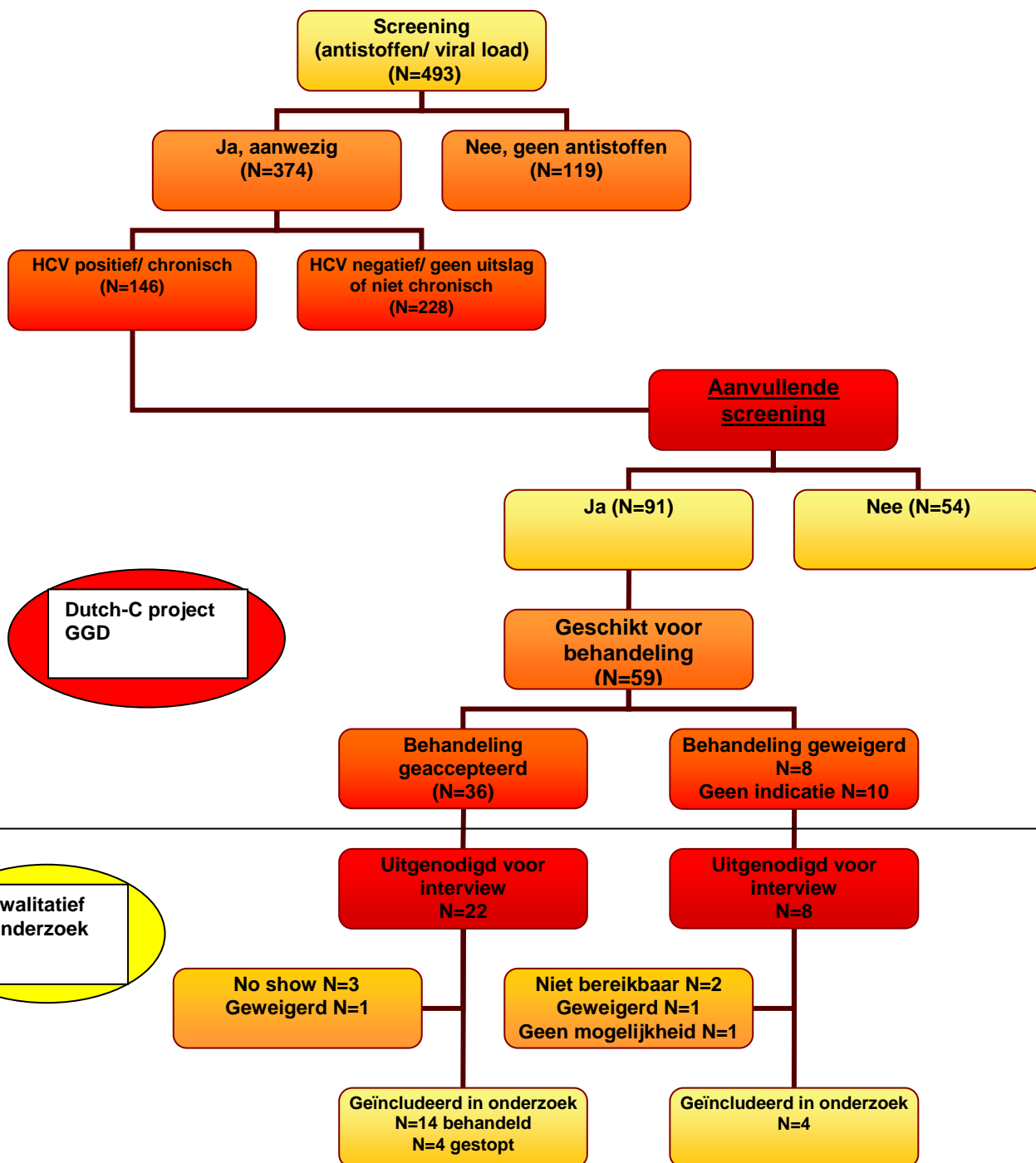
Referentielijst

1. World Health Organisation. Weekly epidemiological record, 1999; 74: 421-428
2. Anonymous. Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV-related chronic disease, 1998.
3. Commissie Hepatitis C. Opsporing en behandeling van mensen met hepatitis C. Publicatienummer 1997/19. Rijswijk: Gezondheidsraad; 1997.
4. Laar TJ van de, Langendam MW, Bruisten SM, Welp EA, Verhaest I, Ameijden EJ van, Coutinho RA & Prins M. Changes in risk behavior and dynamics of hepatitis C virus infections among young drug users in Amsterdam, the Netherlands. J Med Virol. 2005;77:509-18.
5. Kretzschmar M. De prevalentie van hepatitis C in Nederland. Notitie VWS-IGZ 2004/02. Project V/210041. Bilthoven: RIVM; 2004.
6. Ouwehand A.W., Kuijpers W.G.T., Wisselink D.J. & van Delden E.B. Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem (LADIS). Kerncijfers verslavingszorg 2006. Rapport te downloaden via: http://www.ivv.nl/content/files/Kerncijfers_Verslavingszorg_2006.pdf (website bezocht op: 21 april 2009)
7. Alter, MJ. Epidemiology of hepatitis C virus infection World J gastroenterol (2007) 13 (17):2436-41
8. Strader DB, Wright T, Thomas DL & Seeff BL. AASLD Diagnosis, Management and Treatment of Hepatitis-C. Hepatology 2004. 39 (4): 1147-71

