

RISICOGROEPEN

Michael Klemt-Kropp

mdl-arts, Noordwest
Ziekenhuisgroep, Alkmaar

Sebastiaan Weijer

internist-infectioloog, Antonius
Ziekenhuis, Sneek

Esther Croes

expert drugsgerelateerde
infectieziekten, Europees Centrum
voor ziektepreventie en -bestrijding
en Nivel, Utrecht

AANPAK HEPATITIS IN GEVANGENISSEN NODIG OM WHO-DOELEN TE REALISEREN

Screen gevangenispopulatie op hepatitis

De prevalentie van hepatitis B en C is in gevangenisrelatief hoog. Nu er effectieve behandeling mogelijk is, is het verstandig om gedetineerden te screenen.

GETTY IMAGES

Sinds de start van het nationale plan om hepatitis B en C als gezondheidsrisico te elimineren – tweeënhalft jaar geleden – zijn er op het gebied van bewustwording en samenwerking enorme vorderingen gemaakt. Maar voor het opsporen van patiënten met deze ziekten in risicogroepen, zoals gedetineerden, ontbreekt nog steeds zowel een duidelijk plan als geld.

Hepatitis B (HBV) en C (HCV) behoren wereldwijd tot de belangrijkste infectieuze oorzaken van overlijden. Voor beide ziekten bestaan zeer effectieve therapieën. HBV is goed te controleren met nucleos(t)ide analogen en dankzij de introductie van direct werkende antivirale middelen (DAA) in 2011 kan HCV inmiddels bij meer dan 90 procent van de geïnfecteerden definitief worden

genezen. Morbiditeit en mortaliteit verminderen daardoor aantoonbaar. Dientengevolge heeft de WHO in haar 'Agenda for Sustainable Development' zich tot doel gesteld tot 2030 nieuwe HBV- en HCV-infecties met 90 procent en de sterfte aan deze ziekten met 65 procent te verminderen. Ook Nederland onderschrijft deze doelen. Voormalig minister van VWS, Edith Schippers, voorspelde in een brief aan de Tweede Kamer zelfs dat 'Nederland ruimschoots voor 2030 de doelen van de WHO' behaalt. Deze uitspraak was wellicht te ambitieus. In Nederland zijn ongeveer 23 duizend mensen besmet met HCV. Na introductie van de DAA voor de therapie van HCV en de verruiming van de vergoedingsregeling eind 2015 kwam Nederland sterk uit de startblokken met een piek van 1100 DAA-behandelingen in de

maand februari 2016. Helaas nam het aantal therapieën daarna gestaag af. Nu worden nog maar 75 patiënten per maand behandeld. Daardoor zal Nederland de WHO-doelen pas rond 2050 bereiken. Grootste probleem is het opsporen van patiënten. In het beginstadium veroorzaken HBV en HCV namelijk geen klachten en patiënten zijn zich er nauwelijks van bewust dat ze besmet kunnen zijn. Vaak ligt het moment van besmetting al tientallen jaren terug. Zonder identificatie geen behandeling en geen eliminatie!

Risicogroepen

Omdat de prevalentie van HBV en HCV in de algemene bevolking in Nederland zeer laag is – ongeveer 0,1 tot 0,4 procent – adviseerde de Gezondheidsraad in 2016 dat een algemene screening niet is aangewezen; wel worden vijf risicogroepen gescreeend: eerste-generatiemigranten, mannen die seks hebben met mannen, sommige werknemers in de gezondheidszorg, asielzoekers uit landen waar virushepatitis veel voorkomt (prevalentie > 2%) en de groep (ooit) injecterende drugsgebruikers.

De kans dat iemand met een drugsprobleem ooit wordt veroordeeld voor een delict en wordt gedetineerd, is groot. In 2003 had bijna 80 procent van gedetineerden in Nederlandse gevangenissen ooit drugs gebruikt. Het verwondert daarom niet dat de prevalentie van HBV en HCV in gevangenissen veel hoger is dan in de algemene bevolking. Daarnaast vormt risicogedrag tijdens de detentieperiode een aanvullend gevaar voor transmissie van deze ziekten binnen een penitentiaire inrichting. In West-Europa is de HBV- en HCV-prevalentie bij gevangenen respectievelijk

Detentie is een enorme kans om mensen met chronische HBV en HCV te bereiken

2,4 en 15,5 procent. Bij screening in een gevangenis in Sittard in 2010 en in een steekproefonderzoek van Nivel in hetzelfde jaar werd gevonden dat ook in Nederland de prevalentie van beide ziekten veel hoger is binnen de gevangenispoorten dan in de algemene bevolking.

