

PERIODIEKE
UITGAVE
OVER
HEPATITIS

hep

NUMMER 11 | ZOMER 2016



>> **Rob de Man**
Hoogleraar Hepatologie
Erasmus Medisch Centrum Rotterdam

Hepatitiszorg nieuwe stijl

PAGINA 02-04

>> **Adrie Heijnen**
Huisarts te Amsterdam

Voor de huisarts is HCV één van
de vele infecties

PAGINA 05-06



Rob de Man
Hoogleraar Hepatologie,
Erasmus Medisch Centrum
Rotterdam

Hepatitiszorg nieuwe stijl

Al 13 jaar is Rob de Man actief als opleider voor aankomend MDL-artsen. Daarnaast is hij medisch coördinator kliniek en dagbehandeling MDL en waarnemend afdelingshoofd. Op het gebied van hepatitis is hij coördinator van het categoriaal spreekuur en behandelt hij zelf hepatitispatiënten. Toen enkele jaren geleden de zorg voor hepatitispatiënten een nieuwe fase inging, stond Rob de Man aan de wieg van de organisatie ervan. Hij volgt de ontwikkelingen op de voet en heeft duidelijke ideeën over hoe het verder moet met de hepatitiszorg in Nederland en met de opleiding van MDL-artsen.

De MDL-afdeling van het Erasmus MC heeft, naast de algemene MDL-geneeskunde, als speciale aandachtsgebieden: leverziekten (inclusief transplantatie), oncologie en interventie-endoscopie. Vanuit deze aandachtsgebieden worden MDL-artsen opgeleid samen met ziekenhuizen in Rotterdam, Delft, Dordrecht en Deventer. Daarnaast worden bijscholingscursussen gegeven aan internisten, infectiologen en GGD-artsen.

Maar de nadruk ligt op de opleidingstaak voor MDL-artsen. Zoals op alle gebieden van de gezondheidszorg staan ook hier de komende tijd ingrijpende veranderingen voor de deur.

Permanent verbeteren

Tien jaar geleden is het landelijk opleidingsplan voor MDL-artsen beschreven. Momenteel is de tweede

>>

» cyclusherziening van kracht. De plannen worden voortdurend aangepast. Zo wordt bijvoorbeeld voor de endoscopie-opleiding aanzienlijk scherper geformuleerd welke eindtermen moeten worden behaald. Dat proces van scherpere formulering van eindtermen zal op alle gebieden voorlopig nog wel even doorgaan, want binnenkort wordt de VIO van kracht: de versnelling van de individuele opleidingsduur. Rob de Man: 'De opleidingsduur voor MDL-artsen wordt met 7 maanden teruggebracht. Van 6 jaar naar krap 5½ jaar. Om aan te geven dat dat redelijk is, wordt steeds verwezen naar de gemiddelde opleidingsduur in Europa van 4 jaar. Maar dan vergelijk je appels met peren. De aankomend MDL-artsen die binnen Europa de vierjarige opleiding ingaan, hebben bij hun instroom vaak al een opleiding tot internist achter de rug. Bij ons is dat niet het geval. Maar goed, we zullen het moeten doen met de kortere opleidingsduur. Het motto daarbij zal worden: ga niet uit van een vaste periode per opleidingsonderdeel, maar stop met dat onderdeel als de opleiding 'klaar' is. Dat klinkt logisch. Waarom zou je mensen langer in

De opleidingsduur voor MDL-artsen wordt op grond van de VIO met 7 maanden teruggebracht

opleiding houden voor een specifiek onderdeel als ze dat onderdeel voldoende beheersen? Maar zo simpel is het niet. Want hoe ga je in elk individueel geval bepalen of de persoon in kwestie 'klaar' is? Ik denk dat we de verkorting van de opleidingsduur vooral moeten halen uit de keuze tussen een algemeen profiel of een snellere differentiëring binnen de opleiding. Dan gaat het de kant op van een algemene specialistenopleiding MDL met een aantal hoofdrichtingen ter verdieping en de mogelijkheid om desgewenst na de registratie een soort superspecialistische opleiding te volgen. Die valt dan buiten de reguliere opleiding, waarbij het de vraag is wie dat gedeelte moet gaan financieren. De overheid, omdat het een publiek belang is dat de superspecialismen in stand worden gehouden, of de ziekenhuizen die er een concurrentievoordeel uit kunnen halen? Het zijn vragen die de komende tijd de discussie rond de opleiding zullen bepalen.'