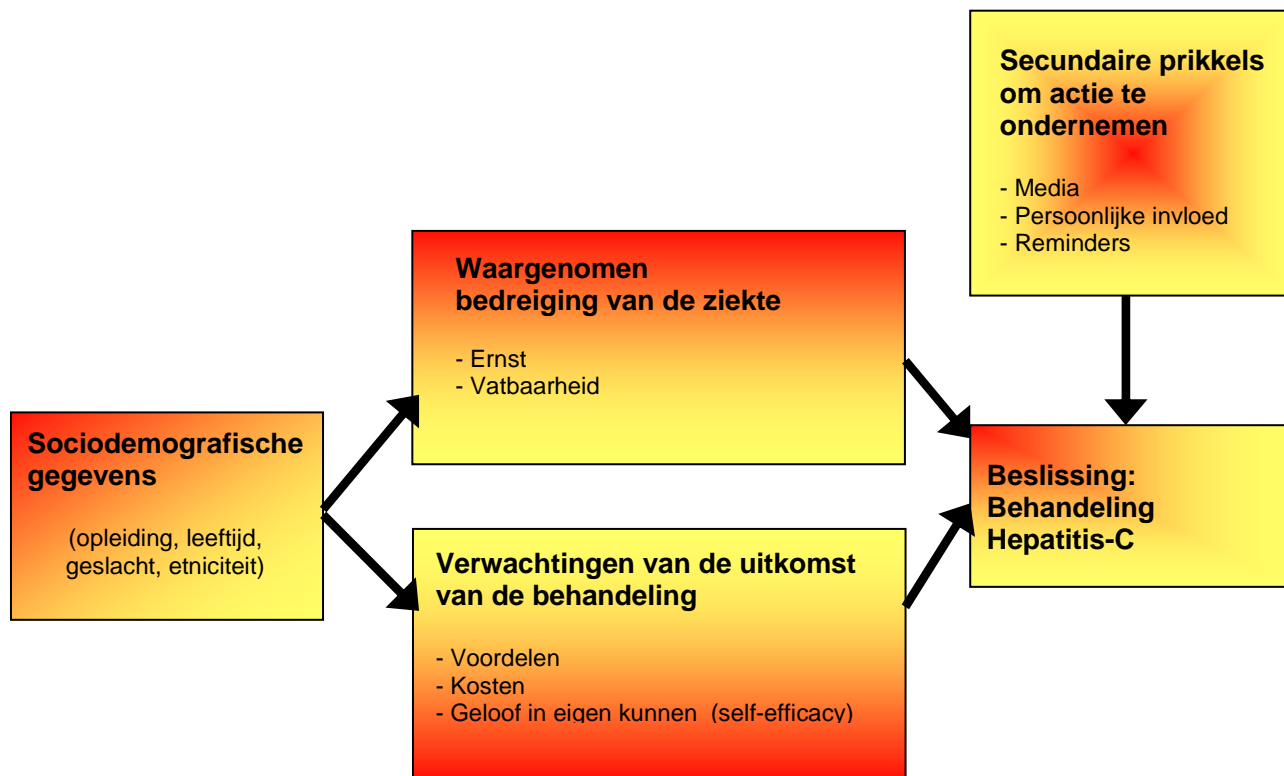
9. Richtlijn behandeling van chronische hepatitis-C infectie (2008). Nederlands genootschap van Maag- darm en leverartsen.
10. Robaey G, Vlierberghe Van H, Matheï C, Ranst van M, Bruckers L & Buntinx F. BASL Steering Committee: Benelux study group. Similar compliance and effect of treatment in chronic hepatitis C resulting from intravenous drug use in comparison with other infection causes. *Eur J gastroenterol hepatol* 2006;18 (2): 159-166
11. Celentano DD, Galai N, Sethi AK, Shah NG, Strathdee SA, Vlahov D, Gallant JE. Time to initiating highly active antiretroviral therapy among HIV-infected injection drug users. *AIDS* 2001; 15:1707–1715.
12. Molitor F, Kuenneth C, Waltermeyer J, Mendoza M, Aguirre A, Brockmann K, Crump C Linking HIV-infected persons of color and injection drug users to HIV medical and other services: the California Bridge Project. *AIDS Patient Care STDS* 2005; 19:406–412. 69.
13. Wood E, Kerr T, Hogg RS, Palepu A, Zhang R, Strathdee SA, Montaner JS. Impact of HIV testing on uptake of HIV therapy among antiretroviral naive HIV-infected injection drug users. *Drug Alcohol Rev* 2006; 25:451–454.