Sleutelpopulatie

Het hepatitisprobleem in gevangenissen is dus relevant. Al in 2012 werd in Medisch Contact opgeroepen om hepatitis in gevangenissen aan te pakken. En in 2017 adviseerde toenmalig minister Schippers om gedetineerden met een risicoprofiel binnen de penitentiaire inrichting (PI) te screenen. De detentieperiode is een enorme kans om mensen met chroni-

sche HBV en HCV te bereiken, die anders slechts moeilijk toegang vinden tot de reguliere gezondheidszorg. Voor geïdentificeerde hepatitispatiënten kan vervolgens, afhankelijk van het stadium van leverschade, een behandelplan worden opgesteld. Voor enkele patiënten met ernstige leverschade start dat al binnen de PI en voor de meesten pas na invrijheidstelling. De Europese Hepatitis B and C Policy Association focust op gedetineerden als een sleutelpopulatie voor het elimineren van virale hepatitis. In onder meer het Verenigd Koninkrijk, Frankrijk, Spanje en Portugal heeft de overheid deze verantwoordelijkheid erkend en programma's opgezet om gedetineerden te screenen en te behandelen. Deze landen zullen in 2030 de WHO-doelen zeker bereiken.

Geen geld

Wat heeft Nederland tot nog toe gedaan? De Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) heeft een richtlijn opgesteld met handvatten om gedetineerden met HCV voor te lichten, te screenen en eventueel te behandelen. Er is echter geen geld om dit ook uit te voeren en dus gebeurt er niets. Een (door derden gefinancierd) pilotproject om in gevangenissen in Noord-Holland en Flevoland een zorgpad in te richten voor screening op HBV en HCV met een vingerpriktest werd onlangs afgewezen vanwege onduidelijkheid over de kosten als er patiënten met een directe behandelindicatie zouden worden opgespoord. Zolang we echter geen zicht hebben op de grootte van de groep gedetineerden met chronische hepatitis én een directe behandelindicatie, blijven deze kosten in nevelen gehuld.

Wat is het probleem, hoe kan dit worden aangepakt en hoe blijven de kosten voor DJI beheersbaar?

DJI is verantwoordelijk voor financiering van de zorg van justitiabelen omdat de gedetineerden in een PI niet onder het reguliere zorgsysteem vallen. De zorg in een PI moet kwalitatief gelijkwaardig zijn aan de reguliere gezondheidszorg. Door screening op en behandeling van virushepatitis tijdens een detentieperiode kan DJI een belangrijke bijdrage aan de publieke gezondheid leveren in lijn met het nationale hepatitisplan en de WHO-doelen. Maar de behandeling met DAA's is erg kostbaar. Bovendien is de kosteneffectiviteit van 'test and treat' bij virushepatitis gebaseerd op het verminderen van langetermijncomplicaties, zoals cirrose, leverfalen of leverkanker. Op lange termijn zijn de besparingen hoger dan de behandelkosten. Deze 'winst' komt bij een behandeling in een gevangenis na invrijheidstelling ten goede aan het reguliere zorgsysteem. Gezondheidseconomisch schiet DJI hier dus weinig mee op, behalve dat screenen en behandelen de kans op transmissie van deze virussen binnen een PI kan verminderen.

Na vrijlating

Hoe hoog de kosten uiteindelijk zullen zijn, is bij gebrek aan actuele epidemiologische parameters moeilijk te zeggen en hangt af van het gekozen scenario. Niet elke gedetineerde hoeft namelijk direct in de gevangenis behandeld te worden. Bij een kort

Dit onderwerp is al veel te lang blijven liggen

verblijf in een PI – bijna 60 procent is binnen een maand alweer op vrije voeten – en het ontbreken van relevante leverschade kan de therapie veilig worden uitgesteld tot na invrijheidstelling, mits een goede medische overdracht gegarandeerd is. Naar verwachting zijn er maar weinig gedetineerden die hun behandeling niet kunnen uitstellen tot na vrijlating. De PI is eigenlijk vooral een vindplaats en niet de locatie voor behandeling. Een innovatieve aanpak kan de kosten van de aanvullende diagnostiek bij door screening geïdentificeerde gevangenen verminderen. Denk aan de ‘outreach’-programma’s waarbij de diagnostiek op locatie in de gevangenis wordt verricht. Ook de inmiddels zeer eenvoudige therapie bij chronische hepatitis kan ter plekke op een veilige en effectieve manier door gespecialiseerde verpleegkundigen worden verricht met de specialist op afstand via bijvoorbeeld videoconsulting. Dit bespaart dure vervoerskosten tussen de PI en het ziekenhuis.

