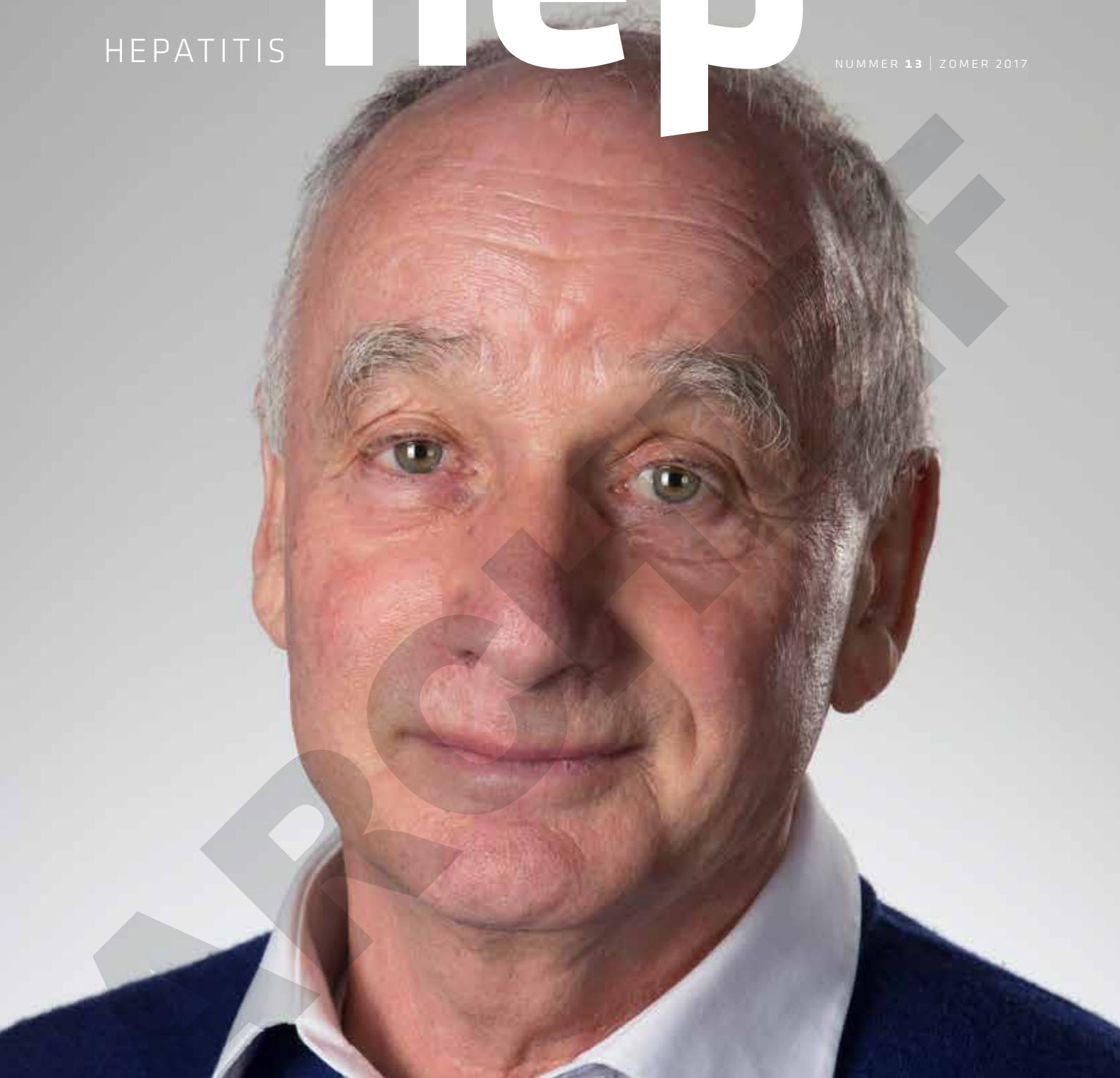


PERIODIEKE  
UITGAVE  
OVER  
HEPATITIS

# hep

NUMMER 13 | ZOMER 2017



**>> Roel Coutinho**  
hoogleraar Epidemiologie en Bestrijding  
Infectieziekten UMC Utrecht

Helder overzicht van de stand van  
zaken in de hepatitiszorg

**PAGINA 02-04**

**>> Jan den Hollander**  
internist/ infectioloog Maasstad  
Ziekenhuis Rotterdam

Hepatitiszorg ook buiten het  
ziekenhuis

**PAGINA 05-06**



Roel Coutinho  
hoogleraar Epidemiologie  
en Bestrijding Infectieziekten  
UMC Utrecht