14. Altice FL, Springer S, Buitrago M, Hunt DP, Friedland GH. Pilot study to enhance HIV care using needle exchange-based health services for out-of-treatment injecting drug users. *J Urban Health* 2003; 80:416–427.
15. Day C, Jayasuriya R, Stone G. Hepatitis C-related discrimination in New South Wales. *Australian Health Rev.* 2004;27(2):57-60
16. Grebely J, Genoway KA, Raffa JD, Dhadwal G, Rajan T, Showler G, Kalousek K, Duncanb F, Tyndall MW, Fraser C, Conway B & Fischer B. Barriers associated with the treatment of hepatitis C virus infection among illicit drug users. *Drug and alcohol dependence* 2008; 141-147
17. Doab A, Treloar C & Dore GJ. Knowledge and attitudes about treatment for hepatitis-C virus infection and barriers to treatment among current injection drug users in Australia. *Clin Infect Dis* 2005, 40 Suppl 5 S313-20
18. Strauss, A. & Corbin, J. Basics of qualitative research. Technics and procedures for developing grounded theory 1998. London: Sage.
19. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Educ Q* 1988; 15:175-83.
20. Davis GL & Rodrigue JR. Treatment of chronic hepatitis C in active drug users. *N England J Med* 2001: 345-3; 215-217
21. Litwin AH, Kunins HV, Berg KM, Federman AD, Heavner KK, Gourevitch MN & Arnsten JH. Hepatitis C