Daadwerkelijk doorvoeren

Hoe moeten de veranderingen in de opleiding worden doorgevoerd? Wie gaat erop toezien dat het in de praktijk de goede kant uit gaat? De Man: 'Dat hoeft geen probleem te zijn. Bij de implementatie van en de controle op de veranderingen is een belangrijke rol weggelegd voor de opleiders zelf. Die kunnen, net zoals nu het geval is, via visitatiecommissies inzicht krijgen in de

praktische gang van zaken. Zelf ben ik ook vaak lid van visitatiecommissies. Dan ga je met een collega-opleider naar een opleidingsziekenhuis buiten de regio waarvoor

Ik denk dat we de verkorting moeten halen uit de keuze tussen een algemeen profiel of een snellere differentiëring

je zelf verantwoordelijk bent, en bekijk je samen hoe het er daar aan toe gaat. Het is een beproefde manier om ervoor te zorgen dat opleidingen in het hele land op een goed niveau worden gebracht en op dat niveau blijven. De Nederlandse visitatieprocedure door beroepsgenoten is uniek voor Europa. Het is een waardevol systeem dat zeker behouden moet blijven.'

Goede Ausgangssituatie

Een goede opleiding voor MDL-artsen is de kurk waarop de zorg voor hepatitispatiënten drijft. Maar er zijn natuurlijk meer factoren die het succes van de zorg bepalen. Rob de Man: 'Hepatitiszorg is en blijft ziekenhuiszorg. De kwaliteit ervan is dus sterk afhankelijk van de infrastructuur binnen de behandelcentra. Momenteel manifesteert zich dat duidelijk in de zorg rondom virale hepatitis. Wat mij betreft maakt het niet zo veel uit wie HBV- en HCV-infecties behandelt: de MDL-arts of de infectioloog.

De Nederlandse visitatieprocedure is een waardevol systeem dat zeker behouden moet blijven

In de praktijk zullen zij meestal samenwerken. Het belangrijkste is, dat de behandelaar voldoende ervaring opdoet en dus een minimaal aantal patiënten behandelt. Daarvoor bestaan momenteel al normen. Die normen zijn vrij eenvoudig te handhaven omdat de hepatitiszorg plaatsvindt binnen een beperkt aantal, gecertificeerde centra. Binnen die centra heerst een strikt kwaliteitssysteem, gebaseerd op patiëntenaantallen, het aantal beschikbare behandelaren en de aanwezigheid van gespecialiseerde verpleegkundigen. Alleen als het centrum aan alle kwaliteitseisen voldoet, wordt het gecertificeerd. Je hoort wel eens dat we met minder behandelcentra toe zouden kunnen. Voorlopig lijkt me dat geen goede optie. Er zijn in Nederland veel HBV- en HCV-geïnfecteerden. Hoeveel het er precies zijn, weten we niet, maar als wij echt iets willen bereiken, dan

»»

>> moeten we meer patiënten gaan opsporen en behandelen, achterhalen wie er met het virus rondlopen en bijhouden hoe de beste behandelresultaten kunnen worden bereikt. Op die punten zijn nog forse verbeteringen mogelijk.’

Welke patiënten behandelen?

Op het moment dat de nieuwe middelen tegen HCV beschikbaar kwamen, heeft de overheid bepaald welke categorieën patiënten op dat moment met deze middelen mochten worden behandeld. Dit werd bepaald op basis van de mate waarin de lever fibrose vertoont op de schaal van F0 tot F4. In het verleden mochten patiënten worden behandeld met (PEG)interferon plus ribavirine vanaf fibroestadium F2. De nieuwe middelen mochten worden voorgeschreven vanaf stadium F3, waardoor een categorie patiënten die al werd behandeld niet in

Als wij echt iets willen bereiken, dan moeten we meer patiënten gaan opsporen en behandelen

aanmerking kwam voor de nieuwe behandelmethode. Sinds eind 2015 zijn er nieuwe middelen toegelaten voor alle fibroestadia; de behandel mogelijkheden zijn nu dus groter. Dat is op zich gunstig, maar nu komen we bijvoorbeeld voor de vraag te staan: is het zinvol een geïnfecteerde 70-jarige patiënt met stadium F1 te behandelen? Daarover bestaan geen data. Volgens mij moeten we die data zo snel mogelijk zien te vinden. En daarvoor hebben we een goede registratie van patiënt, therapie en uitkomsten nodig.’