# Helder overzicht van de stand van zaken in de hepatitiszorg

Roel Coutinho behoeft geen nadere introductie. Maar niet iedereen weet dat hij voorzitter was van de commissie HBV/HCV van de Gezondheidsraad. Het rapport van zijn commissie samen met het plan, gecoördineerd door het RIVM, hebben geleid tot het Nationaal Beleidsplan Chronische Hepatitis, dat als ondertitel heeft: 'een strategie voor actie'. Het overzicht van de stand van zaken en een aanbeveling over de verdere ontwikkeling van de Nederlandse hepatitiszorg ligt dus klaar. Nu is het aan de organisaties om het plan in te vullen en de financiering rond te krijgen. Coutinho licht het beleidsplan toe en geeft aan waar eventuele knelpunten liggen.

>>

» De aanbevelingen van de Gezondheidsraad kwamen in november 2016 tegelijk uit met een hepatitisplan van het RIVM. Op basis van deze twee plannen stuurde minister Schippers van VWS in februari 2017 haar beleidsplan naar de Tweede Kamer. Hoe de afhandeling daarvan na de verkiezingen van maart zal verlopen is niet duidelijk, maar de organisaties die de plannen moeten vormgeven kunnen een begin maken met het stroomlijnen van de zorg, zodat de WHO-doelen voor 2030 kunnen worden gehaald. Voor Nederland moet dat niet al te moeilijk zijn, want de zorg rondom virale hepatitis is goed georganiseerd en HCV-infecties komen in ons land relatief weinig voor. Niettemin sterven in Nederland naar schatting 350-600 mensen per jaar aan leverfalen.

#### Geen bevolkingsonderzoek HBV/ HCV

De Gezondheidsraad geeft als advies geen algemene screening uit te voeren. Coutinho: 'Daarvoor is het aantal geïnfecteerden te laag. Bovendien bevinden die zich hoofdzakelijk in een aantal goed te omschrijven risicogroepen. Dus is het beter als we ons richten op die risicogroepen. Daarbij gaat het om eerste generatie immigranten, (ex) injecterende drugsgebruikers, hiv-positieve mannen die seks hebben met mannen (MSM), speciale groepen zorgverleners en asielzoekers

---

Wat doe je met de levenslange behandeling van HBV als een asielzoeker wordt teruggestuurd naar een land waar de medicijnen niet beschikbaar zijn?

---

uit hoog prevalentie landen. Er zijn nog wel meer risicogroepen, zoals sekswerkers en mensen die voor 1992 bloedtransfusie hebben ontvangen, maar die laatste groep is buitengewoon klein en al nauwgezet in kaart gebracht en sekswerkers vormen eigenlijk alleen een risicogroep voor zover het gaat om mensen uit hoog prevalentie landen. Die vallen al in de groep migranten.' Coutinho merkt bij deze eenvoudige, overzichtelijke screeningsstrategie op, dat de praktijk weerbarstiger is dan de plannen: 'Het probleem bij (ex) injecterende drugsgebruikers is, dat zij lang niet altijd worden nagekeken op HBV/HCV en bij asielzoekers is screening alleen ethisch verantwoord als je bij een positieve uitslag ook behandeling aanbiedt. Voor HCV zou dat nog kunnen omdat de kuur enkele maanden duurt, maar wat doe je met de levenslange behandeling van HBV als de asielzoeker wordt teruggestuurd naar een land waar de medicijnen niet beschikbaar zijn?'