- management by addiction medicine physicians: results from a national survey. *J Subst Abus Treat* 2007 33 (1) 99-105
22. Edlin BR, Kresina TF, Raymond DB, Carden MR, Gourevitch MN, Rich JD, Cheever LW & Cargill VA. Overcoming barriers to prevention, care and treatment of hepatitis-C in illicit drug users. *CID*, 2005: 40 suppl 5, S276-S285
23. McHutchison JG, Ware Jr JE, Bayliss MS, Pianko S, Albrecht JK, Cort S, Yang I, Neary MP and the Hepatitis Interventional Therapy Group. The effects of interferon alpha-2b in combination with ribavirin on health related quality of life and work productivity. *J Hepatol*. 2001 34 (1) 140-147
24. <http://www.maxqda.com/>. Website bezocht op: 26 april 2009
25. Van Dale, woordenboek Hedendaags Nederlands. Versie 2.1, 2005. Van Dale lexicografie B.V. Antwerpen.
26. Guest G, Bunce A & Johnson L . How Many Interviews Are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, Vol. 18, No. 1, February 2006 59–82

Bijlagen



Figuur 1: Stroomdiagram Dutch-C en inclusie onderzoek



Figuur 2: Health Belief model, Rosenstock (1988)

Tabel 1. Socio-demografische gegevens

	Aantal participanten (in %)			
	Totaal (N=22)	Behandeling geweigerd (N=4)	Behandeling afgemaakt (N=14)	Behandeling gestopt (N=4)
Leeftijd (Spreiding)	52,1 jaar	54,4 jaar (48-63 jaar)	49,5 jaar (42-57 jaar)	52,3 jaar (45-55 jaar)
Geslacht				
Man	16 (72,8 %)	2	10	4
Vrouw	6 (27,2%)	2	4	-
Etniciteit				
West Europeaan	17 (77,2%)	3	11	3
Oost Europeaan	2 (9,1%)	-	1	1
Surinaams overig (Hindoe/ Chinees/ Javaans)	3 (13,6%)	1	2	-
Opleidingsniveau				
Lagere school/ basisonderwijs	10 (45,6%)	1	8	1
VMBO/ LBO/ MAVO	6 (27,2%)	1	3	2
Middelbaar beroepsonderwijs	1 (4,5%)	-	1	-
HAVO, VWO (atheneum/ gymnasium)	4 (18,1%)	2	1	1

Tabel 2: Topics

	Groepen		
	Geweigerd	Behandeling afgemaakt	Behandeling gestopt
o Barrières voor behandeling	X		
o Motieven behandeling		X	X
o Redenen in verleden om niet meteen te beginnen		X	X
o Aarzelingen voor start behandeling		X ¹	X ¹
o Hoe omgegaan met aarzelingen		X	X
o Doorslaggevend om voor behandeling te gaan		X ¹	X ¹
o Redenen om behandeling vol te houden		X	
o Moeilijkheden tijdens behandeling		X	X
o Hoe omgegaan met moeilijkheden		X ¹	X ¹
o Behulpzaam aan benadering GGD	X	X	X
o Verbeterpunten	X	X	X

¹ Na 4 interviews toegevoegd aan topic-lijst

Tabel 3: Categorieën, concepten, thema's en voorbeelden.

