

INTERVIEW

Marieke van Twillert

m.van.twillert@medischcontact.nl

@medischcontact

INTERNIST-INFECTIOLOOG PETER REISS HAMERT OP HET BELANG VAN HIV-PREVENTIE

‘Je moet niet moralistisch willen zijn over PrEP’

Amsterdam is deze week gastheer van de internationale aids-conferentie. Medevoorzitter Peter Reiss over de inspanningen die de mondiale bestrijding van hiv/aids blijvend vraagt. ‘Voor de *last mile* in aidsbestrijding is fijnmazige aanpak nodig.’

Wie is er niet? AIDS 2018 trekt deze week de who's who van de internationale hiv-bestrijding naar Amsterdam: van songfestivalwinnares Conchita Wurst, Elton John, Bill Clinton tot de Britse prins Harry. En mogelijk ook luidruchtige demonstranten – tegen de aanwezigheid van Unaids-baas Michel Sidibé, die wordt verweten niet voldoende te hebben opgetreden tegen een medewerker die van misbruik wordt verdacht. Kortom, aan aandacht geen gebrek. ‘Het kan alle kanten opgaan’, zegt Peter Reiss, kort voor aanvang van de aidsconferentie. Reiss is directeur van de Stichting HIV Monitoring (SHM) en hoogleraar inwendige geneeskunde aan het Amsterdam UMC, Universiteit van Amsterdam, en bovendien medevoorzitter, aangezien het gastland één van beide voorzitters levert. Op deze internationale, tweejaarlijkse bijeenkomst voor ongeveer 15 duizend wetenschappers, activisten en beleidsmakers, worden de nieuwste inzichten over de preventie, behandeling en zorg rondom hiv en aids uit de hele wereld gepresenteerd. Reiss hoopt maar dat er naast de reuring en de blikvangers, vooral voldoende aandacht is voor waar het echt om draait: de *sense of urgency* moet terug. ‘Die was misschien een beetje ingedut.’

Brandhaard

De 22ste aidsconferentie focust ditmaal onder meer op de situatie in Oost-Europa en Centraal-Azië, waar het aantal nieuwe hiv-infecties sterk toeneemt. Natuurlijk, zegt Reiss, als het gaat om absolute aantallen, dan wonen de meeste aidspatiënten en hiv-geïnfecteerden nog altijd in Afrika. ‘Maar kijk naar landen als Rusland en Oekraïne, plekken op de wereld waar het sterk

Peter Reiss:
‘we moeten
blijven
investeren in
politieke wil,
menskracht
en geld’



toeneemt, dat is echt een brandhaard. En je kon het voorspellen. Ondanks alle kennis, zijn er geen preventiemaatregelen genomen. Denk aan iets eenvoudigs als spuitomruil, dat is gewoon niet geïmplementeerd.'

Het politieke systeem in die landen vormt het grootste obstakel, stelt Reiss, waaronder het criminaliseren van homoseksualiteit en drugsgebruik. Hij herhaalt een aantal keer: 'We kunnen enorm veel, maar we moeten blij-

ven investeren in politieke wil, menskracht en geld om dat te blijven doen, samen met de mensen om wie het gaat. Anders raak je achterop en vlamt de epidemie zonder twijfel weer op.'

Hij verwijst naar 1992, ook toen was Amsterdam gastheer van de mondiale aidsconferentie. Het waren andere tijden: hoogtijdagen van de aidsepidemie, de combinatietherapie had nog niet zijn entree gemaakt. 'Veel goede dingen zijn sindsdien gebeurd. Nu slikken ongeveer 21 miljoen mensen hiv-remmers, maar van de naar schatting 37 miljoen mensen met hiv wereldwijd, zijn er dus nog altijd 16 miljoen die géén toegang hebben tot behandeling.



MARJOLEIN ANNEGARN

De balans is dus ten goede veranderd sinds 1992, en hetzelfde geldt voor vorderingen op het vlak van hiv-preventie, maar we zijn er nog niet en moeten onze inspanningen volhouden, wat heet, verder verhogen!’

Volhouden voor de lastige last mile?