Voor eerste generatie migranten uit hoog prevalentie landen wordt aanbevolen hen via de huisarts op te sporen. Dat zal in de praktijk niet eenvoudig zijn. 'De

meeste chronische dragers van HBV of HCV hebben geen klachten. Dat geldt ook voor migranten. Maar zij melden zich wel in het zorgcircuit met andere aandoeningen. Dan zou meteen een bel moeten gaan rinkelen en zou een HBV/HCV-test moeten worden aangeboden als het gaat om mensen uit landen waar HBV en HCV veel

---

Het RIVM werkt nu aan een plan om huisartsen te ondersteunen

---

voorkomen. Dat is een taak voor de huisarts, maar die heeft heel veel andere dingen aan zijn hoofd, is vaak onvoldoende op de hoogte van HBV en HCV en kan zijn risicopopulatie niet oproepen omdat in Nederland de migrantenachtergrond van patiënten niet staat geregistreerd. Het RIVM werkt nu aan een plan om huisartsen in deze kwestie te ondersteunen. Dat is ook echt nodig, anders blijft het een papieren advies.'

#### Onvoldoende middelen voor voorlichting

Ook via de andere kant zouden geïnfecteerden in zorg kunnen worden gebracht, namelijk: vanuit de dragers zelf. Daarvoor zouden de risicogroepen actief moeten worden voorgelicht. Coutinho: 'Voor de groep hiv-positieve MSM loopt dat goed via de hiv-behandelaren. Maar voor migranten en asielzoekers ligt het moeilijker. De hoog prevalentie landen voor HBV zijn internationaal goed in kaart gebracht, maar voor HCV geldt dat niet. Veel studies in lage- en middeninkomenslanden zijn lang geleden uitgevoerd met serologische testen die onvoldoende betrouwbaar zijn en de onderzochte groepen waren vaak niet representatief. Er komen nu wel betere cijfers beschikbaar maar er bestaat nog onzekerheid, wat het lastig maakt om een heldere strategie uit te stippelen. Voor de screening van migranten op HBV pleit de Gezondheidsraad voor een regionale aanpak naar model van eerder uitgevoerde projecten zoals China aan de Maas, gericht op Chinezen in en om Rotterdam, en de projecten die in de regio Arnhem zijn opgezet.

---

De detentiezorg is een verhaal apart omdat de financiering anders is geregeld dan elders

---

Voor asielzoekers kan voorlichting plaatsvinden via de medewerkers in AZC's: artsen en voorlichters Seksuele Gezondheid. Voor mensen in de verslavingszorg bestaat de mogelijkheid tot voorlichting via Mainline en heeft »

» het Trimbos Instituut een toolkit ontwikkeld. De detentiezorg is een verhaal apart omdat de financiering in gevangenissen anders is geregeld dan elders. Als zich onder de gedetineerden eerste generatie migranten of (ex) injecterende drugsgebruikers bevinden, dan kunnen zij in het centrum eenvoudig worden bereikt. Maar als zij op HBV/HCV worden nagekeken, moeten zij zo nodig ook worden behandeld en de financiering daarvan is gecompliceerd, omdat de kosten grotendeels moeten worden opgebracht door het detentiecentrum. Voor de implementatie daarvan moet nog het nodige

---

## Deze veelheid aan betrokkenen vraagt om een goede samenwerking

---

worden afgesproken. Speciale aandacht hebben wij gegeven aan eerder gediagnosticeerden. Dat is een groep mensen bij wie in het verleden een HBV- of HCV-infectie is vastgesteld maar die niet in zorg zijn beland omdat er toentertijd nog geen behandeling beschikbaar was. Hun gegevens zijn deels nog beschikbaar bij laboratoria en soms nog bij hun huisarts, maar het is niet eenvoudig hen alsnog op te sporen. Het Centrum Infectieziekten van het RIVM heeft hiervoor een handreiking opgesteld.