Monitoring is essentieel

‘Een goed HCV-register is essentieel voor het verder ontwikkelen van de HCV-zorg. Niet alleen is het nuttig om bij te houden hoe patiënten worden behandeld en welke resultaten je daarmee bereikt, bij HCV is het noodzakelijk gegevens te genereren over verschillende cohorten. Is het zinvol om F1-patiënten te behandelen?

Is het zinvol een geïnfecteerde 70-jarige patiënt met stadium F1 te behandelen?

Welke typen HCV-infecties zijn problematisch te behandelen? Hoe gaan we verder met non-responders? In het laatste geval gaat het waarschijnlijk om zo'n 5% van de behandelde personen. Wij hebben gegevens nodig om

dit type vragen te kunnen beantwoorden. En daarvoor hebben wij grote aantallen nodig. Die aantallen kunnen we alleen halen als de ervaringen van alle behandelcentra

Voorlopig moeten we ons richten op kwaliteitsbevordering, monitoring en opleiding

op een standaard manier worden verzameld. Kortom: er moet een landelijk monitoringsysteem voor HCV komen, en wel zo snel mogelijk.’

Screening ontbreekt

Ook de vraag hoeveel HCV-geïnfecteerden Nederland telt zit Rob de Man dwars. ‘De schattingen lopen uiteen. Het zou goed zijn te weten, hoeveel mensen het precies zijn en wat de hoog-risicogroepen zijn. Wij weten wel het een en ander over risicogroepen, maar binnen deze groepen wordt niet systematisch getest. We praten over MSM, iv-drugsgebruikers, gevangenen en eerste generatie migranten. Vooral de groepen migranten zijn ongrijpbaar. Het zijn mensen die van de ene plaats in het land naar de andere plaats worden verplaatst, dus wie pikt ze op om ze te testen? Nog afgezien van de vraag in hoeverre zij daartoe zelf bereid zijn. Vaak zijn het mensen met een belast verleden, die weinig vertrouwen hebben in de overheid en die niet weten in hoeverre zij hulpverleners kunnen vertrouwen. In principe zou een algemene, landelijke screening ‘aan de poort’ het beste zijn. Maar ik denk niet dat de overheid nu een nieuw screeningsprogramma wil starten. Dus voorlopig moeten we ons richten op kwaliteitsbevordering, monitoring en opleiding. Daar hebben we de komende tijd nog voldoende aan te verbeteren.’

Colofon

Deze publicatie is mede mogelijk gemaakt door Gilead Sciences Netherlands B.V., Viñoly Tower, Claude Debussylaan 22, 1082 MD Amsterdam
T +31 (0) 20 718 3650, F +31 (0) 20 718 3651,
E gileadnl@gilead.com, I www.gilead.com

De opgenomen artikelen geven uitsluitend de mening van de auteur(s) weer. De uitgever en sponsor zijn niet verantwoordelijk voor de weergegeven meningen, noch delen zij die noodzakelijkerwijs. Raadpleeg bij het voorschrijven van geneesmiddelen altijd de registratietekst. Reacties kunnen worden gericht aan de uitgever.

Broca & Wernicke B.V.,
Amsterdamsestraatweg 24,
1391 AB Abcoude.

000/NL/16-08/NPM/1659
Date of preparation: August 2016





Adrie Heijnen,
huisarts te Amsterdam

Voor de huisarts is HCV één van de vele infecties

Adrie Heijnen is bijna 30 jaar werkzaam in een huisartsenpraktijk aan de Oudezijds Voorburgwal, midden in de rosse buurt van Amsterdam. Hij begon er ooit als assistent aids-zorg en is sinds 25 jaar praktijkhouder samen met collega De Meij. In de loop der jaren zag hij zijn patiëntenpopulatie en de zorg die hij moest bieden enkele keren veranderen en ook nu wordt de praktijk geconfronteerd met de omstandigheden die tekenend zijn voor het huidige tijdsgewricht. Eén van de recente ontwikkelingen is de zorg voor hepatitispatiënten, in het bijzonder voor mensen met een HCV-infectie. Welke rol kan en wil de huisarts daarin nemen?

'Toen ik in deze praktijk kwam', vertelt Heijnen, 'werd er erg veel tijd besteed aan aids-zorg. In die periode was de cART-therapie nog niet beschikbaar en hiv-geïnfecteerden stierven een vroege dood aan aids. Dat was echt belastend. Je zag jonge mensen die nog veel van hun leven hadden willen maken een vaak gruwelijke dood sterven. Terminale zorg was een taak voor de huisarts. In onze praktijk stierven 15 tot 20 mannen per jaar aan aids dus daar waren wij veel tijd aan kwijt. En dan praat ik nog niet over de psychische belasting die het met zich meebracht. Gelukkig ligt die tijd achter ons. Tegenwoordig kun je je nauwelijks meer voorstellen hoe het toentertijd was.'