‘Naarmate het probleem kleinschaliger wordt, wordt het moeilijker om het goed te krijgen. In Nederland kun je misschien spreken over die *last mile*, maar veel landen zijn daar nog ver van verwijderd. In Nederland geldt hiv als een chronische ziekte. Ja, voor zover je de mensen om wie het gaat vindt en adequaat behandelt. Maar let wel, ook in Nederland raken er volgens onze cijfers (SHM, MvT) toch jaarlijks vier- à vijfhonderd mensen nieuw geïnfecteerd. Tel daarbij de mensen die jaarlijks nieuw worden gediagnosticeerd, maar al langer waren geïnfecteerd – bijvoorbeeld mensen met een migratieachtergrond – en dan kom je in totaal op circa achthonderd nieuwe hiv-diagnoses per jaar. Deze cijfers zijn natuurlijk veel kleiner dan elders in de wereld, maar het zijn er achthonderd te veel.

‘Bepaalde mensen bereik je kennelijk niet op tijd’

Dat betekent dat je bepaalde mensen kennelijk niet op tijd bereikt. Dat vergt inspanningen, om erachter te komen: wie zijn deze mensen, hoe kunnen we ze bereiken? Voor die mensen wil je dat ze eerder in beeld zijn, om enerzijds te zorgen dat, als ze hiv hebben, ze zo snel mogelijk behandeld kunnen worden, en anderzijds om optimale preventie te bieden.’

U zult tevreden zijn met de recente aankondiging van minister Bruins om de hiv-preventiepill PrEP te vergoeden.

‘Inderdaad, blij met de aankondiging – de minister volgt in grote lijnen het advies van de Gezondheidsraad. Dat was een uitstekend rap-

port. Wat ik alleen niet begrijp, en waar ook kritiek op is: waarom duurt het tot volgend jaar voordat het wordt geïmplementeerd? Hoezo dan pas, terwijl het niet zo ingewikkeld zou moeten zijn om sneller te beginnen? De soapliklinieken van de GGD, die aangewezen zijn om PrEP te verstrekken, hebben ervaring en zijn deskundig op het gebied van soa’s; ik schat dat je ze in een week getraind hebt. En als er zaken zijn waarvan je nog niet helemaal weet hoe die in de praktijk te organiseren, dan pleeg je een telefoontje naar de collega’s in Parijs of Londen – waar ze het eerder hebben ingevoerd.’

Wat vindt u van bedenkingen dat je met zo’n besluit condoomgebruik niet stimuleert?

‘Dat is je reinste flauwekul. Je moet hierin niet moralistisch willen zijn. Kennelijk lukt het sommige mensen niet om altijd condooms te gebruiken. Dat hoort bij de mens. Je moet het ook een beetje pragmatisch bekijken: PrEP hoort anno 2018 gewoon onderdeel te zijn van het preventiepakket, waar condooms ook bij zitten. Je moet onder ogen zien dat er mensen zijn die je niet optimaal bereikt zonder PrEP. Was dat niet zo, dan hadden we geen nieuwe infecties. Daar gaat het ons om, het verder terugdringen van nieuwe hiv-infecties in Nederland. Het merendeel daarvan zie je bij hoogrisicomannen die seks hebben met mannen. Weliswaar zien we in Nederland al een tijd een langzaam dalende trend, maar we willen dat de lijn scherper daalt. De ervaring met PrEP is dat je daarmee juist die mannen bereikt die voorheen niet of onvoldoende in beeld kwamen. In de Dean Street Clinic, hartje Londen, zien ze nu voor het eerst met de uitgebreide toepassing van PrEP een sterke daling van het aantal nieuwe hiv-infecties. Dat daarnaast dit besluit om PrEP te verstrekken een hoop geld kan besparen, is natuurlijk mooi.’

U bent als hiv-arts van het eerste uur sinds 2009 betrokken bij langlopend onderzoek naar veroudering bij hiv-patiënten, de AGEHIV-cohortstudie. Hoe gaat het met hen?

‘Procentueel vormen ouderen nu een relatief grote groep onder de hiv-patiënten, bijna de helft in Nederland is ouder dan 50 jaar. De hiv-patiënten uit de onderzoeksgroep zijn inmiddels gemiddeld rond de 60 jaar, met uitschieters naar 70+, net als in de hiv-negatieve controlegroep die vanuit de GGD soapoli in Amsterdam aan het onderzoek meedoet. Ik ben er onderzoeksmatig ingerold, terwijl ikzelf net als die groep mensen ouder word. Je wordt als het ware samen oud met je patiënten. Het onderzoek was destijds ingezet vanuit de klinische perceptie dat zij meer last zouden hebben van ouderdomsverschijnselen. We hoorden het van verschillende kanten, zonder fundamenteel bewijs. Is dat zo, wilde ik weten.