### Organisatie van de zorg moet beter

Het nationale hepatitisplan gaat niet alleen over risicogroepen, screening en voorlichting, maar ook uitdrukkelijk over de organisatie van de hepatitiszorg. Coutinho: 'Wij hebben nu 47 hepatitisbehandelcentra.

---

## Een goed monitoringsysteem is onontbeerlijk voor wetenschappelijk onderzoek en voor het beleid

---

Misschien wat veel, maar dat is aan de beroepsgroepen. De overheid kan onder de huidige wetgeving daar niets aan veranderen. Dit geeft al aan dat de beroepsgroepen in een sleutelpositie zitten: medisch specialisten, huisartsen, instellingsartsen, GGD-en, verpleegkundigen, verloskundigen, laboratoria. Deze veelheid aan betrokkenen vraagt om een goede samenwerking, om een multidisciplinaire aanpak. Primair gaat het om een afstemming van de eerste en tweede lijn met de publieke gezondheidszorg. In die samenwerking moet nog veel worden verbeterd. Dat is lastig, maar bij de eerder genoemde projecten in Rotterdam en Arnhem is gebleken dat het kan. Het

stroomlijnen van de hepatitiszorg moet regionaal door samenwerking tussen de beroepsgroepen. Daarbij heeft de GGD een voortrekkersrol. Daarvoor is uiteraard financiering nodig vanuit VWS, anders komt het niet van de grond. Omdat de implementatie van gerichte screening een complex proces is, heeft het RIVM een speciale groep opgericht die een en ander coördineert. Wij hebben ook aandacht gevraagd voor de eventuele screening van zwangeren op HCV. Zij worden nu al nagekeken op HBV; toevoeging van HCV zou doelmatig kunnen zijn. Dus hebben wij aanbevolen daarnaar een kosten-effectiviteitsstudie uit te voeren.'

### Monitoring lijkt eindelijk geregeld

Jaren lang heeft er discussie bestaan over de wijze waarop hepatitispatiënten moesten worden geregistreerd en hoe de resultaten van de behandeling moesten worden vastgelegd. De behandelaren vallen grofweg uiteen in twee groepen: infectiologen en MDL-artsen. De infectiologen waren gewend aan hiv-registratie en monitoring bij de Stichting Hiv Monitoring en waren voorstanders van hepatitisregistratie via datzelfde kanaal, maar veel MDL-artsen hadden daar moeite mee, onder andere vanwege het stigma op hiv, en ontwikkelden eigen registratiesystemen. Coutinho: 'Ik ben blij dat de knoop nu is doorgehakt. Er is gekozen voor de Stichting Hiv Monitoring. Dat had eerder moeten gebeuren; het heeft te lang geduurd. Een goed monitoringsysteem is onontbeerlijk voor wetenschappelijk onderzoek en voor het beleid. We weten dan hoeveel patiënten zijn behandeld en welke gezondheidswinst dat heeft opgeleverd. Daar kunnen wij nu dus op een gestructureerde manier mee aan de slag.'

#### 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.

NEX-COM BV,  
Gerrit van der Veenstraat 112-hs,  
1077 EN Amsterdam.

000/NL/17-07//1700  
juli 2017







Jan den Hollander,  
internist/infectioloog Maasstad  
Ziekenhuis Rotterdam

# Hepatitiszorg ook buiten het ziekenhuis

**Je kunt afwachten tot patiënten met HBV of HCV naar het ziekenhuis komen, maar je kunt ze ook actief tegemoet treden. In dat opzicht heeft Rotterdam een traditie, zoals vroeger met het project ‘China aan de Maas’ en met actieve participatie in de methadonposten Rotterdam Noord, West en Zuid. Jan den Hollander zet deze traditie voort met het infectiologenteam van het Maasstad Ziekenhuis, bestaande uit drie specialisten en vijf verpleegkundigen. Zij werken binnen het ziekenhuis, maar ook daarbuiten met projecten gericht op (ex)verslaafden, gedetineerden, migranten en vluchtelingen.**