Bonte patiëntenpopulatie

'In de begintijd van aids zagen wij nog veel prostitués in de praktijk maar dat is veranderd doordat de dames niet meer in deze buurt wonen. Zij werken hier maar wonen elders en hebben daar een huisarts. De soa/hiv-controles worden nu uitgevoerd door de GGD. In dezelfde periode waren er relatief

veel zwervers, veelal chronische psychiatrische patiënten, en i.v.-drugsgebruikers, maar die zien we steeds minder. Het aantal hiv-geïnfecteerde drugsgebruikers is dan ook gestaag terug gelopen. Momenteel bestaat de praktijkpopulatie voor ongeveer de helft uit oude buurtbewoners, 450 hiv-geïnfecteerden, een paar honderd Chinezen die al lang in Nederland wonen en nieuwe immigranten en expats, voornamelijk uit Engeland, Frankrijk, Duitsland, de Verenigde Staten, maar ook uit Rusland, Roemenië, Polen en Aziatische landen zoals Thailand. Naast een grote groep hiv-geïnfecteerde homomannen en transgenders hebben wij dus de nodige patiënten met risico's op allerlei soorten infecties, waaronder HCV. Overigens bevinden zich onder de Chinese populatie weinig HCV-dragers. Alleen de oudere Chinezen zijn at risk; de jongeren hebben geen HCV. Omdat er vroeger nauwelijks acceptabele medicijnen tegen hepatitis C bestonden, is deze groep amper gescreend. Misschien moeten wij die overgeslagen groep toch nog eens controleren. Maar de grootste groepen *at risk* voor hepatitis C zijn de mensen uit het voormalige Oostblok en vooral de seksueel actieve hiv-positieve homomannen. Overigens zien we ook HCV-infecties bij homomannen die niet met hiv geïnfecteerd zijn.'

Hepatitis in allerlei vormen

'In onze praktijk hebben wij ongeveer 450 patiënten die worden behandeld voor hun hiv-infectie; dat is 13,1% van het aantal ingeschrevenen. Daarvan hebben of hadden 60 tot 70 personen een HCV-coïnfectie. Een deel van deze groep is succesvol behandeld met de nieuwste generatie antivirale HCV middelen. Onder de virale hepatitisaandoeningen is HCV momenteel ons grootste aandachtsgebied. De behandeling is voorbehouden aan de gespecialiseerde hepatitiscentra en die vallen in Amsterdam goeddeels samen met de hiv-centra. HCV wordt door dezelfde internist-infectioloog behandeld als hiv. Onze bijdrage bestaat vooral uit het motiveren voor therapie: soms heeft de patiënt een duwtje in de rug nodig, bijvoorbeeld om van cART-therapie te veranderen. Tussen de HCV-middelen en de hiv-medicatie kunnen namelijk interacties bestaan, met name bij gebruik van proteaseremmers. Wij stimuleren patiënten met een hiv-HCV-coïnfectie om beide regimes consequent te slikken >

» en de nieuwe cART even voor lief te nemen. Gelukkig is het beleid bij HCV recent gewijzigd. Sinds 2000 waren we heel scherp op het diagnosticeren van HCV door het bepalen van de *viral load* met behulp van HCV-RNA als de leverfuncties van de patiënt licht gestegen waren, want de toen gebruikelijke therapie met peg-interferon was alleen redelijk succesvol als in de acute fase van de infectie werd behandeld. Die zorg om tijdig erbij te zijn was stressvol. Daar zijn we dankzij de nieuwe middelen van af.

Naast HCV hebben wij ook te maken met andere vormen van hepatitis. Wij hebben nogal wat studenten en kosmopolieten in onze praktijk, dus er worden veel verre reizen gemaakt.

In dat kader is hepatitis A een punt van aandacht: wij geven veel preventieve inenting tegen HAV.

Ook verzorgen wij in onze praktijk vaccinatie tegen hepatitis B, onder meer voor homoseksuele mannen. Jaarlijks komen er zo'n 20 nieuwe homomannen bij, die wij gratis vaccineren. Persoonlijk heb ik de laatste 8 jaar geen acute hepatitis B meer gezien. Wij richten ons vooral op chronische dragers. Het beleid is dan afhankelijk van inactief of actief dragerschap. Uiteraard dien je alert te zijn op verticale transmissie tijdens de geboorte, maar daartegen bestaat een routineregime dat volledig onder controle is bij de verloskundigen.