Inderdaad bleek dat het aandeel ouderdomsziekten hoger was onder de groep met hiv. Je ziet met name ook multimorbiditeit, met vooral hoge bloeddruk, hart- en vaatziekten, een verhoogde kans op verschillende typen kanker, osteoporose en verminderde nierfunctie. Dat is opmerkelijk, want het is geen geriatrische populatie. Hun biologische leeftijd bleek ook ouder dan hun

kalenderleeftijd. Opvallend genoeg bleek – nadat we de groep een aantal jaar hadden gevolgd, waarbij hun hiv-infectie optimaal onderdrukt was met virusremmers – dat het tempo van veroudering niet versneld was in vergelijking met de groep zonder hiv. Mogelijk heeft veroudering eerder versneld plaatsgevonden in de onbehandelde fase. Wat dit betekent voor de zorg voor deze groep patiënten, en wat er gebeurt als ze de meer geriatrische leeftijd bereiken, is een zoektocht die doorgaat.’

Terug naar de conferentie: de miljoenen hiv-patiënten in Afrika, en de ongeveer zo duizend in Nederland, kunt u die nogal verschillende grootheden wel verenigen?

‘De kern van de problematiek waarmee we in Nederland te maken hebben, toont fundamentele overeenkomsten, al is de schaal anders. We leven in een andere setting, maar ook wij kunnen mogelijk leren van hiv-bestrijding elders, bijvoorbeeld hoe vermindering van stigma in Afrika wordt aangepakt. De uitwisseling van ervaringen tussen Noord en Zuid is uiterst boeiend. Zo is er deze week de presentatie van een interessant onderzoek uit Oeganda en Kenia waarbij hiv-opsporing en behandeling is geïntegreerd binnen de algemene gezondheidszorg. Gezondheidswerkers organiseerden *health fairs*, een soort gezondheidsmarkt waar hiv-testen werden aangeboden, maar ook testen op welvaartsziekten als hoge bloeddruk en diabetes. Als een bezoeker positief testte, werd er direct een behandeling aangeboden voor alle aandoeningen waarop werd getest. Deze aanpak blijkt heel effectief. Deze kennis kunnen we wellicht ook inzetten bij de hiv-preventie en -zorg in Nederland voor mensen met een migratieachtergrond, die vaak te laat in beeld komen vanwege angst en stigma. We zullen andere, fijnmaziger oplossingen moeten bedenken. Je kunt niet denken: we blijven alleen maar doen wat we altijd al deden.’ ■

web

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

VELDWERK

DE FORENSISCH ARTS



JEROEN TIMMERMAN werkt bij de GGD in Amsterdam

Toxisch telefoontje

Uiteenlopende zaken als reisinformatie, drugs, elkaars huis (Airbnb) en elkaars ziel (Facebook, Snapchat) zijn door de mobiele telefoon en social media veel bereikbaar geworden.

Dat blijkt gezondheidsrisico's met zich mee te brengen. Drugs bestel je tegenwoordig met je mobieltje en incidenten nemen toe. Volgens een onderzoek van het CBS is 17 procent van de jongeren tot 18 jaar verslaafd aan social media – dat betekent meer dan vijf uur gebruik per dag. Meer dan 60 procent van de jongeren gebruiken social media al een tot drie uur per dag. Vooral slaap en concentratie lijden eronder en het vergroot de kans op stemmingsproblemen en depressies.

In een eerste versie van deze column toeterde ik daarom meteen dat er een 'grootschalig, samenhangend' onderzoek moest komen naar gezondheidsrisico's van social media en mobiele telefoons. Gelukkig wees een

GGD-onderzoeker mij op het artikel 'Media use and brain development during adolescence' van Eveline Crone (Leiden) en Elly Konijn (VU) in *Nature Communications* (21 feb 2018). Een even helder als indringend verhaal over de enorme invloed van social media op

MOBIELVRIJE SCHOLEN? VERANTWOORD MOBIEL- GEBRUIK?

adolescenten, waar *peer pressure* inspirerend maar ook heel destructief kan werken. En met meer dan honderd referenties blijkt dat er al de nodige research beschikbaar is.

Probleem: wat doe je met al die informatie? Het is lastig om adviezen te formuleren die voor grote groepen zinvol en acceptabel zijn. Toch moeten we er iets mee. In lijn met ander middelengebruik: Mobielvrije scholen? Verantwoord mobielgebruik? Er worden al suicides beschreven onder jongeren, die gepest zijn op social media. Dat zal nooit de intentie van de pesters geweest zijn, maar is er wel een gruwelijke bijwerking van. Misschien motiveert dat beleidsmakers om dit probleem hoger op de agenda te zetten.