Den Hollander werd opgeleid in het Zuiderziekenhuis Rotterdam en het Erasmus MC. In 2004 kwam hij naar het Maasstad Ziekenhuis, waar hij een substantiële bijdrage leverde aan de hiv-zorg en de hepatitiszorg. Momenteel staan er circa 700 hiv-patiënten onder behandeling en hebben bijna 200 HCV-patiënten therapie ontvangen. Jan den Hollander: ‘Toen de moderne HCV-middelen beschikbaar kwamen, heb ik mijn database gescreend op patiënten met een hepatitis C-(co)infectie en hen behandeling aangeboden. De therapie duurt niet erg lang, dus deze groep is inmiddels HCV-vrij. In de hiv-groep zagen wij veel HCV-coïnfecties en na behandeling daarvan traden oorspronkelijk nog wel herinfecties op. Maar dat is nu een uitzondering geworden omdat een adequaat behandelde HCV-patiënt niet meer infectieus is. Het ziet ernaar uit dat het virus in die populatie vrijwel is uitgedoofd. Binnen de poli Infectiologie hebben wij HCV vrijwel onder controle, maar voor mensen die niet naar de polikliniek komen is dat niet het geval. Daarvoor moeten wij naar buiten.’

## **Moeilijke groepen toch bereiken**

Den Hollander: ‘Het idee om i.v. drugsgebruikers tegemoet te treden heb ik overgenomen van het Erasmus MC, dat poli’s organiseerde in de methadonpost Rotterdam West.

---

Binnen de poli Infectiologie hebben wij HCV vrijwel onder controle, maar voor mensen die niet naar de polikliniek komen moeten wij naar buiten

---

Het Maasstad Ziekenhuis heeft toen een parallelle poli opgezet in Zuid. Daarmee bereik je i.v.-drugsgebruikers en de groep ex-gebruikers die nog methadon komt halen. Aanvankelijk was het niet eenvoudig deze groepen ertoe te bewegen een behandeling tegen hepatitis C te volgen, want we behandelden toen nog met interferon en dat middel had –op z’n zachtst gezegd- geen goede reputatie. Inmiddels hebben we natuurlijk veel betere middelen, maar dat is niet tot iedereen doorgedrongen. De bereidheid HCV-middelen te slikken of zelfs maar zich op HCV te laten testen is nog steeds onvoldoende. Daarom hebben wij een nieuw plan ontwikkeld om alle methadongebruikers te screenen met een sneltest die binnen een half uur uitslag geeft. Wij hopen dat op basis van die uitslagen gericht kan worden gepraat over therapie.’

» Behalve naar de slinkende groep injecterende drugsgebruikers gaat de aandacht van Den Hollander ook uit naar de groeiende groepen allochtonen, migranten en vluchtelingen: 'Degenen die al langer in Nederland zijn, zoals Marokkanen, Turken en Antilianen, zouden we graag willen screenen op HBV. Daarvoor bestaat nog geen concreet plan. Bij de groep migranten die in ons land mag blijven, hebben wij vooral taalproblemen. Als we die overwinnen, kunnen wij ze behandelen. En bij de vluchtelingen met een onduidelijke verblijfsstatus

---

## Vluchtelingen met een onduidelijke verblijfsstatus krijgen een andere status zodra je ze in behandeling neemt

---

komt daar het probleem bij dat ze een andere status krijgen zodra je ze in behandeling neemt. Daardoor is de bereidheid om dat te doen gering. Dat is dus vooral een politieke kwestie. En natuurlijk een financiële.'

### Financiering soms een obstakel

Behalve met de verslavingszorg en met migrantenorganisaties werkt Jan den Hollander ook samen met een TBS-kliniek en een psychiatrische kliniek. Dat brengt zo zijn eigen problemen met zich mee. Den Hollander: 'Mensen in detentie, in een psychiatrische kliniek of in een GGZ-instelling vallen onder een andere financiële regeling dan mensen daarbuiten. Hun zorgkosten worden niet gedekt door de ziektekostenverzekeraars maar moeten worden opgebracht door de instelling waarin zij verblijven. Dat brengt beperkingen en soms ook een zekere willekeur met zich mee. Zelf heb ik meegemaakt dat mijn werk in de Delta psychiatrische kliniek werd stopgezet vanwege bezuinigingen. En veel gevangenisdirecties vinden dat de behandeling van een chronische ziekte zoals hepatitis C wel kan worden uitgesteld totdat de patiënt vrij komt en de behandeling niet op het budget van het detentiecentrum drukt. Voor mensen die langer dan een jaar in een centrum verblijven kan weliswaar 90% van de kosten worden teruggevorderd, maar ook die 10% eigen