Aan de slag

Wij moeten aan de slag met een beleid rond virale hepatitis bij gedetineerden. Dit onderwerp is al veel te lang blijven liggen. Door screeningsprojecten in een aantal penitentiaire inrichtingen toe te laten kan DJI meer duidelijkheid krijgen over de huidige prevalentie van HBV en HCV in Nederlandse gevangnissen en de daadwerkelijke vervolgcosten voor DJI binnen de bovengeschetste scenario’s. Het onderzoeksteam staat klaar en de testkits zijn al aangeschaft. Omdat DJI niet alleen mag worden gelaten in het oplossen van dit medische, maar vooral ook budgettaire probleem zouden voor een integraal plan van aanpak naast de medische dienst van DJI en hepatitisbehandelaren ook vertegenwoordigers van VWS en Justitie, RIVM, de zorgverzekeraars, maatschappelijke organisaties zoals Trimbos en, waarom niet ook, de farmaceutische industrie bij elkaar moeten komen. Hoe moeilijk kan het zijn? ■

contact

m.klemt-kropp@nwz.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.

PRAKTIJKPERIKEL

MAG IK U SLAAN?

Als ik de man uit de wachtkamer binnenroep, is direct duidelijk dat hij bijzonder is. Hoe hij loopt: in rechte lijnen. Wanneer hij mijn spreekkamer ingaat, houdt hij in en stopt, draait zijn lichaam eerst 90 graden om dan binnen te komen. In de U4-rapportage lees ik ‘dat de 35-jarige bekend is bij de psychiater’. Mogelijk vanwege dwangmatigheid, gaat er door me heen.

Hij vertelt ‘dat het de laatste weken niet goed gaat. Psychisch niet goed. Een oplopend gespannen gevoel in mijn lijf en nu de neiging om iemand in elkaar te slaan. Een neiging die nog maar moeilijk te onderdrukken valt...’

Hoe schat ik dit in? Kan dit wachten tot morgen, wanneer het weer ‘doordeweeks’ is? Wanneer ik uitspreek ‘dat een psychiater in het weekend regelen lastig is’, reageert de man met irritatie: er moet nu iets gebeuren! Al verder aftastend, consultvoerend, worstel ik met de vraag of dit een probleem is waarvoor ik nu de ggz ga bellen.

Tijd is vaak des huisarts’ beste vriend. Zo ook nu. In de verte hoor ik een sirene. Politie, denk ik nog als de man mijn bureau vastpakt en het heen en weer begint te schudden. Wat krijgen we nou?! ‘Dokter, ik heb een keer vijf jaar gezeten.’ Hij staat op en begint onrustig heen en weer te lopen. Weer in die rechte lijnen. En gebalde vuisten. Waar gaat dit heen, vraag ik me af? ‘Mag ik u slaan?’ Hij vraagt het terwijl hij aan de andere zijde van mijn bureau staat. Uiterlijk onbewogen. Er moet hier ergens zo’n rode drukknop zitten, maar ik denk er eigenlijk niet eens aan. Voor mij is duidelijk dat de lijdensdruk van deze man enorm moet zijn. Dit is het antwoord op mijn worsteling: dit kan niet wachten tot morgen, hij heeft een psychiater nodig. En wel NU! ‘Dokter, wat gaat u doen als ik u sla?’

‘Dan bel ik de politie’, antwoord ik uiterlijk kalm. Mijn hart bonst als ik het uitbreng. Zwijgend blijft hij voor me staan; wie is er nu als eerste aan zet?

‘Ik ga de ggz voor je bellen’, zeg ik, zo deze surplace doorbrekend. ‘Als jij even in de wachtkamer wilt wachten zolang?’ Opgelucht zie ik de man in rechte lijnen mijn spreekkamer verlaten.

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl