

Anouk de Gee
coördinator Netwerk
Infectieziekten & Harm Reduction,
Trimbos-instituut

Esther Croes
arts-epidemioloog, Trimbos-
instituut

Jeffrey van Putten
coassistent, Trimbos-instituut

Agnes van der Poel
hoofd programma Publieke
Geestelijke Gezondheid, Trimbos-
instituut

BESTRIJDING SUCCESVOL, MAAR KAN NOG BETER

Hepatitis C: alles uit de kast

Er is veel bereikt op het gebied van hepatitis-C-behandeling. Maar er moet een tandje bij: in de verslavingszorg, maar ook daarbuiten. Medewerkers van het Trimbos-instituut vertellen waarom.



Een doorbraak als deze zien we niet vaak in de medische wereld: de DAA's (direct werkende antivirale middelen) die in 2015 op de markt kwamen voor de behandeling van chronische hepatitis C- infectie (HCV) zijn bij 90 à 99 procent van de patiënten effectief, kennen een substantieel kortere behandelduur en hebben een veel gunstiger bijwerkingenprofiel dan de voorheen gebruikte combinatie peg-interferon en ribavirine. Eind van dat jaar besloot minister Schippers bovendien dat alle patiënten in aanmerking komen voor behandeling, ongeacht het fibrosestadium van de lever. In 2016 presenteerde het RIVM het Nationaal Hepatitisplan, waarmee Nederland zich aansluit bij de WHO-doelstelling om in 2030 hepatitis geen bedreiging meer te laten zijn voor de volksgezondheid.¹ Het beschrijft daartoe een heel aantal actiepunten op vijf pijlers: bewustwording en vaccinatie, identificatie, diagnostiek en behandeling, organisatie van de hepatitiszorg, en surveillance en kennisagenda. Bij de risicogroep (ooit) injecterende drugsgebruikers staan optimalisatie van (her) opsporing en behandeling van chronische HCV centraal. Het grote voordeel bij deze risicogroep is dat een aanzienlijk deel al in beeld is bij de verslavingszorg.

Tezelfdertijd bracht de Gezondheidsraad een advies uit over de screening van risicogroepen op hepatitis B en C.² Kern van het advies is dat het instellen van een landelijk bevolkingsonderzoek naar HBV en HCV nauwelijks gezondheidswinst zal opleveren, vanwege de lage prevalentie in de algemene bevolking (0,1%-0,4%) en dat het daarom aan te bevelen is om het aanbod van screening te beperken tot vijf risicogroepen, waaronder drugsgebruikers die in het verleden of nu nog steeds regelmatig injecteren. De Gezondheidsraad adviseert deze risicogroep actief een test op HBV en HCV aan te bieden, binnen de kaders van de reguliere verslavingszorg, omdat beide infecties gezien kunnen worden als een direct gevolg van de verslaving.²

Injecterend drugsgebruik

In beide documenten horen (ooit) injecterende drugsgebruikers, vooral opiaatgebruikers, tot de risicogroepen. En ondanks de successen van de zogeheten *harm reduction*-programma's (onder andere spuitomruil, methadonen en heroïnebehandelingen en het faciliteren van veilige gebruiksruiden) en de sterk afgenomen populariteit van injecterend drugsgebruik, zijn injecterend drugsgebruikers volgens laatste schattingen goed voor 7800 van de totaal 28.100 HCV-besmette personen in Nederland.³ Daar moeten we nog een onbekend aantal mensen die in het verleden regelmatig injecteerden bij optellen. Deze groep, die zichzelf niet langer als drugsgebruiker beschouwt en inmiddels in de samenleving is geïntegreerd, bevindt zich ergens tussen de geschatte 7100 HCV-besmette personen met een laag risico in de algemene bevolking.³

Het advies om patiënten met een opiaatverslaving binnen de verslavingszorg te testen op HCV is niet nieuw, maar een structurele inbedding van het HCV-traject stuitte nog op vele struikelblokken. Testen bijvoorbeeld gebeurt op een aantal plekken wel, maar met name de stap van de verwijzing naar het ziekenhuis bleek op veel locaties moeilijk te overbruggen.⁴ Op veel plekken was er geen contact tussen de verslavingszorg en het ziekenhuis, was voor drugsgebruikers de drempel om zelf naar het ziekenhuis te gaan hoog en bood het ziekenhuis niet altijd de ruimte voor het moeilijk nakomen van of te laat komen op afspraken door deze doelgroep. Bovendien is het contact met en de rol van de huisarts bij de zorg van deze patiënten minimaal.

Doorbraakprojecten

Twee 'Doorbraakprojecten Hepatitis C in de verslavingszorg', geïnitieerd en gecoördineerd door het Netwerk Infectieziekten & Harm Reduction/ Trimbos-instituut, lieten zien dat de knelpunten overbrugbaar zijn.⁵ Doel van deze projecten was het ondersteunen van

Geen landelijk keurslijf, maar lokaal beproefde oplossingen

instellingen voor verslavingszorg in het verbeteren van de HCV-zorg, resulterend in lokale zorgpaden. De Doorbraakmethode is erop gericht om in relatief korte tijd een concrete kwaliteitsverbetering door te voeren, aan de hand van goede praktijkvoorbeelden en met ondersteuning van experts. Deze methode is beproefd in verschillende sectoren van de zorg, maar was nog niet eerder binnen de verslavingszorg toegepast. Van 2013 tot en met 2016 zijn zestien lokale 'Doorbraakteams' aan de slag gegaan, die bestaan uit de bij de HCV-zorg betrokken professionals: zowel een arts, verpleegkundige en teamleider/manager uit de verslavingszorg als de behandelend specialist en verpleegkundige uit het ziekenhuis.