Hoofdcategorie	Concept	Thema	Voorbeeld
Barrières (DG die behandeling geweigerd hebben)	Verkeerde aannames ziekte	Afwezigheid van symptomen	<i>En ik was nog best wel heel fit. Ik voelde haast nog niet moe, tenminste niet zodanig als hepatitis-C met je kan doen hè (W2)</i>
		Geen decompensatie van het lichaam	<i>Nou, ik heb er geen last van. Kijk als ik het nou merkte dat je nieren of je lever of wat dan ook uit kan vallen, ik weet niet precies maareh ik merk helemaal niets ervan (W4)</i>
		Ongeloof ernst ziekte	<i>“Ja, omdat ik ook niets merkte aan mezelf. Dus ze kunnen het misschien wel gevonden hebben of zoiets, maar ik voel me helemaal niet slecht. En nou nog steeds niet” (W3)</i>
	Angst voor bijwerkingen	Reële angst	<i>Ja, maar als bijwerkingen blijkt wat ze zeggen dan trek ik het niet. (W3)</i>
		Verhalen over bijwerkingen van anderen	<i>“Ik weet van mensen om me heen dat het gewoon heel zwaar valt. Vooral na de vierde vijfde maand dat ze ingaan. Dan worden ze plotseling heel erg moe he, ze zien er asgrauw uit, ze worden broodmager en...Ja en dat houdt me allemaal tegen (W2)”</i>
Twijfel over efficiëntie van therapie	Angst dat kuur niet aanslaat	<i>“Ze zeiden ook van als het halverwege niet aanslaat, dan stoppen we ermee want zo'n kuur is heel duur. Ja, dan denk je ook van dan ben je een half jaar hier bezig. Want je moet elke weer een prikje halen, stel dat het allemaal voor niks is (W2)”</i>	
	Twijfel over slagingspercentage	<i>“En er werd mij ook verteld dat in Amerika zijn ze met iets bezig met een goedje dat je met zes weken van de hepatitis-C af kan zijn. Maar dat werd in NL nog niet doorgevoerd. Nou, toen was het zo van nou als we nou eventueel zouden wachten een paar jaar. Dan zou ik misschien voor zo'n kuur gaan (W2)”</i>	
Geen geloof in medische interventies	Ziekte de baas door niet te behandelen	<i>“Ik ga het niet afweren, ik zeg kom maar hier. En dan sluit je het in zeg maar en dan beheers je het en dan kan je het eruit, neutraliseren of onder controle houden. Hoe dan ook. Jij hebt het voor het zeggen, je eigen lijf” (W4)</i>	
	Frustratie over communicatie en coördinatie van zorg	Continueren huidige regime	<i>“Nee, ze hadden al mijn medicijnen bij de D stopgezet. Ik kreeg Remeron, antidepressiva, ik kreeg een Rivotril en al die medicijnen en ze hebben allemaal stopgezet. Maar dat is ja toch een beetje, ze moesten het me geven en dat hebben ze ook niet gedaan. Dus dan was ik boos (W1)”</i>
Tegenstrijdige voorlichting		<i>“Ja, de ene zegt zo de ander zegt zo...Ja, ik had er geen vat op wat er zou gebeuren, wat er moest gebeuren, wat er...En bij hun ook, bij hun hadden ze me ook niet veel ingelicht wat er...Ik dacht ja, van de wal naar de sloot dan stop ik er maar mee (W1)”</i>	
Vroegere barrières (DG die behandeling gestart zijn)	Kennistekort	<ul style="list-style-type: none"> - Geen kennis over bestaande behandeling - Geen voorlichting over behandeling 	<i>“Ik zag het niet, ik hoorde eigenlijk twee jaar geleden dat er een behandeling was. En voor die tijd wist ik het eigenlijk gewoon niet (12)”</i>

Hoofdcategorie	Concept	Thema	Voorbeeld
<u>Vroegere barrières</u> (DG die behandeling gestart zijn) Vervolg	Verkeerde aannames over ziekte en behandeling	Ziekte is niet schadelijk Geen eigen controle over beslissing om behandeling te stoppen Neergelegd bij lot van hebben HCV	<i>Het was niet zo'n ramp om die behandeling te nemen, ze hadden me uitgelegd dat er een virus rondloopt en het is voor de rest niet schadelijk. Alles ziet er goed uit, lever, bloed, ze hebben gecheckt en alle toestanden was goed (7)</i> <i>"Als je dan een keer met die kuur was begonnen, en..of je werd zo ziek dat je het niet vol kon houden of wat anderen deden, dat je dan niet nog een keer dat kon doen (2)"</i> <i>"Maar ik had me toen echt al ingesteld van eh, ik was toen al lid geworden van de euthanasievereniging. Ik had mijn papieren al klaar liggen bij wijze van spreken. En ja, ik vond het eigenlijk wel best zo en zat eigenlijk thuis af te wachten tot ik levercirrose of leverkanker zou krijgen en dan naar de dokter zou gaan om een spuitje te halen" (2)</i>
	Ziekteontkenning	Ongeloof over infectie met HCV	<i>"Want speelt mee, ik ben in de garde geweest vroeger in militaire dienst. En dan krijg je prikken, ook die medische mensen krijgen. En daar is op...en dat is te zien aan een rood schilp, een schaduw aan de achterkant van de lever. Een beschermingsschild als het ware legt die om je organen heen, die prik. Volgens mij heb ik dan ook geen hepatitis-C (S2)"</i>
	Angst voor bijwerkingen	Rampverhalen van anderen Kennis over sterkte van medicatie in verleden	<i>En een vriend van mij heeft zo'n behandeling gehad en die heeft een psychose daaraan over gehouden. Dus ja daarom...en er zijn wel nog meer indianenverhalen die de ronde doen, dus...(2)</i> <i>Ja ik heb toen wel gehoord van een behandeling maar, toen was het nog met veel sterkere interferon (2)</i>
	Afwijzing door hulpverleners	Afwijzing door actief drugsgebruik	<i>"Ja, ik was junkie. Dat werd recht in mijn porem gezegd. Ik was gebruiker ik was junkie en ik had toch geen doorzettingsvermogen. Ik moest eerst een half jaar laten zien dat ik van de drugs af kon blijven. Moest ik wekelijks daarheen gaan en wekelijks een bloedafname doen, voor een half jaar. En dan moest ik echt laten zien, eerst een half jaar dat ik van de drugs afbleef. Ja, ik dacht bij mijn eigen. Ik wil er wel álles aan doen, maar ik kan niet van de een op andere dag weet je. Dat is te moeilijk, ik gebruik al zo lang weetje" (14)</i>
<u>Motieven & condities</u> (om behandeling te beginnen)	Controle over eigen behandeling	Controle stoppen behandeling	<i>"Ja en dacht van ja, als het te zwaar wordt ofzo kan ik altijd nog stoppen (2)"</i>
	Zorg voor persoonlijke omgeving	Garantie zorg continueren	<i>Het was of de behandeling en die hond dan weg, of, en daar zou ik niet voor willen gaan, dan had die hond echt de overhand hebben gehad, en uiteindelijk is het dan toch, doorslag gekomen, die vriend zei "Nou, ga maar" (6)</i>
	Vertrouwen in organisatie	<ul style="list-style-type: none"> - Professionaliteit medisch team - Benadering hulpverleners 	<i>En er stond ook een medisch team om me heen, tijdens die kuur. En dat gaf toch wel eh, ja een rustig gevoel (5)</i> <i>En omdat ik ook zo lekker hier met de mensen, weet je, vertrouwde omgeving. De dokter, de hepatologe, KL maar ook CW (8)</i>

Hoofdcategorie	Concept	Thema	Voorbeeld
Motieven & condities (om behandeling te beginnen) Vervolg	Vertrouwen in organisatie	<ul style="list-style-type: none"> - Goede voorlichting - Bekendheid met hulpverleners 	<i>Ik denk ja, wat ook een beetje meespeelde is dat een verpleegkundige die hier werkt dat was een tijdje mijn begeleider bij de V, dus die kon ik vrij goed (2)</i>
	Vermijden van negatieve consequenties van HCV	<ul style="list-style-type: none"> Kennis latere gevolgen HCV Vanzelfsprekendheid Angst door ziekte omgeving Opheffen van leefregels 	<i>Ik dacht, nou ja, als ik die kuur niet doe, dan kan het best zijn dat ik met een paar jaar dood ben. En dat idee versterkte het om die kuur te gaan doen (9)</i> <i>Nou, als ik een ziekte heb dan wil ik zo snel als mogelijk dat het genezen is, klaar (4)</i> <i>Misschien heb je er nooit last van. Maar ik wilde het risico niet nemen. Ik had pas m'n man verloren. ik zal maar ziek worden over een paar jaar (8)</i> <i>Ik dronk nog wel eens een biertje. En je mocht eigenlijk helemaal niet drinken. En ik denk laat ik maar die behandeling doen dan kan ik nog wel eens een biertje nemen (S2)</i>
	Beter willen voelen	<ul style="list-style-type: none"> Symptomen aanwezig ten gevolge van HCV Goed willen functioneren 	<i>Eerste jaren ik niets gemerkt. Maar na vier of vijf jaar ik wordt iedere dag moe, eigenlijk geen lust voor leven. Enneh, ik word heel snel moe, geen kracht, ja en ik dacht dat staat in verband met hepatitis-C, met de ziekte (3)</i> <i>Nou ik wilde gewoon goed functioneren, gewoon lekker voelen (11)</i>
	Behandeling is kans	Aangrijpen kans behandeling	<i>"Ja, ik heb nu de keus weet je. Dus waarom zou ik die kans niet grijpen nu" (8)</i>
	Successen anderen	<ul style="list-style-type: none"> - Succesverhalen verteld door hulpverleners - Voorbeeld DG uit wachtkamer - Succesverhalen van anderen 	<i>Ja. Ik dacht ik kan het wel aan als ik hun zo zie (11)</i> <i>En ik heb ook twee kennissen die worden behandeld voor de hepatitis-C vroeger. Twee jaar of drie jaar en die behandeld was goed geslaagd voor allebei. Dat speelde ook eh, ja...een rol (3)</i>
	Leven op de rails	<ul style="list-style-type: none"> - Stoppen met drugs - Lichaam repareren - Leven is op orde 	<i>En repareren wat er valt te repareren. Ik heb jarenlang enkel maar mijn lichaam gesloopt, dus nou maar proberen weer wat te repareren is te laten repareren (1)</i> <i>Ja, ja. Want ik heb een huis, ik altijd een huis gehad. Ik heb een leuk hondje, ik heb een lieve vrouw al 15 jaar. Dus die push had ik al (14)</i>
	Behandeling- en ziektegerelateerde kenmerken	<ul style="list-style-type: none"> - Type HCV - Relatief korte duur behandeling 	<i>En ik heb ook gehoord dat met mijn type van hepatitis, dat is geloof ik type 2, dat de behandeling heel grote kans heeft om te slagen. Dat is rond de 80% volgens mij, dus dat is goede reden om te beginnen met behandelen (3)</i>
	Motieven & condities (om behandeling vol te houden)	Vanzelfsprekendheid	Behandeling moet afgemaakt worden

Hoofdcategorie	Concept	Thema	Voorbeeld
Motieven & condities (om behandeling vol te houden)	“Goed doen”	Wil om iets af te maken Goed doen in leven	<i>En het tweede was iets klaarmaken in mijn leven. Ik heb zo vaak dingen begonnen en niets afgemaakt. Dat was ook een punt (11)</i> <i>Mijn wil om iets goed te doen in mijn leven. Na 50 jaar tenminste kan ik zo'n kant van mijzelf verbeteren (11)</i>
	Steun	<ul style="list-style-type: none"> - Steun GGD - Persoonlijke omgeving – emotioneel - Persoonlijke omgeving praktisch - Steun andere hulp- organisaties - Mensen in wachtkamer 	<i>Ik kan niet zeker zeggen maar ik vond het leuk hier komen en gesprekje krijgen. En grapje maken met S zo-en-zo. Dat heeft ook wel bij...invloed gehad op die volhouden van die kuur. Vond ik een pluspunt (11)</i> <i>Eh, dat komt door mijn vrouw. Ik heb veel te danken, ik heb een mooie, lieve en charmante vrouw. Daar ben ik heel erg blij mee. Die heb mij doorgepusht. Die zei: H, ik ken jou. Je bent al zover je stopt toch niet. Begrijp ie? (14)</i> <i>Nou kon ik rustig mijn hoofd neerleggen en iemand anders naar die deur laten gaan (14)</i> <i>En ook hier komen en zien mensen die bezig was, misschien slechter dan mij eraan toe was maar die kwam hier, bezig en volhouden. Ja, heeft echt geholpen weet je. (11)</i>
	Goed nieuws behandeling	Virusdaling	<i>Eeh, nou ik was binnen zes weken al virusvrij. En dat was de reden om het af te maken (1)</i>
Redenen vroegtijdig stoppen	Bijwerkingen	Bijwerkingen te zwaar	<i>Dus op een gegeven moment ging ik denken van ja: wat is nou erger, het middel of de kwaal. Nou toen bleek het middel zwaarder te zijn dan de kwaal (S1)</i>
	Ziekteontkenning	Geen HCV	<i>“Volgens mij heb ik helemaal geen hepatitis-C. Is het gewoon een afwijking van mijn bloed, een afwijking van mijn lever die zo geopereerd is. Door die vroegere injecties. Toen zeiden ze al, als je naar de dokter gaat dan krijg je te horen dat je hepatitis-C hebt, maar dat is absoluut niet waar. Dat zeiden ze toen al, in 1975” (S2)</i>
	Eigen interpretatie virusresultaten	Virusvrij	<i>Dat ook in bepaalde gevallen dat als het virus er eerder uit was en heel snel eruit was, niet de behandeling perse af hoeft te ronden om blijvend resultaat te hebben. Dat is niet specifiek zo (S1)</i>
	Genezing geen prioriteit	<ul style="list-style-type: none"> - Wil leefregels niet volgen - Opgeven dagelijkse bezigheden 	<i>Ik drink liever een pilsje meer dan dat ik elke maandag hier ga zitten prikken, een jaar lang (S2)</i>
	Verstoorde behandelrelatie	Behandelrelatie	<i>Maar het is gewoon persoonlijk hoor. Want voor hetzelfde geld had ik een ander getroffen en daar had het wel mee geklikt. En dan had ik wel gezegd dan maak ik de behandeling af</i>

Hoofdcategorie	Concept	Thema	Voorbeeld
<u>Behulpzaam aan benadering</u>	Persoonlijke bejegening	<ul style="list-style-type: none"> - Vriendelijk - Betrokken - Menselijk - Gastvrijheid - Geduld 	<i>Gewoon, menselijk. Menselijkheid en de houding van haar t.o.v. naar de mensen toe. Ze maakte er geen mooi verhaal van. Ze was duidelijk in de voor- en nadelen, de consequenties. Ze is straight to the point (6)</i>
	Vangnet	<ul style="list-style-type: none"> - Snelle actie bij problemen - Bellen bij problemen - Noodtelefoonnummers - Goede begeleiding 	<p><i>Ja, zelfs in het weekend. Dat vond ik ...je zat nooit met de gedachtes van zou er iets gebeuren en als ik bel zouden ze er zijn, nemen ze wel op...Alles perfect (1)</i></p> <p><i>Als je ergens mee zat...ik had bijvoorbeeld op een gegeven moment een beetje last van een bult op mijn rug en ik wist niet wat het was. Ik werd meteen onderzocht (1).</i></p>
	Professionele opzet programma	<ul style="list-style-type: none"> - Fysieke begeleiding naar andere locaties buiten de GGD - Korte wachttijden - Flexibiliteit - Adequaat in bloedprikken 	<p><i>Ja ook bijvoorbeeld ik moest een keer een psychiatrisch onderzoek doen in het AMC en toen is er iemand meegeweest en die betaalde de metro. Dat vind ik allemaal heel aardige gebaren toch (W2)</i></p> <p><i>Nee, ik vind...voor mij tenminste was alles goed geregeld, alles op tijd ja en ook flexibel. Als jij niet kan op bepaalde dag komen jij kan altijd andere tijd kiezen (3).</i></p>