Hepatitis E zien we zelden. Maar de grootste groep hepatitispatiënten heeft een non-virale vorm: een groot deel van de gewoontedrinkers ontwikkelt alcoholhepatitis.

Wat er van de NHG-standaard terecht zal komen, is afhankelijk van het type huisarts

Anderen krijgen geneesmiddelenhepatitis of een niet-alcoholische steatose-hepatitis. Op het vlak van alcoholgebruik verrichten wij veel voorlichting, want de 'dranknorm' gaat gestaag omhoog. Vroeger dronk men veelal twee of drie glazen per dag, maar tegenwoordig is zes al heel gewoon. Een flesje wijn is niets bijzonders. Daar waarschuwen wij tegen, maar zoals we weten is gedragsverandering niet eenvoudig, met als gevolg: regelmatig mensen met een door alcohol veroorzaakte leveraandoening.'

Rol huisarts volgens NHG-standaard

Onlangs is een nieuwe NHG-standaard verschenen waarin de rol van de huisarts wordt beschreven. Adrie Heijnen: 'Op zich is dat nuttig, maar wat daarvan in de praktijk terecht zal komen, is afhankelijk van het type huisarts. In de grote steden zijn huisartsen gewend aan patiënten met risicogedrag. Die huisartsen hebben een routine ontwikkeld om risicopatiënten te screenen. Maar als dorpsdokter die hooguit één of twee hiv-geïnfecteerden kent, ontwikkel je waarschijnlijk niet de gewoonte om op HCV-coïnfectie

te screenen. Je moet gewoon regelmatig een bepaalde aandoening tegen komen om er alert op te zijn. Als je een plattelandsdokter bent met een AZC in de buurt, dan ligt het natuurlijk weer anders. Dan staat HCV als het ware bij je voor de deur. Maar ook voor stadshuisartsen heeft lang gegolden dat zij nauwelijks of niet op HCV screenen. Je kon

De belangrijkste taken van de huisarts bij HCV: testen en voorlichten

patiënten alleen een zeer belastende therapie aanbieden, dus als zij geen symptomen hadden, dan deed je niets behalve voorlichting geven over preventie en verspreiding. Nu, met de moderne HCV-middelen ligt dat anders. De bereidheid om risicopatiënten te testen op HCV zal toenemen. Persoonlijk zie ik als de belangrijkste taken van de huisarts bij HCV: testen en voorlichten. Probeer de risicopatiënten te identificeren en hen te motiveren voor behandeling. Als de kuur succesvol is afgerond, wijs hen dan op het risico van herinfectie. De moderne HCV-middelen werken prima, maar er ontstaat geen immuniteit. Kees Brinkman, internist-infectioloog van het OLVG, heeft wel eens een schatting uitgesproken over het percentage HCV-herinfecties onder hiv-geïnfecteerden. Die kan ik hier niet herhalen, want het gaat niet om een wetenschappelijk onderzoek, maar als het waar is, dan schrik je.'

Meer aandacht nodig

'Huisartsen hebben niet zo veel te maken met de feitelijke behandeling van HCV-patiënten. Als ik een patiënt met een acute HCV-infectie heb getraceerd, dan wacht ik eerst 3 maanden af wat er gebeurt. Wordt het virus vanzelf geklaard of blijft het actief? Dat laat ik bepalen aan de hand van de *viral load*. Bij een blijvend actieve chronische infectie stuur ik de patiënt door naar een hepatitiscentrum en zie ik hem terug als de behandeling is afgerond. Inmiddels zoek ik het sociale systeem rondom de patiënt uit om te bekijken wie nog meer geïnfecteerd kan zijn. De huisarts doet dat in samenspraak met de patiënt, want de GGD heeft dergelijke opsporingstaken in geval van HCV niet meer. Testen en opsporen ervan via SOA-klinieken is de laatste jaren steeds minder geworden. De behandeling en coaching komt nu dus neer op de hepatitiscentra en de huisartsen. Daarom verdienen huisartsen te worden nageschoold over virale hepatitis. De kunst is om alerter te worden op risicopatiënten, actiever te gaan testen en voorlichting te geven over het reduceren van het risico op besmetting en herinfectie. Eenvoudig zal dat niet zijn. HCV vormt voor verschillende patiëntengroepen een ander soort probleem. Een seksueel actieve homoman moet je heel anders infomeren dat een immigrant uit Azië. Het wordt nog een hele uitdaging om dat goed te doen.'