Het succes van het project zit met name in een structurele verbetering en inbedding van het transmurale test- en behandeltraject. Na afloop van het project was al van 445 van 1160 patiënten de HCV-status bekend, onder wie 113 positieven. Belangrijke succesfactoren waren het organiseren van voorlichting door de behandelend specialist aan cliënten en medewerkers van de verslavingszorg en vice versa, de coördinerende rol van de betrokken verpleegkundigen en een structureel periodiek (patiënten)overleg tussen de verslavingszorg en het ziekenhuis.

Blauwdruk

De kracht van deze methode is dat de zorgpaden niet van bovenaf worden opgelegd, maar lokaal ontwikkeld zijn, aangepast aan de lokale situatie en mogelijkheden. Dus geen landelijk keurslijf, maar een praktisch document waarin lokaal beproefde oplossingen op maat beschreven staan voor de eigen situatie. Geen twee HCV-zorgpaden

zijn hetzelfde. Toch is een aantal algemene stappen te onderscheiden waarop binnen elk zorgpad de lokale werkwijze en afspraken worden beschreven:

1. *case finding* en *pre-test counseling* (dit valt altijd onder de taken van de verslavingszorg);
2. testen (taakverdeling verschilt per lokaal zorgpad, afhankelijk van de mogelijkheden voor – financiële vergoeding van – testen van betrokken partijen);
3. verwijzing voor behandeling (hier heeft de huisarts, naast verslavingszorg en ziekenhuis, een belangrijke rol);
4. behandeling (de eindverantwoordelijkheid ligt altijd bij de mdl-arts of infectioloog);
5. nazorg (hier is doorgaans de verslavingszorg aan zet en is een terugkoppeling naar de huisarts van belang).

Deze stappen en de verschillende afwijkingen en uitwerkingen daarbinnen zijn beschreven in een blauwdruk voor een HCV-zorgpad, te vinden in de toolkit op hepcverslaving.nl. Aan de hand van deze blauwdruk kunnen locaties van verslavingszorg samen met het plaatselijke hepatitisbehandelcentrum snel tot een lokaal zorgpad komen en de eigen zorg verbeteren.

Tandje erbij

De HCV-zorg voor cliënten van de verslavingszorg is op een flink aantal plaatsen in Nederland aanzienlijk verbeterd. In toenemende mate zijn en worden harddrugsgebruikers gescreend op hepatitis C en zo nodig doorverwezen voor behandeling. De Doorbraakprojecten hebben de verslavingszorg in staat gesteld een mooie voorsprong te nemen op de actiepunten uit het Nationaal Hepatitisplan en kunnen een voorbeeldfunctie vervullen voor de andere initiatieven die op basis van dit plan genomen moeten worden. Toch moet er nog een tandje bij om de doelstelling van eliminatie van hepatitis C onder de risicogroep (ooit) injecterend drugsgebruikers te realiseren. Wat betreft

de verslavingszorg kunnen we nog niet spreken van routinematige screening en verwijzing op landelijke schaal. De Doorbraakprojecten hebben laten zien wat er mogelijk is op dit gebied.⁶ De ervaringen uit deze projecten bieden een goede voedingsbodem voor de verslavingszorg om nu zelf door te pakken en deze verbeteringen op grotere schaal door te voeren. Kennis en ondersteuningstools uit de Doorbraakprojecten zijn te vinden op de eerder genoemde website hepcverslaving.nl. Daarnaast is er de mogelijkheid tot advies en ondersteuning vanuit het Netwerk Infectieziekten & Harm Reduction. Maar ook dan zijn we er nog niet, want niet alleen de verslavingszorg is aan zet. Zoals eerder aangegeven bevindt een deel van alle (ooit) injecterende drugsgebruikers zich

buiten het zicht van de verslavingszorg. Het gaat dan óók om de mensen die in het verleden injecterende drugsgebruikers waren en inmiddels als niet-drugsgebruiker in de samenleving geïntegreerd zijn. Zo wordt in het Nationaal Hepatitisplan de maatschappelijke opvang genoemd als setting waar harddrugsgebruikers gevonden kunnen worden en adviseert de Gezondheidsraad dat *case finding* van (ooit) regelmatig injecterende drugsgebruikers, die niet via de verslavingszorg bereikbaar zijn, prioriteit zou moeten krijgen in de maatschappelijke opvang, een andere zorginstelling, de huisarts of een penitentiaire inrichting.^{1,2}

Voor alle chronische HCV-dragers is er inmiddels een goede behandeling

beschikbaar. Het is zaak dat deze behandeling nu ook toegankelijk wordt gemaakt, voor alle (ooit) injecterend drugsgebruikers en uiteraard ook voor de andere risicogroepen. Een groot aantal partijen, waaronder de verslavingszorg, dient de komende jaren de schouders eronder te zetten, goede afspraken te maken en in regionale verbanden samen te werken om hepatitis C in Nederland te elimineren. ■

contact

agee@trimbos.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

De voetnoten vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl

**Nederlandse
artsen in de
Tweede
Wereldoorlog**

**Witte jassen
en bruin-
hemden**

**NU
€20,-**



bestel via medischcontact.nl