---

## Ik vind dat afwijkende financieringsregels moeten worden opgeheven

---

bijdrage is nog een behoorlijk bedrag. Persoonlijk vind ik dat die afwijkende financieringsregels moeten worden opgeheven en dat iedereen op dezelfde manier moet worden behandeld. Daarvoor heb ik al eens een plan ingediend in Den Haag, maar de gesprekken daarover zijn vastgelopen.'

---

## Ik vind dat er meer landelijke coördinatie zou moeten komen

---

### Hepatitiszorg kan beter

Niet alleen de financiering voor speciale groepen leidt tot problemen, ook aan de klassieke knelpunten in de hepatitiszorg (opsporing, therapietrouw, herinfectie) valt nog het één en ander te verbeteren: 'Samen met de GGD en met name de SOA-klinieken kunnen wij potentiële hivgeïnfekteerden opsporen en hen meteen ook testen op HBV en HCV. Dat is geen probleem, want er bestaat nauwelijks een stigma op hepatitis. Maar wel op hiv. Dus je blijft een groep houden die zich niet op hiv wil laten testen en die groep lopen we dan ook mis voor HBV en HCV. Behalve op deze groep krijgen we ook moeilijk greep op mensen die in het verleden de diagnose HCV hebben gekregen. Die zouden we uit de archieven kunnen halen, maar ik mag om privacy redenen niet kijken in de statussen van mensen die ik niet heb behandeld. In Alkmaar hebben ze dat opgelost door de eerder gediagnosticeerden op te sporen via laboratoria en huisartsen, maar in Rotterdam is dat moeilijk te organiseren vanwege het groot aantal laboratoria. Opsporing is daardoor het grootste knelpunt. Met therapietrouw en herinfectie valt het wel mee. Om de therapietrouw te ondersteunen hebben onze verpleegkundigen wekelijks telefonisch contact met de patiënten. Bovendien kunnen wij via de poliklinische apotheek zien of de medicijnen worden opgehaald. Bij HCV is therapietrouw nauwelijks een probleem doordat de behandeling kort duurt; voor HBV ligt dat anders doordat de therapie levenslang duurt.'

### Graag iets meer coördinatie

Op lokaal niveau werkt Den Hollander goed samen met het Erasmus MC, de SOA-poli's van de GGD en met de organisaties BoumanGGZ en Delta. Met de gevangenis is de samenwerking iets moeizamer, maar de meeste winst voor de hepatitiszorg valt te behalen door een betere coördinatie op landelijk niveau. Den Hollander: 'In Nederland is de hepatitiszorg op zich wel goed georganiseerd. Er vindt samenwerking plaats tussen ziekenhuizen en vakgroepen, er lijkt een oplossing te zijn gevonden voor eenduidige monitoring en er lopen allerlei projecten om met name de HCV-zorg stappen verder te brengen. Het is alleen jammer dat dergelijke projecten afhankelijk zijn van de motivatie en inzet van individuele personen. Daardoor hebben de projecten een te incidenteel karakter en staat de continuïteit onder druk. Ik vind dat er meer landelijke coördinatie zou moeten komen en dat de financiering duidelijker moet worden geregeld. Dat geldt vooral voor HBV-zorg, maar ook voor onderdelen van de HCV-zorg: opsporing en voorlichting van specifieke groepen, het actief screenen van (ex)drugsgebruikers en de financiering van hepatitiszorg in detentiecentra en GGZ-instellingen. We zijn op de goede weg, maar we zijn nog niet waar we volgens mij zouden moeten zijn.'